



วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข

NHPHJ

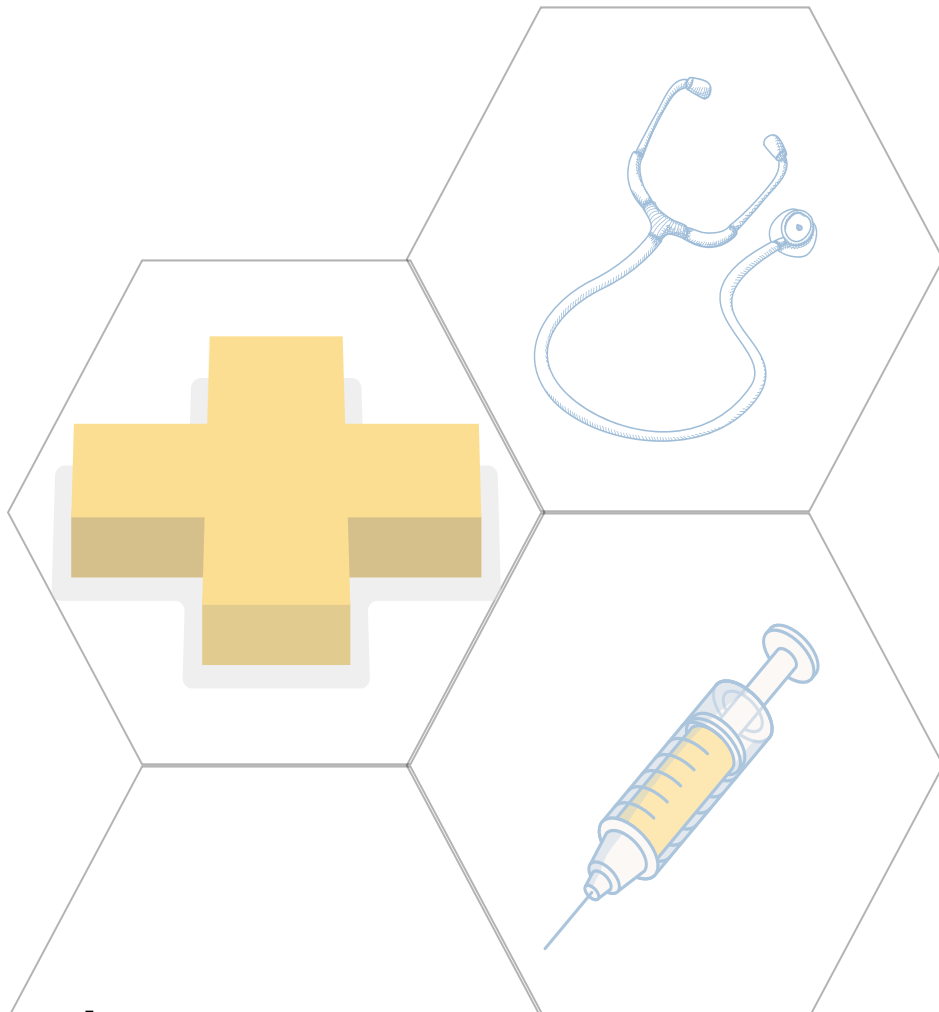
Nursing, Health and Public Health Journal

ISSN 2774-082X (online)

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) 2568

VOL.4 NO.2

MAY - AUGUST
2025



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	1. Professor Jane M. Amer		University of Missouri, USA
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	2. Dr.Elizabeth A. Anderson		University of Missouri, USA
ศ.รพ.วณิษา ชื่นกองแก้ว	3. ศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์		คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองอธิการบดีฝ่ายวิจัย	4. รศ.ดร.ปัทมา สุพรรณกุล		คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
สถาบันพระบรมราชชนก	5. รศ.ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ		คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
ผศ.ดร.อัศนี วันชัย	6. รศ.ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์		คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี	7. รศ.ดร.ศิวพร อึ้งวัฒนา		คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พุทธชินราช	8. รศ.ดร.ชัชคณิต แพร่ขาว		คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	9. ผศ.ทพ.ดร.ภัชรพล สำเนียง		คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
	10. ผศ.ดร.วิภาพร ลิทธิศาสตร์		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
			คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
	11. ผศ.ดร.เกศกาญจน์ ทันประภัสสร		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
			คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
	12. ผศ.ดร.รุ่งทิวา หวังเรืองสถิตย์		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
			คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
	13. ผศ.ดร.ดวงพร ปิยะคง		คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
บรรณาธิการ	14. ผศ.ดร.ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์		คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.อัศนี วันชัย	15. ผศ.ดร.อินทิรา ปากันทะ		คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	16. ผศ.ดร.ภก.ศราวุฒิ อู่พัฒน์นันท		คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
	17. ดร.สุรียภรณ์ สุวรรณโอสถ		คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	18. ดร.นงลักษณ์ บุญเยี่ย		โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
ผศ.ดวงใจ พรหมพัยค์ม	19. ดร.นadiyah คำสว่าง		โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
ดร.วิสิษฐ์ศรี เพ็งนุ่ม	20. ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น		สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก
ผศ.สุรียรัตน์ ณ วิเชียร	21. ผศ.ดร.อัญชลี แก้วสระศรี		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
นางสาวสุพัตรา ระภาพล			คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
นางสาวจිරนนท์ คล้ายทรัพย์	22. ผศ.ดร.เกียรติ กิจธีระวุฒิมังษ์		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช			คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
	23. ผศ.ดร.กรวิภา พรหมจวง		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
			คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
	24. ดร.เบญญาภา พรหมพุก		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
			คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
	25. ดร.ปานจันทร์ คนสูง		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
			คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
	26. ผศ.ดร.กรวิภา พรหมจวง		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
			คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
	27. นายแพทย์วิบูลย์ วาณิชย์เจริญพร		โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
	28. นายจตุพร เสือมี		โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

บทบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข (Nursing, Health, and Public Health Journal: NHPHJ) ได้ก้าวเข้าสู่ปีที่ 4 โดยบทความวิจัยและบทความวิชาการที่ตีพิมพ์เผยแพร่ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2568 นี้เป็นผลงานที่ได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้งานทุกชิ้นมีคุณภาพ

เนื้อหาประกอบด้วยบทความวิจัย 10 เรื่อง ดังนี้ 1) ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองต่อความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนตอนปลาย 2) ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องห่อผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี 3) แอปพลิเคชันไลน์แชทบอทต่อความรู้และความตระหนักรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 4) ผลของโปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 5) ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ต่อความปวด การสูญเสียสมรรถภาพข้อไหล่ คุณภาพชีวิต และช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในผู้ป่วยข้อไหล่ติดของโรงพยาบาลปะนาเระ 6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ 7) การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 8) การพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ห่อผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน 9) การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่ออาสาสมัครผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก และ 10) ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิจัยทั้ง 10 เรื่องนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่านในการนำไปใช้พัฒนางานทางการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพต่อไป และขอเชิญทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข โดยสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/nhphj>

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.อัศนี วันชัย

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
<p>ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองต่อความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภค อาหารของเด็กวัยเรียนตอนปลาย</p> <p><i>The effects of self-awareness enhancement program on awareness of food consumption decision among late school aged children</i></p> <p>รุ่งทิพา หวังเรืองสถิตย์, กมลชนก สือเฉย, จิรัฏฐติกาล บุญยี่, ชญาดา หงส์ทอง, ณภัทรชน หงษ์หนึ่ง, ธนาภรณ์ บุญพา, ธิติมา บุญเผย, น้ำฝน แซ่เฮ้อ, เบญญา อินทร์รักษา, เปรมธิตา มีปัทมา, พัชราภรณ์ พาครุฑ, มานิตา ยิ้มประดิษฐ์, อาริสสา ชณะหาญ, และอิสริยาภรณ์ คำมะนิตย์</p> <p>Rungtiwa Wangruangsatid, Kamonchanok Suchoey, Jirattikan Bunyee, Chayada Hongthong, Naphatchon Hongnueng, Thanaporn Bunpha, Thitima Boonpoei, Benya Intaraksa, Premthita Mipattama, Patcharaporn Pakrut, Manita Yimpradit, Arrisa Chanahan, and Itsariyaporn Khammani</p>	1 - 13
<p>ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี</p> <p><i>Effectiveness of a nursing practice guideline for postoperative abdominal pain management at the 50th Anniversary Special/1 and Monks Ward, Uthai Thani Hospital</i></p> <p>รักศรี เอื้อชูเกียรติ และภัทรณัฐ คงยุทธ</p> <p>Raksri Erchookait and Pattaranat Kongyut</p>	14-26
<p>แอปพลิเคชันไลน์แชทบอทต่อความรู้และความตระหนักรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p> <p><i>LINE chatbot application to promote knowledge and awareness on teenage pregnancy prevention</i></p> <p>นุจรศ โสภา, นิชนันท์ สัมเกิด, ธัญวรัตน์ ไชยชำนาญ, ธิดาพร นุ่มลิ้มคิด, นฤมล ขุนกำแหง, และรุจรรดา รุ่งสุวรรณ</p> <p>Nujares Sopa, Nitchanan Somkerd, Thanwarat ChaichumniThidaphon Numlumekit, Naruamol Kungamhang, and Rudrada Rungsuwan</p>	27-37
<p>ผลของโปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19</p> <p><i>Effects of a prenatal exercise program on health belief model of pregnant women at Somdet Phra Sangharaja 19 Hospita</i></p> <p>พรชนก กลักเพชร, รุจา แก้วเมืองฝาง, และชัชฎา เย็นบำรุง</p> <p>Pornchanok Klakpech, Ruja Kaeomaungfang, and Chatchada Yenbumrung</p>	38-49

บทความวิจัย	หน้า
<p>ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ในผู้ป่วยข้อไหล่ติด โรงพยาบาลปะนาเระ</p> <p><i>Effects of a modified scapular muscle exercise program on pain, shoulder disability, quality of life, and range of motion in patients with frozen shoulder at Panare Hospital</i></p> <p>จันทร์จิรา อินเรือง Chanchira Inrueng</p>	50-61
<p>ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์</p> <p><i>Factors related to self-care ability in stroke patients at Nong Phai Hospital, Phetchabun</i></p> <p>นริศา อำนวยผล, สาโรจน์ นาคจู, และถาวร มาตัน Narisa Amnuaiophon, Saroj Nakju, and Thavon Maton</p>	62-75
<p>การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก</p> <p><i>The development of nursing system for patients with multiple trauma in Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital</i></p> <p>วินัส กุลธำรง, อัสณี วันชัย, พรรณี ชูศรี, วิมล โท้เพชร, สุภาพร ชานูวัตร์, และพงษ์เกษม พีระพันธ์</p> <p>Venus Kulthamrong, Ausanee Wanchai, Phannee Choosri, Wimol Thophed, Supaporn Chanuwat, and Pongkasem Peerapu</p>	76-90
<p>การพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน</p> <p><i>Quality Improvement of Incident Reporting, Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit, Lamphun Hospital</i></p> <p>จุฑามาศ คำพฤกษ์, กุลวดี อภิชาติบุตร, และอรอนงค์ วิชัยคำ Jutamas Kamphruek, Kulwadee Abhichattibutra, and Ornanong Wichaikhum</p>	91-104
<p>การพัฒนาแนวปฏิบัติกำกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก</p> <p><i>The development of guidelines for preventing the spread of drug-resistant infections in the inpatient department of Phromphiram Hospital, Phitsanulok Province</i></p> <p>จุฑารัตน์ ช่วยทวี และ อัสณี วันชัย Jutharat Chuaytawee and Ausanee Wanchai</p>	105 - 121

บทความวิจัย

หน้า

ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานกับคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุ ในตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์

122 - 133

*The relationship between community-based elderly care and quality of
life among older adults in Wang Tha Di Subdistrict, Phetchabun Province*

รุ่งทิภา บุญประคม, ดวงพร ปิยะคง, อัมราภรณ์ ภูระย้า และสุกฤตา ว่องวิทย์การ

Roongtiva Boonpracom, Duangporn Piyakong, Amaraporn Puraya, & Sugritta

Wongwiggan

ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองต่อความตระหนักเกี่ยวกับการเลือกบริโภค อาหารของเด็กวัยเรียนตอนปลาย

The effects of self-awareness enhancement program on awareness of food consumption decision among late school aged children

รุ่งทิวา หวังเรืองสถิตย์*, กมลชนก สือเฉย, จิรัฐติกาล บุญยี่, ชญาดา หงษ์ทอง, ฌภัทรชน หงษ์หนึ่ง, ธนาภรณ์ บุญพา, ธิติมา บุญเผย, น้ำฝน แซ่เฮ้อ, เบลญญา อินทรักษา, เปรมธิตา มีปัทมา, พัชรภรณ์ พาครุฑ, มานิตา ยิมประดิษฐ์, อาริสสา ชณะหาญ, อิศริยาภรณ์ คำมะนิศย์

Rungtiwa Wangruangsatid*, Kamonchanok Suchoey, Jirattikan Bunyee, Chayada Hongthong, Naphatchon Hongnueng, Thanaporn Bunpha, Thitima Boonpoei, Benya Intaraksa, Premthita Mipatthama, Patcharaporn Pakrut, Manita Yimpradit, Arrisa Chanahan, Itsariyaporn Khammani

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: rungtiwa@bcnb.ac.th

(Received: April 9, 2025; Revised: May 6, 2025; Accepted: June 9, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองต่อความตระหนักเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กวัยเรียนตอนปลาย จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมความตระหนักรู้ในตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือแบบวัดความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบวิลคอกซัน และสถิติทดสอบแมน-วิทนีย์ ยู

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความตระหนักรู้ในตนเองของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมกับหลังได้รับโปรแกรมทันที และหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนความตระหนักรู้ในตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมทันทีสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองภายหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมไปใช้เป็นแนวทางเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนตอนปลาย ใช้เป็นสื่อการสอนเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร จัดกิจกรรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารอย่างต่อเนื่อง และศึกษาวิจัยติดตามผลการคงอยู่ของความตระหนักรู้ในตนเองในระยะยาว และศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองในกลุ่มผู้ปกครอง และกลุ่มเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปี

คำสำคัญ : เด็กวัยเรียนตอนปลาย, โปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง, การเลือกบริโภคอาหาร

Abstract

This quasi-experimental study, employing a two-group pre-posttest design, aimed to examine the effectiveness of a self-awareness enhancement program on food consumption awareness among late school-age children. The sample consisted of 60 children, evenly divided into an experimental group and a control group, with 30 participants in each. The research instrument was a self-awareness enhancement program, and the data collection tool was a food consumption awareness scale. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann-Whitney U test.

The results indicated that the mean scores of food consumption awareness in the experimental group significantly increased immediately after the intervention and remained higher two weeks post-intervention compared to the baseline ($p < .001$). Additionally, the experimental group demonstrated significantly higher awareness scores than the control group immediately after the intervention ($p < .001$). However, no significant difference was observed between the two groups at the two-week follow-up.

These findings suggest that healthcare providers can adopt the program as a guideline for promoting food consumption awareness among late school-age children. It may also serve as an instructional tool to foster healthy eating behaviors, support ongoing self-awareness activities, and inform further research on the long-term sustainability of self-awareness. Future studies should also investigate the application of this program with parents and younger children under the age of ten.

Keywords: late school-aged children, self-awareness enhancement program, food consumption decision

บทนำ

ภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) พบว่าในปี พ.ศ. 2565 มีเด็กอายุระหว่าง 5 ถึง 19 ปี มากกว่า 390 ล้านคน มีน้ำหนักเกินโดย 160 ล้านคนเป็นโรคอ้วน (World Health Organization, 2024) คาดว่าภายในปี 2578 จำนวนเด็กที่เป็นโรคอ้วนจะเพิ่มขึ้นกว่า 100% เมื่อเทียบกับปี 2020 โดยจำนวนเด็กผู้ชายที่เป็นโรคอ้วนจะเพิ่มขึ้นเป็น 208 ล้านคน และเด็กผู้หญิงจะเพิ่มขึ้นเป็น 175 ล้านคน (Pappachan et al., 2024).) ความชุกของโรคอ้วนในเด็กเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะในประเทศกลุ่มอาเซียน ประเทศไทยมีรายงานสถิติเด็กอายุระหว่าง 6-14 ปี ที่มีภาวะโภชนาการเกินคิดเป็นร้อยละ 13.4 ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 3 ของประเทศในกลุ่มอาเซียน (กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ในปีพ.ศ. 2565 - 2566 งานโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุขพบว่าเด็กวัยเรียนอายุ 6 ถึง 14 ปีที่เริ่มอ้วน และอ้วนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 13.7 และ 13.4 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดที่ไม่เกินร้อยละ 12 (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และในปี 2567 พบว่าเขตสุขภาพที่ 2 มีสถานการณ์ภาวะเริ่มอ้วน และอ้วนเกินค่าเป้าหมายสูงเป็นลำดับที่ 5 จาก 12 เขตสุขภาพโดยเป็นเด็กวัยเรียนอายุ 6 ถึง 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.0 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) โดยพบว่าในกลุ่มเด็กวัยเรียนประถมศึกษาปีที่ 1-6 อายุระหว่าง 6 ถึง 14 ปี มีภาวะอ้วน และเริ่มอ้วน จำนวน 2,335 คน โดยเป็นเด็กวัยเรียนในเขตอำเภอเมืองพิษณุโลก จำนวน 1,174 คน คิดเป็นร้อยละ 35.2 สูงเป็นอันดับที่ 1 ของอำเภอทั้งหมดในจังหวัดพิษณุโลก (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2567) องค์การอนามัยโลก และ World Obesity Federation ระบุว่าหากไม่มีมาตรการป้องกันและ

รักษาที่มีประสิทธิภาพ อัตราโรคอ้วนในเด็กจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมในอนาคต (World Obesity Atlas, 2023)

ภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนตอนปลายมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง รับประทานอาหารไม่ได้สัดส่วน และปริมาณที่เหมาะสมตามวัย รับประทานอาหารตามใจ ทำให้เด็กได้รับปริมาณอาหารมากเกินไป ความต้องการของร่างกาย (ศุภลักษณ์ ศรีธัญญา, 2561; ขวัญชนก สุวรรณ และคณะ, 2565) รับประทานขนมกรุบกรอบ ไม่รับประทานผัก และรับประทานอาหารกลุ่มแป้งทุกวัน บริโภคอาหารที่มีไขมันสูงอาหารทอด อาหารที่มีรสหวาน น้ำตาลสูง อาหารจานด่วน และมีสัดส่วนในการรับประทานผัก ผลไม้ลดน้อยลง (วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา และคณะ, 2566) มีทัศนคติด้านลบต่อการป้องกันโรคอ้วนในประเด็นการบริโภคอาหาร และกิจกรรมทางกาย ขาดความตระหนักถึงความสำคัญ และขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย (พิมพ์พิศา พันธมณี และสมคิด ปราบภัย, 2560; พงษ์เอก สุกใส และทัศนยา จารุชาติ, 2565) ภาวะโภชนาการเกินส่งผลกระทบต่อตัวเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Ali et al., 2020; ทศนียา วังสะจันทานนท์, 2565) ด้านร่างกาย เด็กต้องเผชิญกับการมีขนาดตัวที่ใหญ่ขึ้นเวลาทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เหนื่อยง่าย มีการเปลี่ยนแปลงทางผิวหนังลักษณะเป็นปื้นดำหนาและขรุขระคล้ายขี้โคล (Acanthosis nigrians) ที่บริเวณคอ รักแร้และขาหนีบ (สาริษฐา สมทรัพย์, 2561) เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ภาวะไขมันสะสมในตับ นิ่วในถุงน้ำดี โรคหอบ ภูมิแพ้ มีปัญหาหยุดหายใจขณะหลับ มีอาการนอนกรน และมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าคนปกติ (ศุภลักษณ์ ศรีธัญญา, 2561) ผลกระทบด้านจิตใจ เด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินจะเข้าสู่วัยรุ่นเร็วกว่าเด็กในวัยเดียวกันมักถูกเพื่อนบูลลี่ ล้อเลียน กลั่นแกล้งทำให้เกิดความเครียดและมีความเชื่อมั่นในตัวเองต่ำ (วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา และคณะ, 2566) เกิดปัญหาในการเข้าสังคม จะมีความรู้สึกโดดเดี่ยว เหงา มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล (Haqq et al., 2021)

ความตระหนักรู้ในตนเอง (Objective Self-awareness) คือการที่บุคคลใส่ใจในความรู้ ความคิด และการกระทำของตน เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลรับรู้ถึงข้อดีข้อบกพร่องของตนเอง พัฒนาและปรับปรุงตนเองให้ดียิ่งขึ้น เพื่อลดผลกระทบเชิงลบต่อตนเอง (Duval & Wicklund, 1972) การสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเป็นกระบวนการในการทำให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อที่จะสามารถตัดสินใจ และปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานสังคม (Duval & Wicklund, 1972; พัทกุล แก้วกำพลนุชิต, 2565) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กจำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ควรบริโภค และพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักและความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม(นวารินทร์ พันธุ์ชัยภูมิ และพิชญอุตตะมะเวทิน, 2564; กรแก้ว ธิรพงษ์สวัสดิ์ และคณะ, 2564) โดยเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่ใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลเชิงรูปธรรมได้ ต้องการมีประสบการณ์จากการกระทำของตน และเรียนรู้สิ่งต่างๆจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความคิดสร้างสรรค์สามารถใช้เหตุผลแยกแยะได้ถูกต้อง สามารถนำความรู้มาแก้ไขปัญหาใหม่ ๆ ได้ และรู้จักการปรับตัวได้เหมาะสม การนำสื่อแอนิเมชันมาใช้ในการเรียนรู้ในเด็กวัยเรียนช่วยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย สนุกสนาน สร้างจินตนาการ และความคิดริเริ่ม เนื่องจากเป็นสื่อที่มีทั้งเสียง และภาพที่เป็นการ์ตูนเคลื่อนไหว สามารถบรรยายเนื้อหาเรื่องราวด้วยตัวเองจากการแสดงออกของหน้าตา ท่าทาง เสียง และอารมณ์ของตัวการ์ตูนจะเป็นการเล่าเรื่องด้วยภาพมากกว่าคำพูดของตัวละครเป็นหลัก ประกอบกับฉากที่มีสีสันสดใสทำให้ดึงดูดความสนใจของเด็กวัยเรียน สื่อความหมายได้ดี จดจำเรื่องราวได้ง่าย (สุชาติดา ปราบมีชัย และสมสมร เรื่องวรบูรณ์, 2560) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำทฤษฎีการตระหนักรู้ในตนเองของ Duval และ Wicklund (1972) มาใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองต่อความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารผ่านสื่อแอนิเมชัน “ฉัน...อยาก.....แข็งแรง (I wanna be strong)” ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร และฝึกทักษะการตัดสินใจเลือกอาหาร ผ่านเกม “การจ่ายตลาด และอาหารกลางวันของฉัน” เพื่อสร้างให้เกิดความตระหนักรู้ในตนเองให้กับเด็กวัยเรียนต่อการเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์วิจัย

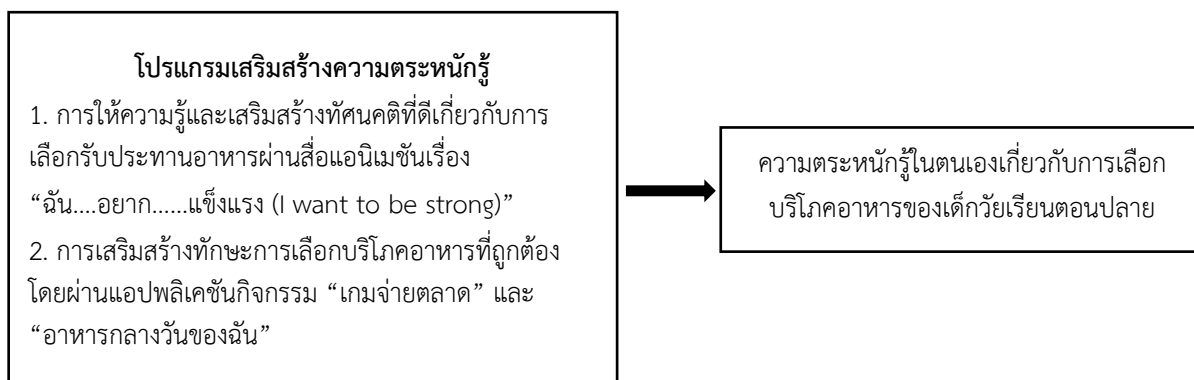
เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองต่อความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภค อาหารของเด็กวัยเรียนตอนปลาย

สมมติฐาน

1. คะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมทันที สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. คะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมทันทีของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. คะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ของ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองต่อความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนตอนปลาย โดยใช้ทฤษฎีการตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) ของ Duval และ Wicklund (1972) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัยดังแสดงในภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากร คือ เด็กวัยเรียนตอนปลายที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาพิษณุโลก เขต 1 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ปีการศึกษา 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยเรียนตอนปลายที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาพิษณุโลก เขต 1 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 60 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2 ทดสอบด้วยสถิติแบบ 2 กลุ่มกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 กำหนดค่าอิทธิพล (Effects size) เท่ากับ 0.94 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 คน คำนวณการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ

1. เด็กวัยเรียนตอนปลายอายุ 10-12 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. สามารถพูดอ่านภาษาไทยได้คล่อง
3. ไม่มีปัญหาสุขภาพที่อยู่ในระยะที่แสดงอาการ
4. กลุ่มตัวอย่าง และบิดามารดาหรือผู้ปกครองตามกฎหมายยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วม กิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด
2. มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือมีอาการที่อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยหรือสุขภาพในระหว่างการศึกษาวิจัย

วิจัย

เกณฑ์การถอน (Withdrawal criteria)

1. ย้ายสถานศึกษาระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 โปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการตระหนักรู้ของ Duval and Wicklund (1972) เพื่อสร้างความตระหนักรู้ในตนเองต่อตนเองในการเลือกบริโภคอาหารในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ และเสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการเลือกบริโภคอาหารผ่านสื่อแอนิเมชัน “ฉัน...อยาก.....แข็งแรง (I want to be strong)” ใช้ระยะเวลา 10 นาที เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายโรคอ้วน ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอ้วน ผลกระทบของโรคอ้วน วิธีการประเมินภาวะโภชนาการ การเลือกบริโภคอาหาร 5 หมู่ที่ถูกต้อง และการอ่านฉลากโภชนาการอาหาร 2) กิจกรรมฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกอาหารที่ถูกต้องผ่านการเล่นเกมสไลด์แอปพลิเคชัน “การจ่ายตลาด” ใช้เวลาเล่น 10 นาที ผู้เล่นต้องตัดสินใจเลือกรูปภาพอาหารเสมือนจริงจำนวน 5 ชนิด โดยกำหนดคำตอบที่ถูกต้องไว้ล่วงหน้า หากผู้เล่นเลือกอาหารที่มีประโยชน์จะปรากฏอิมจิยิ้ม ดีใจ และมีคำเฉลยให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับอาหารนั้น ๆ แต่ถ้าผู้เล่นตอบผิด จะปรากฏอิมจิเศร้า ร้องไห้ และมีคำอธิบายความรู้เพิ่มเติม และ 3) กิจกรรมฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกอาหารจานหลักที่ถูกต้อง เหมาะสมกับวัยผ่านการเล่นเกมสไลด์แอปพลิเคชัน “อาหารกลางวันของฉัน” ใช้เวลาเล่น 10 นาที ผู้เล่นต้องตัดสินใจเลือกรูปภาพอาหารเสมือนจริงหลากหลายเมนู และมีคำถามปลายปิดจำนวน 5 ข้อ ในแต่ละข้อ มีตัวเลือก 2 ตัวเลือก ให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก โดยกำหนดคำตอบที่ถูกต้องไว้ล่วงหน้า หากผู้เล่นเลือกอาหารที่มีประโยชน์จะปรากฏอิมจิยิ้ม ดีใจ และมีคำเฉลยให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเมนูอาหารนั้น ๆ เมื่อผู้เล่นตอบผิด จะปรากฏอิมจิเศร้า ร้องไห้ และมีคำอธิบายความรู้เพิ่มเติม

1.2 แผ่นพับการเลือกบริโภคอาหาร เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารในกลุ่มที่นำมาเป็นกลุ่มควบคุมในการวิจัยครั้งนี้ มีสีสันและรูปภาพเสมือนจริงประกอบ เนื้อหาประกอบด้วย ความหมาย ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอ้วน ผลกระทบของโรคอ้วน วิธีการประเมินภาวะโภชนาการ การอ่านฉลากโภชนาการ เทคนิคการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหาร 5 หมู่ มีจำนวน 2 หน้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง

2.2 แบบสอบถามความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหาร จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 15 ข้อ และคำถามด้านลบ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย โดยเลือกตอบเพียงหนึ่งตัวเลือก การแปลผลโดยรวมทั้งฉบับ คะแนนเฉลี่ย 20 - 33 หมายถึง

ตระหนักรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารน้อย คะแนนเฉลี่ย 34 - 47 หมายถึง ตระหนักรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 48 - 60 หมายถึง ตระหนักรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารมาก

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) นำโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร แผ่นพับการเลือกบริโภคอาหาร และแบบสอบถามความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และนักโภชนาการ 1 ท่าน นำข้อมูลมาคำนวณค่าดัชนี (IOC) มีค่าเท่ากับ 0.84, 0.67 และ 0.9 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร และแผ่นพับการเลือกบริโภคอาหารไปทดลองใช้กับเด็กวัยเรียนที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 รายเพื่อดูความเป็นไปได้ (Feasibility) ทั้ง 5 รายสามารถใช้ได้ และไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย หลังจากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับฉลากจากโรงเรียนในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก มา 1 โรงเรียน หลังจากนั้นทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล และดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การรวบรวมข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ ดำเนินการประชาสัมพันธ์โปสเตอร์การรับสมัครกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่สมัครเข้าร่วมโครงการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และลงลายมือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ หากท่านไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการสามารถศึกษาการเลือกบริโภคอาหารได้ด้วยตนเองจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้ ในการดำเนินการเก็บข้อมูลทำในกลุ่มทดลองก่อนหลังจากนั้นจึงจะดำเนินการในกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง

ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ดังนี้

1. ทักทายโดยแนะนำตัวเองและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง
2. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร (Pre-test)

ใช้เวลา 10 นาที

3. ผู้วิจัยนำแท็บเล็ตคอมพิวเตอร์แจกให้กลุ่มตัวอย่างคนละ 1 เครื่อง หลังจากนั้นดำเนินการเปิดนิเมชันเรื่อง “ฉัน.....อยาก....แข็งแรง (I want to be strong)” ให้ดูเป็นรายบุคคล ใช้เวลา 10 นาที เพื่อเสริมสร้างความรู้และทัศนคติที่ดีในการเลือกบริโภคอาหาร

4. หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเล่นเกมส์ “การจ่ายตลาด” เป็นรายบุคคล ใช้เวลา 10 นาที เพื่อฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกอาหารที่ถูกต้องและ “อาหารกลางวันของฉัน” ใช้เวลา 10 นาที ผ่านแอปพลิเคชัน เพื่อฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกอาหารจานหลักที่ถูกต้อง

5. หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารทันทีภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม (Post-test) ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 10 นาที

6. หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร (Post-test) ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 10 นาที

กลุ่มควบคุม

ได้รับแผ่นพับการเสริมสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ดังนี้

1. ทักทายโดยแนะนำตัวเองและสร้างสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่าง
2. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร (Pre-test)

ใช้เวลา 10 นาที

3. ผู้วิจัยดำเนินการแจกแผ่นพับการเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารเป็นรายบุคคล หากมีข้อสงสัยในเนื้อหาแผ่นพับสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ ใช้เวลา 30 นาที

4. หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารทันทีภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม (Post-test) ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 10 นาที

5. หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร (Post-test) ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เป็นความถี่ ร้อยละ
2. สถิตินอนพารามetriks ผลการทดสอบ the Shapiro-wilk test มีค่า sig of Shapiro-wilk < .05 ซึ่งแสดงถึงการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เปรียบเทียบคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองก่อน กับหลังได้รับโปรแกรมทันทีและหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และใช้สถิติ Mann-Whitney Test เปรียบเทียบคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมทันทีกับกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์กับกลุ่มควบคุม

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เอกสารรับรอง CoA No. 007/2567 และ REC No 015/2567 วันที่รับรอง 11 กันยายน 2567 การเข้าร่วมการวิจัยเป็นตามความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาตามปกติ นำเสนอผลวิจัยในภาพรวมและเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.7 อายุ 11 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00 น้ำหนักอยู่ระหว่าง 24.00-39.00 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 66.70 ส่วนสูงอยู่ระหว่าง 136-145 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 53.30 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.00 อายุ 11 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.7 น้ำหนักอยู่ระหว่าง 24.00-39.00 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนสูงอยู่ระหว่าง 146-155 เซนติเมตร คิดเป็น ร้อยละ 43.33

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ				
ชาย	7	23.3	18	60
หญิง	23	76.7	12	40
อายุ				
10 ปี	2	6.70	8	26.6
11 ปี	18	60.00	14	46.7
12 ปี	10	33.30	8	26.7
น้ำหนัก				
24.00-39.00 กิโลกรัม	20	66.70	12	40.00
39.00-54.00 กิโลกรัม	6	20	9	30.00
54.01-69.00 กิโลกรัม	4	13.30	8	26.70
69.01-84.00 กิโลกรัม	0	0	1	3.3
ส่วนสูง				
125-135 เซนติเมตร	1	3.30	5	16.70
136-145 เซนติเมตร	16	53.30	7	23.30
146-155 เซนติเมตร	10	33.30	13	43.33
156-165 เซนติเมตร	3	10.00	5	16.70

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมทันที และหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์กับก่อนได้รับโปรแกรม

จากตาราง 2 พบว่าคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมทันทีสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และจากตาราง 3 พบว่าคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมทันทีกับก่อนได้รับโปรแกรม

ความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหาร	n	Mean	S.D.	Z	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	30	38.0	5.60	-4.79	<.01*
หลังได้รับโปรแกรมทันที	30	57.43	3.27		

*p-value <.01

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์กับก่อนได้รับโปรแกรม

ความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหาร	n	Mean	S.D.	Z	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	30	38.0	5.60		
หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์	30	55.77	3.70	-4.32	<.01*

* p-value <.01

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารภายใต้โปรแกรมทันที และหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองหลังกับกลุ่มควบคุม

จากตาราง 4 พบว่าคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมทันทีสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และจากตาราง 5 พบว่าคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.93$)

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารภายใต้โปรแกรมทันที ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมทันที	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Mann-Whitney U	p-value
กลุ่มควบคุม	20.82	624.50			
กลุ่มทดลอง	40.18	1205.50	-4.32	159.50	<.01*

* p-value <.01

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารภายใต้โปรแกรม 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมทันที 2 สัปดาห์	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Mann-Whitney U	p-value
กลุ่มควบคุม	26.73	802.00			
กลุ่มทดลอง	34.27	1028.00	-1.68	337.00	.093

* p-value <.01

อภิปรายผล

จากผลการศึกษสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมทันที สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากตารางที่ 2 และมีคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้สื่อดิจิทัลที่เป็นภาพวาดการ์ตูนเคลื่อนไหวพร้อมเสียงบรรยายเรื่อง “ฉัน....อยาก.....แข็งแรง (I want to be strong)” เสริมสร้างความรู้ และเสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการเลือกบริโภคอาหารให้เด็กวัยเรียนตอนปลาย และกิจกรรมเชิงปฏิบัติในแอปพลิเคชัน “การจ่ายตลาด ” และ “อาหารกลางวันของฉัน” ที่ออกแบบเป็นเกมส์ที่มีภาพอาหารเสมือนจริง ตัวการ์ตูนที่มีสีสันสดใส มีเสียงประกอบที่เร้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างมีการสื่อสารโต้ตอบในกิจกรรมโดยให้เลือกตอบ และมีคำตอบที่ถูกต้องพร้อมคำอธิบายช่วยฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกอาหารที่ต้องช่วยให้อายุมากขึ้นตระหนักถึงพฤติกรรมเลือกอาหารของตนเองมากขึ้น และมีความเข้าใจในการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพมากขึ้น เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็กวัยเรียนที่ชอบฟังเรื่องราวที่มีตัวการ์ตูนเดินเรื่องและมีความสุขสนุกสนานเพลิดเพลินติดตาม สร้างความกระตือรือร้น และสร้างความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (จิราพรรณ วาสนาบุญสงเสริม, 2563; ชนนิ มั่นตะสุตร และอ้อมธจิต แป้นศรี, 2565) ส่งผลให้คะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับแนวคิดในทฤษฎีการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-Awareness Theory) ของ Duval และ Wicklund (1972) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นให้ตระหนักถึงการกระทำหรือพฤติกรรมของตนเอง บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่พวกเขาคาดหวังหรือที่ได้รับการสอน และงานวิจัยของ สุชาติดา ปรามมีชัย และสมสมร เรื่องวรบูรณ, 2560 พบว่า สื่อแอนิเมชันเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการถ่ายทอดเนื้อหาทำให้เด็กวัยเรียนสามารถเข้าใจ และจดจำเนื้อหาได้ง่ายขึ้นส่งผลให้กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อแอนิเมชันมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น และงานวิจัยของศุภลักษณ์ ศรีธัญญา และคณะ (2561) การนำโปรแกรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์มาใช้ส่งเสริมให้เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายที่ดีขึ้น พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

2. คะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมทันทีของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากตาราง 4 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารที่ผู้วิจัยพัฒนานำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้ผ่านแอนิเมชันเรื่อง “ฉัน....อยาก.....แข็งแรง (I want to be strong)” และให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมเชิงปฏิบัติผ่านแอปพลิเคชันเกมส์ “การจ่ายตลาด ” และ “อาหารกลางวันของฉัน” ซึ่งโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเป็นการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดีย (Multimedia) ที่ประกอบด้วยตัวอักษร เสียง และภาพ เป็นวิธีการให้ความรู้ที่สามารถถ่ายทอดแนวคิดให้ผู้รับสารเข้าใจง่าย ดึงดูดความสนใจของผู้รับสารได้เป็นอย่างดี และมีประโยชน์ในการถ่ายทอดข้อมูลให้แก่ผู้ที่ทักษะการอ่านมีจำกัด (Zarei et al, 2014) อีกทั้งตัวการ์ตูนยังมีสีสันสดใส แสดงออกด้วยสีหน้าท่าทาง และอารมณ์มากกว่าคำพูดทำให้เด็กเข้าใจเนื้อหา จดจำเรื่องราวได้ดีสอดคล้องกับพัฒนาการการเรียนรู้ของเด็กวัยเรียน (สุชาติดา ปรามมีชัย และสมสมร เรื่องวรบูรณ, 2560) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างตั้งใจฟังเรื่องราวที่ตัวการ์ตูนสื่อสาร มีความสนุกสนาน เกิดการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทักษะการตัดสินใจเลือก และสามารถรับรู้ผลของการตัดสินใจได้ทันที สอดคล้องกับทฤษฎีการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-Awareness Theory) ของ Duval และ Wicklund (1972) กล่าวว่า เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นให้ตระหนักถึงตัวเองผ่านการมองเห็นผลลัพธ์จากการกระทำหรือการตัดสินใจ บุคคลจะพยายามปรับตัวเพื่อให้พฤติกรรมสอดคล้องกับมาตรฐานที่ต้องการ และสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาวรรณ นวลจันทร์คง และคณะ (2564) พบว่า การส่งเสริมความรู้ทางโภชนาการผ่านกิจกรรมการเล่นเกมส์ที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนลงมือทำ ร่วมอภิปราย ร่วม ฝึกทักษะ และ

สื่อสารทำให้ผลการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะความรู้ในการแยกแยะอาหารที่มีผลต่อการเพิ่มน้ำหนัก ในขณะที่สื่อแผ่นพับมีคะแนนความตรงเชิงเนื้อหาต่ำกว่าโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร ประกอบกับข้อจำกัดของสื่อแผ่นพับที่เป็นการสื่อมิติเดียว ที่ไม่มีเสียง ไม่มีการเคลื่อนไหวของภาพ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียนเป็นการสื่อสารทางเดียว (สุชาติดา ปราบมีชัย และสมสมร เรืองวรบูรณ์, 2560) จึงดึงดูดความสนใจผู้เรียนได้น้อยกว่าการสื่อสารแบบสองทาง ถึงแม้ว่าความสิ่งพิมพ์จะสามารถย้อนกลับมาทบทวนอ่านได้จนเข้าใจ บรรจุรายละเอียดของข่าวสารที่ต้องการสื่อได้ครบถ้วน และสะดวกต่อการใช้ และผลการวิจัยยังพบว่า คะแนนความตระหนักรู้ในตนเองต่อการเลือกบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.93$) จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองที่มีการจัดเพียงครั้งเดียวไม่ได้มีการเสริมสร้างหรือทบทวนอย่างต่อเนื่องสามารถกระตุ้นการเรียนรู้ และการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารได้ดีขึ้นในระยะสั้นแต่อาจจะไม่สามารถรักษาความเปลี่ยนแปลงระดับความตระหนักรู้ในตนเองในเด็กวัยเรียนตอนปลายได้ในระยะยาว สอดคล้องกับ Duval และ Wicklund (1972) ที่กล่าวว่าความตระหนักรู้ในตนเองนั้นสามารถลดลงได้เมื่อบุคคลไม่ได้รับการกระตุ้นหรือคำแนะนำต่อเนื่อง ซึ่งการขาดการฝึกฝนและการทบทวนอย่างต่อเนื่องอาจส่งผลให้ความตระหนักรู้ในระยะยาวลดลง (Carver & Scheier, 1981; Morin, 2011) และ สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านการทำ (Experiential learning theory) ของ Kolb (1984) ที่กล่าวว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นจากการมีประสบการณ์โดยตรง หากไม่มีการทบทวนหรือฝึกฝนซ้ำ ความรู้และทักษะนั้นอาจจางหายไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนตอนปลาย
2. ผู้สอนในโรงเรียนปฐมวัยสามารถนำไปโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร เป็นสื่อประกอบการเรียนการสอนในเด็กวัยเรียนตอนปลายเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร
3. ด้านการศึกษา นำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ในการพยาบาลในมิติการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนตอนปลาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโดยจัดให้มีกิจกรรมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างความคงอยู่ของความตระหนักรู้ในตนเอง และติดตามผลการคงของความตระหนักรู้ในตนเองในระยะยาว
2. ศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ปกครอง และกลุ่มเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปี

เอกสารอ้างอิง

- กรแก้ว ธิรพงษ์สวัสดิ์, จันทร์ธรา สมด้ว, ศิวพร ชุมหิรัญ, มหศักดิ์ ภูริวัฒน์ภากร, ประภัสสรรา พิศวงปรากฏ, ระวีวรรณ รัตนปัญญา, พรพรรณ นามตะ, และศิรยา พลราชภูร์. (2564). รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียนในเขตสุขภาพที่ 7. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*, 13(2), 23-36.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). ผลการรายงานผลการวิเคราะห์ตามตัวชี้วัด 3.10 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วนสำนักโภชนาการ รอบ 5 เดือนหลัง ปี 2567. https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819b_a2f16c/filecenter/file/doc/2567/KPI%203.10%20_%201.1%20Assessment_%20part%202.pdf
- กองส่งเสริมความรอบรู้ และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *กรมอนามัยเผยเด็กไทยอ้วนเปิดอาหารสุขภาพ เสริมออกกำลังกายป้องกัน*. <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/news0633-2/>

- ขวัญชนก สุวรรณ, ศุภรดา โมขุนทด, และวัชรินทร์ หวังหุ่นกลาง. (2565). ปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในอีเทอร์เน็ต*, 2(4), 88-89.
- จิราพรรณ วาสนาบุญส่งเสริม. (2563). *การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ทางด้านอารมณ์และความรู้สึกในเด็กวัยเรียนด้วยการประยุกต์เครื่องมือ “วงล้อแห่งอารมณ์”* [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2020/TU_2020_6119030093_13229_13339.pdf
- จุฑาวรรณ นวลจันทร์คง, ปัทมาภรณ์ เจริญนนท์, และ ศกุนตลา มานะกล้า. (2564). การส่งเสริมความรู้ทางโภชนาการผ่านกิจกรรมการเล่นเกมนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 15(3), 149-163.
- ชนนี มั่นตะสุตร และอ้อมธจิต แป้นศรี. (2565). การพัฒนาการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการเขียนเชิงสร้างสรรค์โดยใช้กลวิธี SCPC ร่วมกับโปรแกรม Scratch ในการสร้างการ์ตูน Animation สำหรับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. *วารสารวิจัยวิชาการ*, 5(1), 203-215.
- ทัศนียา วังสะจันทานนท์. (2565). ภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยก่อนเรียน: บทบาทพยาบาลเด็กในการส่งเสริมโภชนาการ. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(4), 13-23.
- นวารินทร์ พันธุ์ชัยภูมิ และพิษณุ อุดตมะเวทิน. (2564). พฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนเวียงน้อยศึกษา จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 14(1), 49-56.
- พงษ์เอก สุกใส และทัศนยา จารุชาติ. (2565). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพกับการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 28(3), 13-23.
- พัชกุล แก้วกำพลนุชิต. (2565). *ผลการจัดกิจกรรมอ่านจับใจความโดยใช้เทคนิคการสะท้อนคิดที่มีต่อการตระหนักรู้ในตนเองของนักเรียนประถมศึกษา* [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิมพ์พิศา พันธมณี และสมคิด ปราบภัย. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการลดความอ้วนโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *วารสารการพยาบาล*, 19(2), 13-23.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2567). *รายงานร้อยละของนักเรียนชั้นป. 1- ป.6 ที่มีภาวะเริ่มอ้วน และอ้วนได้รับการคัดกรองความเสี่ยง*. <https://hdc.moph.go.th/plk/public/standard-report-detail/aee928ed925a6e3c269f4f67b3f34a12>
- วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา, ชไมพร ประคานอก, และวิรุฬจิตร อนุจางวาง. (2566). รับมืออย่างไรกับภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน: เจเนอเรชันใหม่ในยุคดิจิทัล. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 29(1), 1-14.
- ศุภลักษณ์ ศรีธัญญา. (2561). *ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน* [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศุภลักษณ์ ศรีธัญญา, ประไพ กิตติบุญถวัลย์, และญาณินี โดดสกุล. (2561). ผลของโปรแกรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการบริโภคและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 39(1), 148.
- สาริษฐา สมทรัพย์. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 12(9), 20-33.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *รายงานผลการวิเคราะห์ตามตัวชี้ วัด 2.2 ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ (Knowledge Management : KM) และการขับเคลื่อนการเป็นองค์กร*

- แห่งการเรียนรู้ (Leaming Organization: LO) สำนักโภชนาการรอบ 5 เดือนหลังปี 2556.
<https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f>
- สุชาติดา ปราบมีชัย และ สมสมร เรืองวรบูรณ์. (2560). ผลของสื่อแอนิเมชั่นต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(2), 96-109.
- Ali, M. S., Kassahun, C. W., & Wubneh, C. A. (2020). Overnutrition and associated factors: A comparative cross-sectional study between government and private primary school students in Gondar Town, Northwest Ethiopia. *Journal of Nutrition and Metabolism*, 1-12.
<https://doi.org/10.1155/2020/3670895>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. Springer-Verlag.
- Duval, S., & Wicklund, R. A. (1972). *A theory of objective self-awareness*. Academic Press.
- Haqq, A. M., Kebbe, M., Tan, Q., Manco, M., & Salas, X. R. (2021). Complexity and stigma of pediatric obesity. *Childhood Obesity (Print)*, 17(4), 229–240. <https://doi.org/10.1089/chi.2021.0003>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall.
- Morin, A. (2011). Self-Awareness part 1: Definition, measures, effects, functions, and antecedents. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(10), 807–823. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00387.x>
- Pappachan, J. M., Fernandez, C. J., & Ashraf, A. P. (2024). Rising tide: The global surge of type 2 diabetes in children and adolescents demands action now. *World Journal of Diabetes*, 15(5), 797–809. <https://doi.org/10.4239/wjd.v15.i5.797>
- World Health Organization. (2024). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Obesity Atlas. (2023). *Global study predicts that more than half the global population will be living with overweight and obesity within 12 years if prevention, treatment, and support do not improve*. <https://www.worldobesity.org/news/economic-impact-of-overweight-and-obesity-to-surpass-4-trillion-by-2035>
- Zarei, A. R., Jahanpour, F., Alhani, F., Razazan, N., & Ostovar, A. (2014). The impact of multimedia education on knowledge and self-efficacy among parents of children with asthma: A randomized clinical trial. *Journal of Caring Sciences*, 3(3), 185–192.
<https://doi.org/10.5681/jcs.2014.020>

ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
หอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี

Effectiveness of a nursing practice guideline for postoperative abdominal pain
management at the 50th Anniversary Special/1 and Monks Ward,
Uthai Thani Hospital

รักศรี เอื้อชูเกียรติ* และภัทรณัฐ คงยุทธ

Raksri Erchookait* and Pattaranat Kongyut

โรงพยาบาลอุทัยธานี

Uthai Thani Hospital

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

(Received: March 14, 2025; Revised: April 30, 2025; Accepted: June 9, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม เพื่อศึกษาผลของประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องหอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 10 คนและผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คนเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการจัดการกับความปวด และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่าเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องพึงพอใจแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97 พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70

ข้อเสนอแนะ ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง นำไปใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักรักษาเพื่อเริ่มลดการปวดให้ผู้ป่วยในระยะแรกของการผ่าตัด ลดการใช้ยาและพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล การจัดการความปวด หลังผ่าตัดช่องท้อง

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group design aimed to examine the effectiveness of a nursing practice guideline for postoperative pain management in patients undergoing abdominal surgery at the 50th Anniversary Special/1 and Monks Ward at Uthai Thani Hospital. The sample consisted of 10 nurses who provided care for postoperative abdominal surgery patients, and 60 patients who underwent abdominal surgery. The patients were equally divided into an experimental group and a control group, with 30 patients in each group. The research instruments included: 1) a nursing practice guideline for postoperative abdominal pain management, 2) a patient

satisfaction questionnaire on pain management, and 3) a satisfaction assessment form for nurses regarding the guideline. Data were analyzed using mean, standard deviation, and an independent t-test.

The results revealed that at 24, 48, and 72 hours postoperatively, the experimental group reported significantly lower pain scores than the control group ($p < .05$). Additionally, 97% of the patients expressed the highest level of satisfaction with the nursing practice guideline. Among the nurses, 70% reported the highest level of satisfaction with its use in postoperative pain management.

It is recommended that the nursing practice guideline for postoperative abdominal pain management be implemented starting in the recovery room to reduce early postoperative pain, minimize medication use, and be further developed into guidelines for other types of postoperative pain management.

keywords: nursing practice guideline, pain management, post-abdominal surgery

บทนำ

ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นปัญหาอันดับแรกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะการผ่าตัดใหญ่จะส่งผลให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดมาก การผ่าตัดบริเวณช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ทำให้ผู้ป่วยทุกคนกังวล เพราะความปวดส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย และความทุกข์ทรมาน เนื่องจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับความชอกช้ำและถูกทำลาย นอกจากนี้การได้รับยาระงับ ความรู้สึกทั่วไปร่วมกับมีการรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ขณะผ่าตัด มีผลทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลงหรือหยุดทำงานชั่วคราว หลังผ่าตัดผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ทำให้รู้สึกไม่สุขสบายเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาไอหรือเคลื่อนไหวร่างกาย การศึกษาความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยยังมีความปวดในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง สูงถึงร้อยละ 88.00 โดยจะปวดมากในวันแรกร้อยละ 95.00 และลดลงเหลือร้อยละ 76.00 และ 49.00 ในวันต่อมา (จุฑารัตน์ สว่างชัย และ ศรีสุดา งามขำ, 2560)

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่ไม่เหมาะสมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและต่อองค์กร สำหรับผู้ป่วยความปวดทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการไอ การหายใจลึก ๆ และหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหว เพราะกลัวว่าจะทำให้ปวดมากขึ้น ผลลัพธ์ที่ตามมาคือทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ปอดอักเสบ การอุดตันของหลอดเลือด และแผลหายช้า ด้านจิตใจผู้ป่วยจะหงุดหงิด วิตกกังวล เครียดและซึมเศร้า สำหรับองค์กรผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น เกิดความไม่พึงพอใจต่อการรักษา ส่งผลต่อภาพลักษณ์ขององค์กร (จุฑารัตน์ สว่างชัย และคณะ, 2562) สมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย ได้จัดให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ดังนั้น สิ่งสำคัญที่จะช่วยตอบสนองความปวดที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในร่างกาย บางคนอาจมีอาการเจ็บปวดเฉียบพลัน เรื้อรัง และเฉียบพลัน-เรื้อรังร่วมด้วย รวมทั้งผู้ป่วยบางคนอาจเกิดจากการรับรู้ที่เกิดขึ้นภายในตัวจนเกินความทนทานของตัวเองซึ่งความปวดชนิดเฉียบพลันทันทีทันใดจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยได้มากกว่าการปวดแบบเรื้อรัง ความรู้สึกจากการที่เนื้อเยื่อเสมือนว่าถูกทำลายหรือถูกทำลายจริง ๆ มีผู้ที่ปวดเท่านั้นที่จะรับรู้ว่าจะปวดมากน้อยเพียงใดและลักษณะอย่างไร ซึ่งยากที่จะอธิบายหรือบอกให้ผู้อื่นเข้าใจ (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2562) จะเห็นได้ว่า ผลกระทบที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดไม่เพียงพอ ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น แรงต้านทางหลอดเลือดส่วนปลายสูงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นจนอาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีผลกระทบที่ต่อเนื่องต่ออาการปวดในระดับปานกลางถึงมาก เช่น ไม่สามารถไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีเสมหะคั่งบริเวณหลอดลมหรือแขนงหลอดลมมากขึ้น เสี่ยงต่อภาวะปอดติดเชื้อหลังผ่าตัด มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน

ห้องอืด และการอุดตันของลำไส้ (Lindberget et al., 2016 ใน มนพร ชาติชานี, 2563) ความปวดเป็นปรากฏการณ์ที่บุคลากรทีมสุขภาพพบเห็นประจำ และเป็นปัญหาสำคัญ

การจัดการกับความปวด ถือเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่สำคัญ แบ่งได้เป็น 2 วิธีใหญ่ ๆ คือ การจัดการกับการปวดด้วยยา และการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งจำเป็นต้องมีการประเมินความรุนแรงของความปวดและการจัดการกับความปวดที่เหมาะสมทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา การจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่ไม่มีประสิทธิภาพนอกจากจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแล้วยังส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ โดยพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทมากในการประเมินความเจ็บปวด (ลักขมี ชาญเวชช์, 2562) ซึ่งพบว่าพยาบาลและแพทย์บางส่วนมีการประเมินความปวดของผู้ป่วยจากคำบอกเล่าของญาติและการแสดงสีหน้าของผู้ป่วย โดยไม่ใช้เครื่องมือวัดระดับความปวด และไม่เข้าใจวิธีการใช้แบบปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัด (พีชรา อัมรินทร์พรชัย และคณะ, 2558) และที่สำคัญพบว่าไม่มีการบันทึกระดับความรุนแรงของอาการปวด การจัดการอาการปวดและการประเมินซ้ำหลังจัดการกับอาการปวดนั้น มีผลทำให้ผู้ป่วยขาดการประเมินและการจัดการอาการปวดอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลอุทัยธานี หอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ ให้การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด โดยมีผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง ปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566 จำนวน 182, 205 และ 258 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 52, 48 และ 65 ตามลำดับ คิดเป็น ร้อยละ 28.57, 23.90 และ 25.19 ตามลำดับ (งานเวชสถิติ โรงพยาบาลอุทัยธานี, 2567) โดยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่หอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ชัดเจน ทั้งในด้านการประเมินความเจ็บปวด ยังไม่ได้้นำเครื่องมือประเมินความปวดมาใช้ ยังไม่มีรูปแบบการจัดการอาการปวด ซึ่งที่ผ่านมามีให้ยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์หรือบางครั้งก็รอให้ผู้ป่วยบอกการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความรู้ของพยาบาลแต่ละคน ขาดแบบบันทึกอาการปวดและวิธีการบรรเทาปวดที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังผ่าตัด มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญ และความจำเป็นที่ต้องมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เพื่อนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพเพิ่มประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น เป็นการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยสนใจศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เพื่อจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดการบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดย

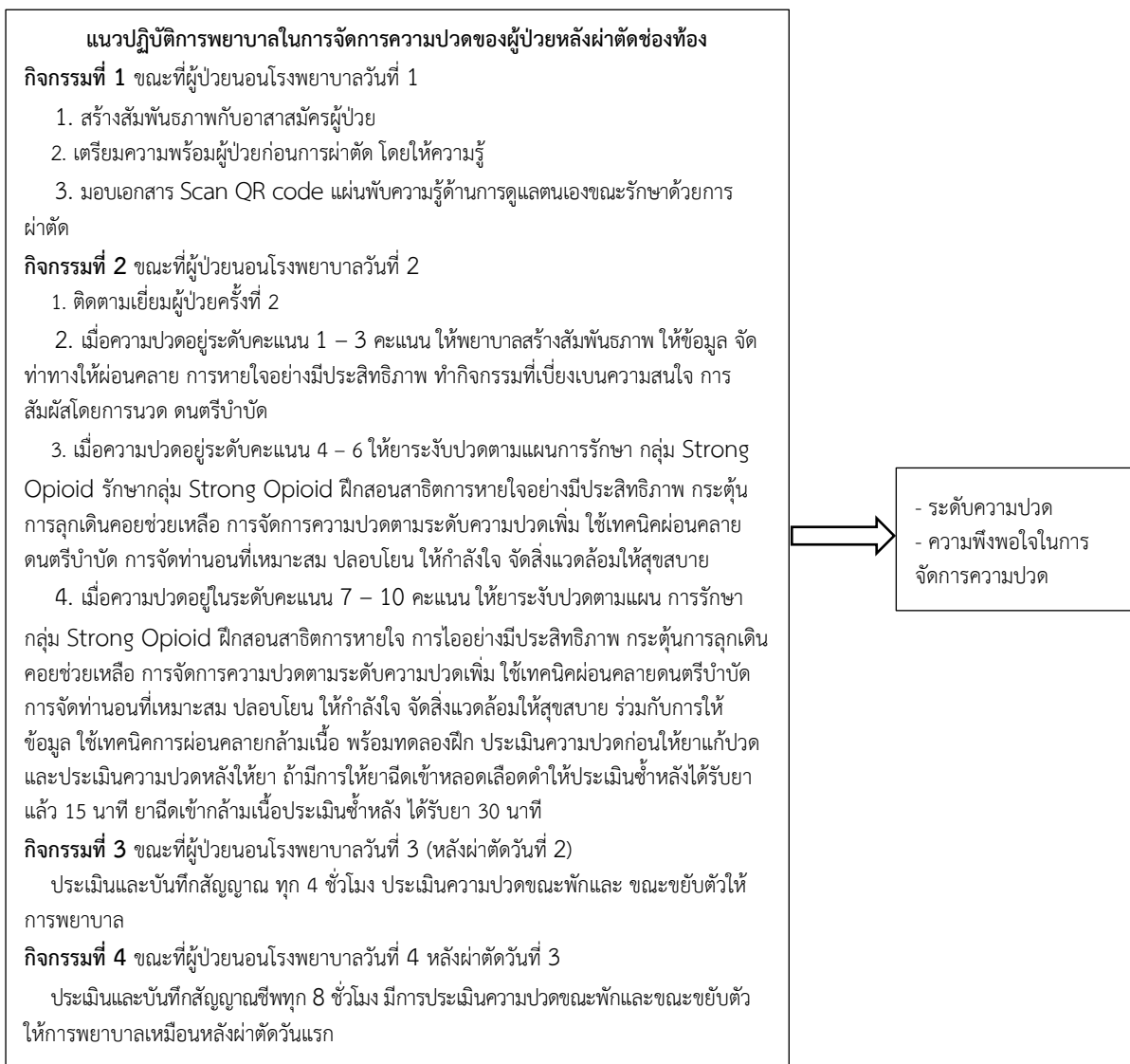
1. เปรียบเทียบระดับความปวดระหว่างกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง
2. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
3. ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี

สมมติฐาน

1. ระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องท้องที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง
2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้นมีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป
3. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่พัฒนาขึ้น อยู่ในระดับมากขึ้นไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยใช้กรอบแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพบริการและประเมินผลคุณภาพการดำเนินงานของโดนาเบเดียน Donabedian Model เป็นแนวทางในการศึกษา โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้เฉพาะด้านกระบวนการและผลลัพธ์เป็นแนวทาง ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) ขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลวันที่ 1 2) ขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลวันที่ 2 3) ขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลวันที่ 3 (หลังผ่าตัดวันที่ 2 และ 4) ขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลวันที่ 4 หลังผ่าตัดวันที่ 3 ดังแสดงในภาพ 1



- ระดับความปวด
- ความพึงพอใจในการจัดการความปวด

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม เพื่อศึกษาผลของประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี โดยกลุ่มควบคุมเลือกโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Retrospective Data Collection Form Patient medical records) ที่พยาบาลใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องตามปกติ และกลุ่มทดลองพยาบาลใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 16 กรกฎาคม 2567-31 ตุลาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ศึกษา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี และผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่เข้ารับการดูแลที่หอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ มี 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ คือ กลุ่มประชากรพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี ทั้งหมดจำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. พยาบาลวิชาชีพที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ยังไม่หมดอายุ

2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 2 ปี

3. พยาบาลวิชาชีพทุกเพศ อายุระหว่าง 22-60 ปี

4. มีความรู้และสามารถใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องไม่ครบตามระยะเวลาหลังผ่าตัด

กลุ่มที่ 2 กลุ่มควบคุม เวชระเบียนผู้ป่วยในของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่เข้ารับการดูแลที่หอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง (retrospective data collection form patient medical records) จำนวน 30 คน ที่ได้รับการพยาบาลหลังผ่าตัดช่องท้องรูปแบบปกติ เริ่มตั้งแต่วันที่ 16 กรกฎาคม 2567 - 15 สิงหาคม 2567

เกณฑ์การคัดเลือก

1. เวชระเบียนผู้ป่วยในหลังผ่าตัดช่องท้องที่เข้ารับการดูแลที่หอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี

2. ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบ Elective

3. อายุ 18 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก

1. ข้อมูลที่ต้องใช้ในการเก็บรวบรวมไม่ครบถ้วน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มทดลอง คัดเลือกจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่เข้ารับการดูแลที่หอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี และใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive random sampling) จำนวน 30 คน ตั้งแต่วันที่ 16 สิงหาคม 2567 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2567

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบ Elective ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. อายุ 18 ปีขึ้นไป

3. อ่านและเขียน เข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ใช้ท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด ที่มีผลต่อการสื่อสาร
2. มีอาการวิกฤตต้องย้ายไปหอผู้ป่วยอื่นหรือต้องส่งต่อ
3. ผู้ป่วยรับย้ายหลังผ่าตัดจากหอผู้ป่วยอื่น
4. ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติเฝ้า

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ตารางกำหนดกลุ่มตัวอย่างโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทำนาย (power) ที่ 0.80 และขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ เท่ากับ 0.8 นำมาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมุติฐานทางเดียว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คนต่อกลุ่ม แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 5 รายต่อกลุ่ม จึงได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน รวมผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น จำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ กลไกและผลกระทบที่เกิดจากความปวด การประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาและบทบาทสำคัญของผู้ป่วยในการจัดการความปวด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ สิทธิบัตร การวินิจฉัย ประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต การผ่าตัดครั้งนี้ ระยะเวลาในการทำผ่าตัด ความยาวของแผลผ่าตัด ยาระงับความรู้สึกที่ได้รับ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล โรคประจำตัว คะแนนความปวด การใช้ยาแก้ปวดและการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการรายงานการจัดการความปวด ได้แก่ การประเมินความปวด การจัดการความปวด การดูแลหลังการจัดการความปวด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัด การจัดการกับอาการปวดที่ได้รับใน 24-72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด โดยใช้มาตราวัดความปวดเป็นตัวเลข 0-10 (Numerical rating scale: NRS) (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2562) โดยผู้ป่วยเป็นผู้ระบุตัวเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกความปวดในขณะนั้น โดยพยาบาลเป็นผู้บันทึกคะแนนความปวดของผู้ป่วย แบ่งระดับความปวด ดังนี้

- | | |
|--------------|---------------------|
| คะแนน 0 | หมายถึง ไม่ปวด |
| คะแนน 1 – 3 | หมายถึง ปวดเล็กน้อย |
| คะแนน 4 – 6 | หมายถึง ปวดปานกลาง |
| คะแนน 7 – 10 | หมายถึง ความปวดมาก |

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น จำนวน 6 ด้าน 27 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการให้ข้อมูลการจัดการอาการปวดในระยะก่อนผ่าตัด 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการความปวดร่วมกับทีมผู้รักษา 3) ด้านการประเมินความปวดหลังผ่าตัด 4) ด้านการได้รับยาบรรเทาปวดเมื่อมีอาการปวดหลังผ่าตัด 5) ด้านการดูแลความปวดโดยไม่ใช้ยา และ 6) โดยภาพรวมท่านมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลในการจัดการอาการปวด ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 4 หมายถึง พึงพอใจมาก 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนมีดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00	หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50	หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50	หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50	หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50	หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มี 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานจนถึงปัจจุบัน และประวัติการเข้ารับการอบรมด้านความปวด

ตอนที่ 2 สอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 4 หมายถึง พึงพอใจมาก 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนมีดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00	หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50	หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50	หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50	หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50	หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทุกชุดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการดำเนินการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านศัลยกรรม 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลและการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้องความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความสอดคล้องของเครื่องมือ ได้ค่า IOC = 0.67 ขึ้นไปทุกแบบประเมิน และมีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ โดยแบบบันทึกความปวดหลังผ่าตัด ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมชาย ซึ่งรับผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด รวมจำนวน 20 คน เพื่อหาความเป็นปรนัย พบว่า ข้อความในแบบบันทึก มีความชัดเจน เข้าใจตรงกันและสามารถบันทึกข้อมูลในแนวทางเดียวกันตามวัตถุประสงค์ ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.85 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการจัดการความปวดหลังผ่าตัด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.95 แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เตรียมผู้วิจัยเกี่ยวกับการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เพื่อวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องและเพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง โดย

1.1 ศึกษาจากเอกสารและรายงานการวิจัยในการจัดการกับความปวดตามระดับความปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา คือ วิธีการให้ข้อมูลและเทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการจัดทำผู้ป่วย การบริหารลมหายใจ การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้ดนตรีบำบัดและการสัมผัสโดยการนวด

1.2 ผู้วิจัยฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการเทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อในรูปแบบต่าง ๆ ฝึกการหายใจ การไอ ดนตรีบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพจนสามารถปฏิบัติได้ โดยมีนักร่างกายบำบัดและแผนกแพทย์แผนไทยเป็นผู้ให้คำปรึกษา

1.3 นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด จำนวน 10 ราย สังเกตพฤติกรรม อาการปวดหลังผ่าตัด ระดับการปวดหลังผ่าตัด พร้อมขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

2. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด แบบประเมินและการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ช่องท้องแก่พยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี โดยดำเนินการจัดประชุมทุกเดือน เพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ความสำคัญ การปฏิบัติและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

3. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยการสุ่มแบบเจาะจงในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้องตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง เริ่มตั้งแต่ 16 สิงหาคม - 31 ตุลาคม 2567 ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างและญาติก่อนการผ่าตัด

3.2 เมื่อได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ทำการรวบรวมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและลงบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล พร้อมมอบเอกสาร (สแกนคอวาริโคด)

3.3 ดำเนินการประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยกลุ่มทดลองโดยพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

3.4 พยาบาลกลุ่มตัวอย่างติดตามเยี่ยมกลุ่มทดลอง หลังผ่าตัด 24 48 และ 72 ชั่วโมง ทุกวัน เพื่อพูดคุยกับกลุ่มทดลองถ้าผู้ป่วยสงสัยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับจะให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

4. พยาบาลกลุ่มตัวอย่างดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับการให้การพยาบาลหลังผ่าตัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ดังนี้

4.1 กิจกรรมที่ 1 ขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลวันที่ 1

4.1.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยกลุ่มทดลอง โดยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พยาบาลกลุ่มตัวอย่างทำการพูดคุยกับกลุ่มทดลอง โดยการซักถามในเรื่องทั่ว ๆ ไปของกลุ่มทดลอง เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจเป็นการนำเข้าสู่การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ในเรื่องของผู้ป่วยกลุ่มทดลองต้องเผชิญก่อนการผ่าตัด ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ผลดีของการรักษาโดยการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ความปวดที่เกิดจากการผ่าตัด วิธีการประเมินความปวด การบรรเทาความปวดทั้งจากการใช้ยาและไม่ใช้ยา พร้อมทั้งเปิดโอกาสในการซักถามปัญหาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยสงสัยใช้เวลา 30 นาที

4.1.2 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนการผ่าตัด โดยให้ความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด แนวแผนผังผ่าตัด ความยาวของแผล สาเหตุของความปวดหลังผ่าตัด วิธีการประเมินความปวด การบรรเทาความปวดที่ไม่ใช้ยาและการใช้ยาระงับปวด แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ใช้เวลา 45 - 60 นาที โดยใช้คู่มือการดูแลการจัดการบรรเทาปวด และแผ่นพับการจัดการความปวดด้วยการควบคุมด้วยตนเอง โดยใช้เวลา 10 นาที การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ใช้เวลา 15 นาที

4.1.3 พยาบาลกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลและเทคนิคในการจัดการความปวด ได้แก่ จัดท่าทางให้ผ่อนคลาย การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ การสัมผัสโดยการนวด ดนตรีบำบัดตามลำดับของกิจกรรม พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองปฏิบัติตามคู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ระหว่างเวลา 13.00-16.00 น. ก่อนวันผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีการทำกิจกรรมให้ผู้ป่วยน้อยที่สุดและไม่รบกวนการปฏิบัติงานของแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

4.2 กิจกรรมที่ 2 ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองนอนโรงพยาบาลวันที่ 2

4.2.1 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มทดลองครั้งที่ 2 ใช้เวลา 30 นาที พยาบาลกลุ่มตัวอย่างติดตามการเยี่ยมทันทีหลังผ่าตัดเพื่อทำการประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้งทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพปกติหลังจากนั้นทุก 4 ชั่วโมง ประเมินความปวดของผู้ป่วยในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดทุก 2 ชั่วโมง ประเมินความปวดขณะพักและขณะขยับตัว บันทึกวันที่และเวลาที่เข้าไปประเมินความปวด จัดการกับความปวดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองในระยะหลังผ่าตัดโดยการประเมินระดับความปวดและจัดการกับความปวดตามระดับความปวด ดังนี้

1) เมื่อความปวดอยู่ระดับคะแนน 1 – 3 คะแนน พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูล จัดท่าทางให้ผ่อนคลาย ทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ สอนและฝึกการหายใจ การไอ กระตุ้นการลุกนั่ง และประเมินความปวดหลังรักษา

2) เมื่อความปวดอยู่ระดับคะแนน 4 – 6 ให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา กลุ่ม Strong Opioid ฝึกสอนสาธิตการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นการลุกเดินคอยช่วยเหลือ การจัดการความปวดตามระดับความปวดเพิ่ม ใช้เทคนิคผ่อนคลาย ดนตรีบำบัด การจัดทำนอนที่เหมาะสม ปลอดภัย ให้กำลังใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้สบาย

3) เมื่อระดับความปวดอยู่ในระดับคะแนน 7 – 10 คะแนน ให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา กลุ่ม Strong Opioid ฝึกสอนสาธิตการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นการลุกเดินคอยช่วยเหลือ การจัดการความปวดตามระดับความปวดเพิ่ม ใช้เทคนิคผ่อนคลายดนตรีบำบัด การจัดทำนอนที่เหมาะสม ปลอดภัย ให้กำลังใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้สบาย ร่วมกับการให้ข้อมูล ใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พร้อมทดลองฝึก ประเมินความปวดก่อนให้ยาแก้ปวด และประเมินความปวดหลังให้ยา ถ้ามีการให้ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำให้ประเมินซ้ำหลังได้รับยาแล้ว 15 นาที ยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อประเมินซ้ำหลัง ได้รับยา 30 นาที

4.3 กิจกรรมที่ 3 ขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลวันที่ 3 หลังผ่าตัดวันที่ 2 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มทดลองครั้งที่ 3 ใช้เวลา 30 นาที ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง มีการประเมินความปวดขณะพัก ขณะขยับตัว ให้การพยาบาลเหมือนหลังผ่าตัดวันแรก แต่มีการกระตุ้นการฝึก โดยเน้นฝึกหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ และการลุกเดินมากขึ้น การบริหารร่างกาย การให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและเมื่อมีการร้องขอ ผู้วิจัยมีการทดสอบและทบทวนซ้ำในสิ่งที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ปัญหา อุปสรรค สาเหตุซ้ำ เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้ถูกต้องที่บ้าน

4.4 กิจกรรมที่ 4 ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองนอนโรงพยาบาลวันที่ 4 หลังผ่าตัดวันที่ 3

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มทดลองครั้งที่ 4 ใช้เวลา 45 นาที ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 8 ชั่วโมง มีการประเมินความปวดขณะพักและขณะขยับตัว ให้การพยาบาลเหมือนหลังผ่าตัดวันแรก แต่มีการกระตุ้นและฝึก โดยเน้นการฝึกหายใจอย่างมีประสิทธิภาพและการลุกเดินมากขึ้น การบริหารร่างกาย การบริหารยาให้มีการประเมินความปวดให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและเมื่อมีการร้องขอ พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีการทดสอบและทบทวนซ้ำในสิ่งที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ปัญหา อุปสรรค สาเหตุซ้ำ เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้ถูกต้องที่บ้าน

4.5 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองฝึกเทคนิคการผ่านคลายกล้ามเนื้อ อย่างน้อย 3 ครั้ง หรือจนรู้สึกผ่อนคลายจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยและสังเกตจากพฤติกรรม

5. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความปวด โดยใช้แบบประเมินความปวดในระยะ 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

6. ผู้วิจัยประเมินความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี

7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และคะแนนความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางช่องท้องวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test
3. การประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมที่เกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลอุทัยธานี ตามหนังสือรับรองเลขที่ COA No. UTH-IRB2024/1507 วันที่รับรอง 15 กรกฎาคม 2567 วันที่สิ้นสุด 15 กรกฎาคม 2570 และในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ และให้สิทธิในการตัดสินใจในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 มีอายุเฉลี่ย 60.37 ปี สถานภาพสมรส คู่ เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.67 ศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 46.67 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็น Gall stone ร้อยละ 46.67 และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด open cholecystectomy ร้อยละ 73.33 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัด ร้อยละ 90 ผลการวิจัยพบว่า

1. การเปรียบเทียบระดับความปวดระหว่างกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ยความปวดเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=60)

ช่วงเวลาที่ประเมินหลังผ่าตัด	คะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่าง				t	p-value
	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)			
	mean	SD	mean	SD		
เมื่อครบ 24 ชั่วโมง	7.33	2.70	6.16	3.13	0.12	0.000*
เมื่อครบ 48 ชั่วโมง	6.9	2.53	5.5	2.39	2.06	0.001*
เมื่อครบ 72 ชั่วโมง	4.5	2.20	1.37	1.65	4.85	0.001*

* p-value < .01

จากตาราง 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อครบ 24 48 และ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองโดยภาพรวมมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลในการจัดการอาการปวดอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.96, S.D = .02) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าด้านการได้รับยาบรรเทาปวด เมื่อมีอาการปวดหลังผ่าตัด ได้คะแนนสูงสุด (Mean = 4.99, S.D = .02) ตามด้วยด้านการให้ข้อมูลการจัดการอาการปวดในระยะก่อนผ่าตัด (Mean = 4.98, S.D = .05) ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการความปวดร่วมกับทีมผู้รักษา (Mean =

4.96, S.D = .03) ด้านการประเมินความปวดหลังผ่าตัด (Mean = 4.95, S.D = .02) และด้านการดูแลความปวดโดยไม่ใช้ยา (Mean = 4.94, S.D = .08) ตามลำดับ

3. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.79, S.D = .24) โดยข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ 1) สามารถประเมินความปวดได้เร็วขึ้น 2) นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องสามารถลดอาการปวดได้ 3) นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทำให้ท่านมีความมั่นใจขึ้น 4) นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ทำให้คุณภาพการทำงานดีขึ้น และ 5) นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องใช้แล้วเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน (Mean = 5.00, S.D = .00)

อภิปรายผล

1. เปรียบเทียบระดับความปวดระหว่างกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อครบ 24 48 และ 72 ชั่วโมง จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัด เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความปวดเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด และภายหลังการผ่าตัด 72 ชั่วโมง ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย ค่าเฉลี่ย 1.37 จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 84.33 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด สามารถช่วยอาการปวดได้ แต่เมื่อพิจารณาผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความปวดที่คะแนน 7-10 คะแนน พบว่า ในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีผู้ป่วยจำนวน 2 ราย มีความปวดเพิ่มขึ้น ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อสำรวจก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับยาแก้ปวดผลของฤทธิ์ยาแก้ปวดยังคงช่วยบรรเทาอาการปวดได้จนถึง 30 นาที ในห้องพักฟื้น ยาแก้ปวดเริ่มหมดฤทธิ์ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความปวดที่คะแนน 7-10 เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของกนกวรรณ สว่างศรี (2560) พบว่า การประเมินความปวดที่ดีที่สุดคือการให้ผู้ป่วยบอกระดับความปวดด้วยตนเองขณะที่ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ดีโดยพบว่า 45 นาทีในห้องพักฟื้น ผู้ป่วยมีระดับความปวด เพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 56.0 เมื่อผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด ทำให้ 60 นาทีในห้องพักฟื้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความปวดปานกลาง ร้อยละ 40.0 นอกจากนี้ยังพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด มีกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนการได้รับความปวดจากการผ่าตัด ในวันที่ 1 ของการเข้ารับการรักษา/เตรียมผ่าตัด มีการใช้แบบประเมินความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยการจัดการความปวดตามระดับความปวดโดยการให้ยาและไม่ให้ยา ได้แก่ วิธีการให้ข้อมูลและใช้เทคนิคการผ่อนคลายตามลักษณะของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด ดังนี้

1.1 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลตั้งแต่ระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับความปวดจากการผ่าตัด โดยการบรรยายความรู้และแจกคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดตลอดจนมีการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดทุกวัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีการรับรู้และสามารถจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดได้ดี ลดความปวดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิรินนต์ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะตนเองที่เหมาะสม จะส่งผลต่อคุณภาพการฟื้นตัวที่มีประสิทธิภาพ โดยการรับรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว

1.2 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการประเมินความปวดหลังผ่าตัดด้วยตนเองตามแบบประเมินความปวดทำให้มีการรับรู้ระดับความปวดที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย และสามารถใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังได้ตรงตามความรู้และเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย ส่งผลให้สามารถบรรเทาอาการปวดได้

1.3 การจัดการความปวดเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความปวดหลังผ่าตัด ผลผ่าตัดที่เกิดบริเวณกลางหน้าท้องจะมีอาการปวดมากกว่าผลที่อยู่บริเวณแนวลำตัว นอกจากนี้ความรู้สึกประสบการณ์ครั้งแรกของการผ่าตัดยังทำให้เกิดอาการกลัว วิตกกังวล มีผลทำให้เกิดการปวดเพิ่ม

มากขึ้น ในกลุ่มทดลองมีการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทำให้ความปวดไม่รุนแรง สำหรับกลุ่มควบคุมการจากการศึกษาข้อมูลพบว่ามีประสพการณ์ในการผ่าตัดและมีความปวดที่รุนแรงและไม่ได้รับการจัดการที่ตรงกับความรู้ ทำให้มีความกลัวและความวิตกกังวล ส่งผลทำให้เกิดอาการปวดมาก เมื่อต้องประสบกับความปวดครั้งใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ สว่างชัย และศรีสุดา งามขำ (2560) ที่ศึกษาความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องในระยะ 24 ชั่วโมงแรก พบว่า การตั้งเป้าหมายไว้ว่าความปวดควรอยู่ในระดับใดก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับระดับความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ และกล่าวไว้ว่า ถ้าบุคคลได้รับการปวดที่รุนแรงและไม่ได้รับการบรรเทาที่ดีพอ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและกลัวความปวด เมื่อได้รับความปวดครั้งใหม่จะทำให้ความอดทนต่อการปวดลดลงได้

2. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังผ่าตัดช่องท้องมีความพึงพอใจในระดับดีขึ้นไปและมีความพึงพอใจในการจัดการความปวดมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า ความพึงพอใจในแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีกิจกรรมการพยาบาลเฉพาะเพื่อจัดการกับความปวด ทำให้กลุ่มทดลองได้เตรียมตัวตลอดระยะเวลาก่อนและหลังผ่าตัด และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ การติดตามดูแลให้กำลังใจของพยาบาลทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าจะได้รับความห่วงใย สามารถสอบถามข้อมูลต่าง ๆ ได้ตลอดเวลา รู้สึกอบอุ่นกว่าการให้การพยาบาลปกติ ทำให้เกิดความพึงพอใจในการให้การพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วชิรี มุกต์ธนะอนันต์ (2561) การประเมินความปวดและผลการจัดการความปวด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ให้ความสนใจ ชักถาม รับฟังปัญหาทำให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับ อภิพร ต้นศรี (2559) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการจัดการความปวดเฉียบพลันที่แผนกฉุกเฉิน พบว่าหลังจากใช้แนวปฏิบัติผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการจัดการความปวดของพยาบาลสูงขึ้นทุกประเด็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ยังพบว่า ยังช่วยลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอีกด้วย

3. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/1 และสงฆ์ โรงพยาบาลอุทัยธานี พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.84 ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การมีส่วนร่วมในการดำเนินการตั้งแต่การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่ผ่านมาทบทวนวิธีปฏิบัติ มีการประชุมชี้แจง โครงการการจัดการความปวดและการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ความสำคัญ การปฏิบัติและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น จึงทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เชิญพร ทองแย้ม (2561) ที่พบว่า วิสัยทัศน์พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุดในประสิทธิผลของการระงับปวดของใบคำสั่งระดับปวดหลังผ่าตัดที่มีการใช้ยาแก้ปวด

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรสนับสนุนให้บุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย หลังผ่าตัดต่อไปอย่างต่อเนื่อง

2. พยาบาลควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องอย่างต่อเนื่องต่อไป เช่น การอบรมให้ความรู้ การจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติลดความปวดให้ครอบคลุมทุกกิจกรรมที่ช่วยบรรเทาปวดหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติได้ตามความชอบของตนเอง พร้อมติดตามประเมินผลและนำข้อมูลมาพัฒนาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ออกแบบและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ สว่างศรี. (2560). การจัดการความปวดในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอก*, 28(1), 2-15.
- งานเวชสถิติ โรงพยาบาลอุทัยธานี. (2567). จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง 3 ปีซ้อนหลัง. โรงพยาบาลอุทัยธานี, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี กระทรวงสาธารณสุข.
- จุฑารัตน์ สว่างชัย. (2561). ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความปวดของพยาบาลไทย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(1), 81-9.
- จุฑารัตน์ สว่างชัย และศรีสุดา งามขำ. (2560). ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(พิเศษ), 1-11.
- จุฑารัตน์ สว่างชัย, ชุติพร ปิยสุทธิ, และศิริพร แก้วกุลพัฒน์. (2562). การจัดการความปวดแบบผสมผสาน: การตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11(2), 161-71.
- เชิญพร ทองแย้ม. (2561). ประสิทธิภาพของการใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัดในผู้ใหญ่สำหรับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลหัวหิน. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 37(3), 262-72.
- พัชรา อัมรินทร์พรชัย, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2558). ประสิทธิภาพของระบบการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเฉียบพลัน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(1), 80-7.
- มนพร ขาดิขานี. (2563). บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(1), 1-13.
- ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด*. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ลักษมี ชาญเวชช์. *Acute Postoperative Pain Management*. (อินเทอร์เน็ต). 2562. (สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2567). ค้นได้จาก <http://medinfo2.psu.ac.th/anesth/education/acutepain.html>
- วัชรী มุกต์ธนะอนันต์. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 27(2), 161-72.
- อภิพร ต้นศรี. (2559). การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดเฉียบพลันที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต]. ขอนแก่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press, Oxford.

แอปพลิเคชันไลน์แชทบอทต่อความรู้และความตระหนักรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น LINE chatbot application to promote knowledge and awareness on teenage pregnancy prevention

นุจรเรศ โสภา*, ณิชนันท์ สัมเกิด, ธัญวรัตน์ ไชยขำนิ, ธิดาพร นุ่มลิ้มคิด, นฤมล ขุนกำแหง, รุจราดา รุ่งสุวรรณ

Nujares Sopa*, Nitchanan Somkerd, Thanwarat Chaichumni

Thidaphon Numlumekit, Naruamol Kungamhang, Rudrada Rungsuwan

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: nujares@bcnsurat.ac.th

(Received: April 6, 2025; Revised: June 9, 2025; Accepted: June 11, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และ ความตระหนักรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันไลน์แชทบอท กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แอปพลิเคชันไลน์แชทบอท ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.87 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.80 ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.76 และแบบประเมินความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.87 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.77 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Paired samples t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งได้รับแอปพลิเคชันไลน์แชทบอท หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หลังใช้แอปพลิเคชันไลน์แชทบอท สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าสื่อรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์แชทบอท มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ สร้างความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงควรมีการส่งเสริมและนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยให้กับกลุ่มเป้าหมายทั้งจากโรงเรียน หรือ สถาบันอุดมศึกษาต่างๆ

คำสำคัญ: แอปพลิเคชันไลน์แชทบอท, ความรู้, ความตระหนักรู้, การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

Abstract

This quasi-experimental research with a one-group pretest-posttest design aimed to compare knowledge and awareness of pregnancy prevention before and after receiving information through a LINE chatbot application. The sample consisted of 40 nursing students. The research instrument was the LINE chatbot application with a content validity index of 0.87. The data collection instruments were the knowledge assessment form, with a content validity of 0.80 and a reliability (KR-20) of 0.76, and the awareness assessment form with a content validity of 0.87 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.77. The data were analyzed using descriptive statistics and a paired samples t-test.

The results showed that after receiving information through the LINE chatbot application, the participants had significantly higher mean scores in pregnancy prevention knowledge ($p < 0.001$) and significantly higher mean scores in pregnancy prevention awareness compared to before the intervention ($p < 0.001$).

The findings indicate that the LINE chatbot application is effective in increasing knowledge and raising awareness of pregnancy prevention among adolescents. Therefore, it should be promoted and integrated into teaching and nursing practice for adolescent health education in both schools and higher education institutions.

Keywords: LINE chatbot application, knowledge, awareness, teenage pregnancy

บทนำ

ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมในด้านต่างๆเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว มีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีวิวัฒนาการใหม่ ๆ รวมถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมภายนอก สื่อต่างๆที่มีเนื้อหาช่วยยั่วยุให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กันอย่างอิสระมากขึ้น อีกทั้งวัยรุ่นยังขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ ขาดความพร้อมในการดำเนินชีวิตครอบครัว เป็นผลให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอัตราที่สูง (อภิญา ยุทธชาวิทย์, 2562) จากข้อมูลของกรมอนามัย ปี 2567 พบว่า อัตราคลอดในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี อยู่ที่อัตรา 0.93 ต่อพันคน เพิ่มขึ้นจากปี 2566 ที่มีอัตรา 0.77 ต่อพันคน (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2567) ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่องค์การสหประชาชาติกำหนดไว้ไม่เกิน 0.7 ต่อพันคน จึงต้องให้ความสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง นอกจากนี้ กลุ่มเด็กวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี โทรขอรับการปรึกษาเรื่องตั้งครรภ์ไม่พร้อมผ่านช่องทางออนไลน์ สายด่วน 1663 จำนวน 46,893 ราย ในปี 2567 หรือเฉลี่ยวันละ 128 ราย เพิ่มขึ้นจากปี 2566 ที่มีจำนวน 44,574 ราย (รัฐบาลไทย, 2568) ทั้งนี้สาเหตุหลักที่ทำให้เด็กหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ได้แก่ 1) ความไม่รู้ไม่เข้าใจ ไม่ได้ป้องกันตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ และ 2) การถูกล่วงละเมิดทางเพศ (กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม, 2568) วัยรุ่นเห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเป็นเรื่องปกติ ทำให้วัยรุ่นขาดการป้องกันตนเองเนื่องจากขาดความตระหนักถึงปัญหาที่จะตามมา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อสุขภาพมากมาย เช่น การเสียชีวิตของมารดา การเสียชีวิตของทารก และความเสียหายต่อการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งวัยรุ่นส่วนใหญ่มีการตั้งครรภ์ไม่พร้อมคือ ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ และเป็นการตั้งครรภ์นอกสมรส การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักไม่ได้ฝากครรภ์และไม่ได้มีการดูแลครรภ์ที่เหมาะสมส่วนใหญ่จึงมีการคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมไม่ว่าจะเป็นการเสียโอกาสทางการศึกษา หน้าที่การงาน รายได้ ในอนาคตของวัยรุ่นสตรี การขาดความพร้อมในการดูแลบุตร ส่งผลให้เด็กจำนวนหนึ่งถูกทอดทิ้งหรือเติบโตมาอย่างไม่มีคุณภาพ (หทัยรัตน์ ปุณโยปษภูมิ, 2565)

การตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่น จะส่งผลกระทบต่อตัวมารดาวัยรุ่นทั้งด้านร่างกายจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งทารก ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม มารดาวัยรุ่นที่ไม่พร้อมในการมีบุตรจะเกิดความเครียด เกิดผลกระทบต่อความมั่นคงทางจิตสังคม ภาวะสุขภาพ และมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม บางรายต้องขอความช่วยเหลือทางด้านการเงินจากบิดามารดา และมีผลต่อเนื่องไปถึงการศึกษาเล่าเรียน ทำให้เสียโอกาสในการพัฒนาตนเอง (พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ และคณะ, 2564) ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ การขาดความเข้าใจเรื่อง การคุมกำเนิดและการตั้งครรภ์ ขาดความเข้าใจในเรื่องเพศศึกษา มีแนวโน้มตั้งครรรค์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ (Smith et al, 2020) ค่านิยมในกลุ่มวัยรุ่น เพื่อน ความรักและครอบครัว ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นตามอารมณ์และความนึกคิดขณะขาดความยั้งคิดถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้น (กิจติยา รัตนมณี และคณะ, 2562) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม จากปัญหาที่พบแสดงให้เห็นได้ว่า การเข้าถึงความรู้ด้านเพศศึกษา และทักษะการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งการให้ความรู้และสร้าง ความตระหนักเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง จะช่วยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ให้กับวัยรุ่น เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมและการตัดสินใจที่ดีต่อการดูแลตนเองป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Nutbeam, 2008)

นักศึกษาพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพในอนาคต ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัย สามารถให้ความรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งหากนักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่

ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จะช่วยส่งเสริมให้สามารถถ่ายทอดความรู้ไปยังกลุ่มวัยรุ่นหรือผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผล และเลือกใช้ชีวิตป้องกันได้อย่างเหมาะสม (พัชนีญา เชียงตา และคณะ, 2565) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสสำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีการให้ความรู้รูปแบบภาพอินโฟกราฟฟิก และวิดีโอ ให้ซักถามข้อสงสัยทางกล่องข้อความ (Chat) ติดตามเยี่ยมผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์มารดาทารกเกิดก่อนกำหนด และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (กิตติยาพร สังขศรีสมบัติ และคณะ, 2565) การใช้แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” ต่อความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ในนักเรียนจำอาอากาศ แอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 มีภาพอินโฟกราฟฟิก การ์ตูนประกอบ และเสียงที่กระตุ้นความสนใจ การเฝ้าความสนใจ การตั้งคำถาม การบอกวัตถุประสงค์ การกระตุ้นความจำ ผู้เรียน การเสนอเนื้อหา การยกตัวอย่าง การฝึกปฏิบัติ การให้คำแนะนำเพิ่มเติม การสอบ และการนำไปใช้กับงานที่ทำส่งผลให้ผู้เรียน เกิดความเข้าใจในเนื้อหาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเรียน รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มเพื่อน และการโต้ตอบของผู้วิจัยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ทางช่องทาง ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลที่สำคัญ การร่วมตอบปัญหาหรือข้อสงสัย เป็นการสร้างความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหามากขึ้น (วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์ และคณะ, 2565) การใช้สื่อแอปพลิเคชันในการสร้างความรอบรู้ ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง มีการใช้ ภาพประกอบ วิดีโอ หรือการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบที่สร้างความสนุกสนาน มีข้อเสนอแนะว่า การใช้แอปพลิเคชันที่สร้างสรรค์เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอาจเป็นอีกทางเลือกที่น่าสนใจในการพัฒนาการศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพที่เชื่อมโยงกับประเด็นนี้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (พจณา โชโซล, 2567)

ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของการคุมกำเนิดในวัยรุ่น เพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจในการคุมกำเนิดและสามารถป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ ซึ่งเชื่อว่าความรู้ทางด้านสุขภาพ ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การคิดวิเคราะห์ ข้อมูลด้านสุขภาพ การตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติ ในทางที่เหมาะสม และรู้เท่าทันการเข้าถึงสื่อ จะทำให้บุคคลมีสมรรถนะแห่งตนที่ดี ผู้วิจัยจึงพัฒนาให้มีการเข้าถึงด้านสุขภาพที่รวดเร็วและตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นให้วัยรุ่นเข้าถึงข้อมูลข่าวสารใช้บริการสุขภาพตามความเหมาะสมให้ความรู้และสร้างความตระหนักในตนเอง โดยการออกแบบและพัฒนาแอปพลิเคชันไลน์แชทบอท เพื่อเสริมสร้างความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลให้รวดเร็ว ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในยุคสมัยปัจจุบัน สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา ทุกสถานที่ ตามความต้องการและสามารถสื่อสารได้สองทาง นำองค์ความรู้ไปถ่ายทอดดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

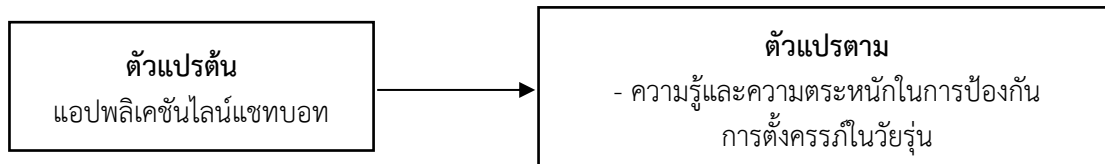
1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมแอปพลิเคชันไลน์แชทบอท
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมแอปพลิเคชันไลน์แชทบอท

สมมติฐาน

1. ภายหลังจากเข้าร่วมแอปพลิเคชันไลน์แชทบอท นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าก่อนเข้าร่วมแอปพลิเคชันไลน์แชทบอท
2. ภายหลังจากเข้าร่วมแอปพลิเคชันไลน์แชทบอท นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าก่อนเข้าร่วมแอปพลิเคชันไลน์แชทบอท

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) โดยเสนอองค์ประกอบหลักของความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาพัฒนาแอปพลิเคชันไลน์แชทบอทในการให้ความรู้และความตระหนักรู้ต่อการป้องกัน การตั้งครรภ์ โดยกำหนดกรอบแนวคิดดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่มวัดก่อน-หลัง (quasi-experimental research with one group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ปีการศึกษา 2567 จำนวนทั้งหมด 273 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับกลุ่มทดลองกลุ่มเดียวใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล large effect 0.85 ค่าอำนาจการทดสอบ (power) 0.95 และค่าแอลฟา (alpha) 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 31 ราย เพื่อการสุ่มหาจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 ราย (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2563)

การสุ่มตัวอย่าง เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ดังนี้

ชั้นตอนที่ 1 แบ่งนักศึกษาออกเป็น 2 ปี คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 และ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2

ชั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นปีด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการใช้การจับฉลากชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 ชั้นปีละเท่า ๆ กัน จำนวน 20 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 และ 2 อายุระหว่าง 18-19 ปี
2. ยังไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อน
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามที่กำหนด
4. สามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ได้ด้วยตนเอง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีประวัติป่วยด้วยโรคทางจิตเวช หรือมีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
2. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกครั้งตามกำหนด

เกณฑ์การถอนจากการวิจัย (Withdrawal Criteria)

1. ขอลออกจากการศึกษาในระหว่างการดำเนินการ
2. ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมเกิน 2 ครั้ง
3. มีปัญหาทางสุขภาพที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ แอปพลิเคชันไลน์แซทบอท ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในแอปพลิเคชันไลน์แซทบอท ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล สร้างความรู้ความเข้าใจ โดยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด 2) การสื่อสาร การตัดสินใจ และการจัดการตนเอง โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ 3) การรู้เท่าทันสื่อ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากสื่อวิดีโอ

ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ 27 ข้อ ส่วนที่ 2 Poster ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด ได้แก่ วิธีการสวมใส่ถุงยางอนามัย, วิธีการกินยาคุมฉุกเฉิน, วิธีการกินยาคุมกำเนิด ส่วนที่ 3 สถานการณ์สะท้อนคิดให้ความตระหนักถึงการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สร้างโดยการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการโต้ตอบในแอปพลิเคชันไลน์แซทบอท และแบบสอบถามความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หลังจากรับชมสื่อ 3 ข้อ



ภาพ 2 Official Account : STOP TEEN MOM

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี ศาสนา สถานภาพ รายได้ ที่อยู่อาศัยขณะกำลังศึกษา การได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคุมกำเนิด จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นการสอบถามองค์ความรู้ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ 8 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด 7 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ ดังนี้

ถูก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าคุณค่าในประโยคนั้นถูกต้อง
ผิด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าคุณค่าในประโยคนั้นไม่ถูกต้อง
ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือ ไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน

โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนน 0-5 หมายถึง ระดับน้อย
คะแนน 6-10 หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนน 11-15 หมายถึง มีระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามความตระหนักจำนวน 20 ข้อ

แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด (5) หมายถึง ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนี้มากที่สุด
มาก (4) หมายถึง ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนี้มาก
ปานกลาง (3) หมายถึง ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนี้ปานกลาง
น้อย (2) หมายถึง ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนี้น้อย
น้อยที่สุด (1) หมายถึง ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนี้น้อยที่สุด

การแปลผลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยมีค่าอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยใช้หลักเกณฑ์ของการแบ่งความกว้างอันตรภาคชั้น ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
ระหว่าง 4.21 - 5.00	มีความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมากที่สุด
ระหว่าง 3.41 - 4.20	มีความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมาก
ระหว่าง 2.61 - 3.40	มีความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นปานกลาง
ระหว่าง 1.81 - 2.60	มีความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นน้อย
ระหว่าง 1.00 - 1.80	มีความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นน้อยที่สุด

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Quality) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปตรวจสอบความตรงของเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสม และความน่าสนใจของแอปพลิเคชันไลน์แชทบอท การประเมินครอบคลุม 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านเนื้อหา 2) ด้านการใช้งาน 3) ด้านความสวยงาม แล้วนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแอปพลิเคชันไลน์แชทบอท เท่ากับ 0.87แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เท่ากับ 0.80แบบประเมินความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.87

2. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา นำมาทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วหาค่าความเชื่อมั่น แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ค่า KR-20 เท่ากับ 0.76 และแบบประเมินความตระหนักรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการประสานงาน นัดหมายผ่านอาจารย์ประจำชั้น และหัวหน้าห้องของนักศึกษาก่อนการเข้าพบ เพื่อชี้แจงและขอความยินยอมด้วยความสมัครใจ

2. ผู้วิจัยพบนักศึกษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการทำวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือนักศึกษาพยาบาลในการเข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธและยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยตามความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อนักศึกษาในชั้นเรียน

3. ผู้วิจัยให้นักศึกษาทำแบบทดสอบ pre-test ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเปิดแอปพลิเคชันไลน์สแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อเข้าร่วมแชทบอทการให้ความรู้และความตระหนักรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาที่สงสัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างใช้แอปพลิเคชันไลน์แชทบอทเป็นเวลา 1 เดือน (4 สัปดาห์) ติดตามและกระตุ้นการใช้งานจากผู้วิจัย ดังนี้

4.1 กลุ่มตัวอย่างต้อง เข้าใช้งานแอปพลิเคชันอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดย แต่ละครั้งใช้เวลานานไม่น้อยกว่า 20 นาที

4.2 ผู้วิจัยจะกระตุ้นการใช้งานแอปพลิเคชันเป็นประจำทุกสัปดาห์ ผ่านทางกลุ่มไลน์ โดยแจ้งเตือนหัวข้อที่ควรศึกษา และสื่อสนับสนุน เช่น วิดีโอ หรือคำถามกระตุ้นการคิด

5. ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำแบบทดสอบ post-test ความรู้และความตระหนักรู้ในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นภายหลังการเข้าร่วมการในสัปดาห์ที่ 5

6. นำผลวิจัยที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความตระหนักรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสถิติ ใช้ Paired samples t-test โดยก่อนวิเคราะห์ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติกลุ่มตัวอย่างประชากรมีการแจกแจงแบบปกติ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เลขที่ 2024/43 วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรับทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอม และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับนาน 1 ปี ทำลายเอกสารตามระบบของวิทยาลัย และนำเสนอเป็นภาพรวมตามความเป็นจริง และผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 95 เพศชาย ร้อยละ 5 มีอายุ ในช่วง 19 ปี ร้อยละ 72.50 นัถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90 รายได้เฉลี่ย 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 77.50 พักอาศัย อยู่หอพักภายในวิทยาลัย ร้อยละ 90 และได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์มาจากการสอนใน สถาบันการศึกษา ร้อยละ 60

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อนและหลังเข้าร่วม แอปพลิเคชันไลน์แชทบอท ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อนและหลังเข้าร่วม แอปพลิเคชันไลน์แชทบอท ($n=40$)

ความรู้	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมการทดลอง	.36	.08	-23.96	.00
หลังเข้าร่วมการทดลอง	.75	.57		

กลุ่มตัวอย่างซึ่งได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์แชทบอท หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการ ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อนและหลังเข้าร่วม แอปพลิเคชันไลน์แชทบอท ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความตระหนักรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ก่อนและหลังเข้าร่วมแอปพลิเคชันไลน์แชทบอท ($n=40$)

ความตระหนักรู้	Mean	SD.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมการทดลอง	1.91	.16	-52.53	.00
หลังเข้าร่วมการทดลอง	4.04	.20		

กลุ่มตัวอย่างซึ่งได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์แชทบอท มีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหลังใช้แอปพลิเคชันไลน์แชทบอท สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาแอปพลิเคชันไลน์แชทบอทต่อความรู้และความตระหนักรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยกล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างซึ่งได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ แชทบอท หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหลังใช้ แอปพลิเคชันไลน์แชทบอทสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รายละเอียดดังนี้

1. การเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ก่อนและหลังเข้าร่วมแอปพลิเคชันไลน์ แชทบอท พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า แอปพลิเคชันไลน์แชทบอท มีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย สื่อสารเข้าใจได้ง่าย เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร รับรู้เกี่ยวกับ ประโยชน์ของการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย ทำให้สามารถเกิดการคิดวิเคราะห์และ ตัดสินใจปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ ทำให้มีทักษะความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีความรู้ในการ ป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้นและการดูแลตนเองให้ปลอดภัยก่อนและภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ (เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ และเทพไทย โชติชัย, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของจิราณี ปัญญาปิ่น และคณะ (2566) โหมบายแอปพลิเคชันใน

การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ซึ่งเป็นวิธีการช่องทางหนึ่งที่สำคัญในการให้ข้อมูลความรู้และคำแนะนำ แก่วัยรุ่น มีความสะดวกรวดเร็ว ต่อการใช้งาน สามารถตอบสนองต่อความต้องการของวัยรุ่นช่วยเพิ่มระดับความรู้ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติได้ถูกต้อง และมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสมในวัยรุ่นหญิง สอดคล้อง กับการศึกษาของสุภาพพันธ์ จันทศิริ และเจริญชัย วงศ์วัฒนกิจ (2565) ผลของรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บ แอปพลิเคชันต่อความรู้ในการดูแลสุขภาพทางเพศ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมใน วัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า จังหวัดเชียงราย เพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพหรือครูสามารถนำ รูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอปพลิเคชัน ไปประยุกต์ใช้เป็นสื่อการสอนสำหรับวัยรุ่นอาข่าหรือพัฒนาต่อยอด ต่อไป

2. การเปรียบเทียบความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อนและหลังเข้าร่วมแอปพลิเคชัน ไลน์แชทบอท พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ อธิบายได้ว่า ปัจจุบันการสื่อสารมีบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิตและสามารถเข้าถึงง่าย แอปพลิเคชันไลน์ แชทบอท เป็นช่องทางในการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการส่งข้อความ การเผยแพร่ข่าวสารอันตรายจากการตั้งครรภ์ก่อนวัย การถามตอบประเด็นที่สนใจ อย่างต่อเนื่อง (ภาวิณี แก้วนิล, 2566) สอดคล้องกับอภัสสร อันวิเศษ และอุษา บิ๊กกินส์ (2566) ศึกษาแนวทางการสื่อสารสุขภาพเพื่อการป้องกัน และเฝ้าระวังโรคซิฟิลิส พบว่าผู้ใช้มีความสนใจต่อการนำแอปพลิเคชัน LINE Official Account มาใช้สื่อสารสุขภาพ อยู่ในระดับมาก เพราะใช้งานง่ายและเข้าถึงง่าย และสามารถติดต่อสื่อสารผ่านช่องทางนี้ได้ด้วยการแชทข้อความเป็นการสื่อสารสองทางที่ ตอบโต้รวดเร็วและสามารถเชื่อมโยงไปยังข้อมูล Website อื่นได้ จึงมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการพัฒนาและเพิ่มช่องทางการสื่อสารสุขภาพให้ทันสมัย โดยการนำแอปพลิเคชัน LINE Official Account เข้ามา มีบทบาทเพิ่มเติมเพื่อตอบสนองความต้องการในด้านการดูแลสุขภาพ และแอปพลิเคชันไลน์แชทบอท มีเนื้อหาวิธีการ สวมใส่ถุงยางอนามัย วิธีการกินยาคุมฉุกเฉิน, วิธีการกินยาคุมกำเนิด สื่อสถานการณ์สะท้อนคิดให้ความตระหนักการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจ และตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัย สอดคล้องกับ การศึกษาของ อัญชลี อ้วนแก้ว และคณะ (2567) โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม สามารถสร้างเสริมความ มั่นใจในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม วิดีทัศน์เรื่องความเชื่อเรื่องเพศ การตระหนักในการมีเพศสัมพันธ์ การเจรจาต่อรอง ความรอบรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการฝึกปฏิบัติใส่ และถอดถุงยางอนามัย ทำให้นักศึกษามีความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ การใส่ยาคุมกำเนิด และการใช้ ถุงยางอนามัยในการป้องกันการตั้งครรภ์

จากผลของการวิจัย แสดงให้เห็นว่าการใช้แอปพลิเคชันไลน์แชทบอท สามารถใช้งานได้ง่าย โดยการเปิด แอปพลิเคชันไลน์สแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อเข้าร่วมแชทบอท โดยจะมีกิจกรรม การตอบคำถาม มีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับ การคุมกำเนิด มีสถานการณ์ชวนคิด ตัดสินใจและแก้ปัญหา และสามารถซักถามปัญหาที่สงสัยผ่านการแชทบอทได้ ตลอดเวลา

การนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบแอปพลิเคชันไลน์แชทบอท มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ สร้างความตระหนัก เกี่ยวกับการป้องกันการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงควรมีการส่งเสริมและนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัย ให้กับกลุ่มเป้าหมายจากโรงเรียน หรือ สถาบันอุดมศึกษาต่าง ๆ โดยสามารถใช้เป็นสื่อในการสอนเรื่องเพศศึกษา และสามารถใช้เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับวัยรุ่นได้อีกช่องทางหนึ่ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาแอปพลิเคชันโดยเพิ่มการเล่นเกมส์การป้องกันการตั้งครรภ์ในแอปพลิเคชัน เพื่อเพิ่มความ น่าสนใจ
2. ควรมีการศึกษาการวิจัยในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปทั้งในและนอกระบบการศึกษา ซึ่งมีการเข้าถึงข้อมูลได้น้อย

เอกสารอ้างอิง

- กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม. (2568). รายงานตัวชี้วัดทางสังคมไทย ประจำปี 2568. สำนักงานปลัดกระทรวง
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กิตติยา รัตนมณี, ชลสิทธิ์ หิตอักษร, และสำอังก์ ลวนางกูร. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสนทนาเรื่องเพศกับ
บุตรของบิดา มารดา และผู้ปกครองที่มีบุตรวัยรุ่นตอนต้น ในอำเภอเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสาร
วิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 50(4), 48-57.
- กิตติยาพร สังข์ศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา, มนัสนันท์ พรหมศรี, และนิรันดร ผานิจ. (2565). การพัฒนารูปแบบการ
ให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิด
ก่อนกำหนด. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(2), 623-641.
- จิราณี ปัญญาปิน, สุภาพันธุ์ จันทร์ศิริ, พิมคนภรณ์ ตระกูลต่อวงศ์, และณัญพล อุ่นศรี. (2566). ผลของโมบายแอป
พลิเคชันในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทางเพศต่อความรู้ ทักษะคิด การตัดสินใจเลือกปฏิบัติและ
พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ในวัยรุ่นหญิง. *พยาบาลสาร*, 50(4), 198-213.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2563). ขนาดอิทธิพลการวิเคราะห์อำนาจการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้
โปรแกรม G*Power. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, ฤดี ปุ่บบางกะดี, จิราวรรณ ดีเหลือ, จิระศักดิ์ สารรัตน์, พัทธินยา เชียงตา, ชัชฎาพร จันทร์สุข,
ลลิตรา เขียวคำ และธรรารวรรณ แก้วบุญเรือง. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการคุมกำเนิดต่อความรู้
และความตั้งใจในการคุมกำเนิด ในมารดาวัยรุ่น. *พยาบาลสาร*, 48(1), 199-209.
- พวงมา โขโซล. (2567). พัฒนาสื่อแอปพลิเคชันในการสร้างความรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่น
มัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดนครศรีธรรมราช. ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช.
- พัชฌันยา เชียงตา, ณัฐฐันรี คำอุไร, พรนิภา วงษ์มาก, ชิดชนก พันธุ์ป้อม, และภัสสร เกาะทะนะ. (2565). ประสิทธิภาพ
โครงการรณรงค์อย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์เสี่ยงทางเพศ และตั้งครรภ์ไม่พร้อมในนักศึกษา
พยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 5(3), 191-204.
- ภาวินี แก้วนิล. (2566). ประสิทธิภาพของการใช้ LINE APPLICATION CHAT BOT ในการลดความเครียดของบุคลากร
โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง. วิทยาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความ
ปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วัชรภรณ์ เป่าโรหิตย์, ชญาพัฒน์ ทองปากน้ำ, อนุกุล บำรุงวงศ์, ประไพศรี ศุภางค์ภร, และเกกิงศักดิ์ จันมาทอง.
(2566). ผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “COVID Check” ต่อความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด-19 ในนักเรียน
จำอากาศ ปีการศึกษา 2565. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(3), 1023-1034.
- รัฐบาลไทย. (2568). แผนยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2568-2572.
สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สุภาพันธุ์ จันทร์ศิริ, และเจริญชัย วงศ์วัฒน์กิจ. (2565). ประสิทธิภาพของรูปแบบการให้ความรู้ผ่านโมบายเว็บแอป
พลิเคชันต่อความรู้ในการดูแลสุขภาพทางเพศการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่
พร้อมในวัยรุ่นเป็นชาติพันธุ์อาข่า จังหวัดเชียงราย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 40(3), 1-13.
- เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, และเทพไทย โชติชัย. (2564). ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียน
และการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสุขภาพและการ
พยาบาล*, 37(1), 99-111.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2567). รายงานสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย ปี 2566. กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข.
- หทัยรัตน์ ปุณโยปษ์ภูมิก. (2565). การดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของสถานศึกษาใน
กรุงเทพมหานคร. *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 25(1), 77-92.

- อภิญา ยุทธชาติ. (2562). ประสบการณ์การตั้งครรภ์ระหว่างเรียนของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา. *วารสารทันตภิบาล*, 30(2), 25-40.
- อาภัสสร อำนวย และอุษา ปีกิ้นส์. (2566). นวัตกรรมสื่อสารสุขภาพเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์การเรียนรู้ทางไกลเชิงนวัตกรรม*, 13(1), 39-56.
- อัชลี อ้วนแก้ว, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, สุภาพัทธ์ หาญกล้า, นงนุช บุญมาลา, กัตติกา วังทะพันธ์ และ วรณช ไชยวาน. (2567). ผลของโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมต่อความรู้ ทักษะคติ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ของนักศึกษาหญิงในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 18(3), 891-903.
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Smith, J., Brown, A., & Lee, C. (2020). Adolescent pregnancy prevention using digital platforms: A randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, 66(4), 421-428.

ผลของโปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

Effects of a prenatal exercise program on health belief model of
pregnant women at Somdet Phra Sangharaja 19 Hospital

พรชนก กลักเพชร¹, รุจา แก้วเมืองฝาง^{2*}, ชัชฎา เย็นบำรุง¹

Pornchanok Klakpech, Ruja Kaeomaungfang^{*}, Chatchada Yenbumrung

¹โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

¹Somdet Phra Sangharaja 19 Hospital

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*ผู้ให้การติดต่อ Corresponding author Email: ruja@ckr.ac.th

(Received: March 6, 2024; Revised: June 2, 2024; Accepted: June, 12, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ โดยเปรียบเทียบคะแนนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 5 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ต่ออุปสรรค และการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ที่ประยุกต์ใช้ท่ากายบริหารขณะตั้งครรภ์ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ ทำบริหารโยคะในหญิงตั้งครรภ์และศาสตร์มณีเวช เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.67 - 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบค่าที สสถิติ Paired samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สามารถนำโปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ไปใช้ในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ที่แผนกฝากครรภ์ เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีการออกกำลังกายที่เหมาะสม ช่วยส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อมารดาและทารก

คำสำคัญ : โปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, หญิงตั้งครรภ์

Abstract

This quasi-experimental study, a one-group pretest-posttest design, aimed to examine health beliefs of pregnant women before and after participation in a prenatal exercise program. The study compared scores across five dimensions of the Health Belief Model: perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, and perceived self-efficacy, before and after the intervention. The sample consisted of 30 pregnant women attending antenatal care at Somdet Phra Sangharaja 19 Hospital. The research instrument was a prenatal exercise program integrating exercises from the Thai Health Promotion Foundation (ThaiHealth), yoga for pregnancy, and Maneveda practice. The data collection instrument was a Health Belief Model questionnaire, with content validity indices ranging from 0.67 to 1.00 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.86. Data were analyzed using a paired samples t-test.

The results showed that the mean health belief scores in the experimental group after participation in the prenatal exercise program were significantly higher than before the intervention ($p < 0.05$).

The prenatal exercise program can be implemented in parent-school activities within antenatal clinics to encourage pregnant women to engage in appropriate physical activity, thereby promoting sustained health and improving the quality of life for both mothers and infants.

Keyword: prenatal exercise program, health beliefs model, pregnant women

บทนำ

การคลอดบุตรนับเป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิตของสตรี เนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงไม่บ่อยนัก ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งครอบครัวส่วนใหญ่มุ่งหวังให้ทารกแรกเกิดมีสุขภาพแข็งแรง และมารดาผ่านกระบวนการคลอดอย่างปลอดภัย ตามแนวคิด "ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย" ของสมาร์ทไลฟ์ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2566) ที่สะท้อนถึงเป้าหมายสำคัญของระบบสุขภาพแม่และเด็ก ซึ่งถือเป็นรากฐานในการลดอัตราการตายของมารดาและทารกแรกเกิดให้เหลือศูนย์ ในระดับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพทางกายสำหรับสตรีมีครรภ์ไว้ในแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขแห่งชาติและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และ 13 (พ.ศ. 2560-2570) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามปัญหาสำคัญที่ยังคงพบอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูง รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ก่อให้เกิดอันตรายจนอาจทำให้พิการและเสียชีวิตได้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559)

แม้ว่าการตั้งครรภ์ไม่ใช่ภาวะเจ็บป่วยแต่ร่างกายหญิงตั้งครรภ์จะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน เช่น น้ำหนักเพิ่มเฉลี่ย 11.5-16 กก. ปริมาณเลือดในร่างกายเพิ่ม 30-50% อัตราการเต้นหัวใจเพิ่ม 10-20 ครั้ง/นาที อาการคลื่นไส้อาเจียนในไตรมาสแรกพบถึง 70.1% อาการปวดหลัง 76% และผิวหนังเปลี่ยนแปลง เช่น Linea Nigra พบในหญิงตั้งครรภ์ 87.67% (Fox & Yamaguchi, 1997) นอกจากนั้นขณะตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ เช่น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูง ภาวะครรภ์เป็นพิษ ปวดหลัง นอนไม่หลับ และอาการเมื่อยล้า รวมถึงปัญหาทางจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัญหาเหล่านี้นับเป็นภาวะเรื้อรังที่ยังคงพบได้อย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของมารดา ตลอดจนสุขภาพของทารกในครรภ์ (Daley et al., 2015; El-Rafie et al., 2016; American Psychiatric Association & Centers for Disease Control and Prevention, 2023) ปัจจัยสำคัญที่มีส่วนทำให้เกิดปัญหาดังกล่าว ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบ

กล้ามเนื้อและกระดูก ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคม เช่น ความกังวลเกี่ยวกับการคลอด การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว หรือการขาดการสนับสนุนทางอารมณ์จากคนรอบข้าง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์จำนวนไม่น้อยละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีบทบาทสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจในระหว่างตั้งครรภ์ (Gong et al., 2015; Jette et al., 2023)

แม้ว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายสำหรับหญิงตั้งครรภ์จะมีส่วนช่วยในการสร้างความเข้าใจในประโยชน์ของการออกกำลังกาย แต่ในทางปฏิบัติพบว่า การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะส่งผลต่อความตั้งใจและความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างยั่งยืน ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายจึงควรใช้แนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ร่วมด้วย โดยเฉพาะแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งเน้นการสร้างความตระหนักในความเสี่ยงและผลกระทบของโรค ความเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติ ตลอดจนการลดอุปสรรคในการลงมือทำ (Mohammadkhalil et al., 2024) นอกจากนี้การใช้กระบวนการกลุ่มเป็นอีกหนึ่งแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้ซึ่งกันและกัน เกิดการสนับสนุนทางสังคม เสริมแรงจูงใจ และเพิ่มความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การผสมผสานระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและกระบวนการกลุ่มจึงเป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการส่งเสริมการบริหารร่างกายของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน (สำนักสนับสนุนสุขภาพระดับประชากรกลุ่มเฉพาะ, 2566)

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 มีหญิงตั้งครรภ์เข้ามารับบริการฝากครรภ์ และคลอดบุตรจำนวน 1,000-1,200 รายต่อปี จากผลการสำรวจการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 60 คน แบบสุ่มสำรวจในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในเดือน เมษายน พ.ศ. 2566 พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีเพียง จำนวน 7 คน ที่มีการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ คิดเป็น 11.70% การศึกษารุ่นนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบริหารร่างกายด้วยท่ากายบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ของ สสส. และแนวทางการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ตามศาสตร์มโนเวชและศาสตร์โยคะ ร่วมกับการผสมผสานการให้ความรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อช่วยเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ให้เหมาะสมและมีความยั่งยืน ช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้แก่หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์

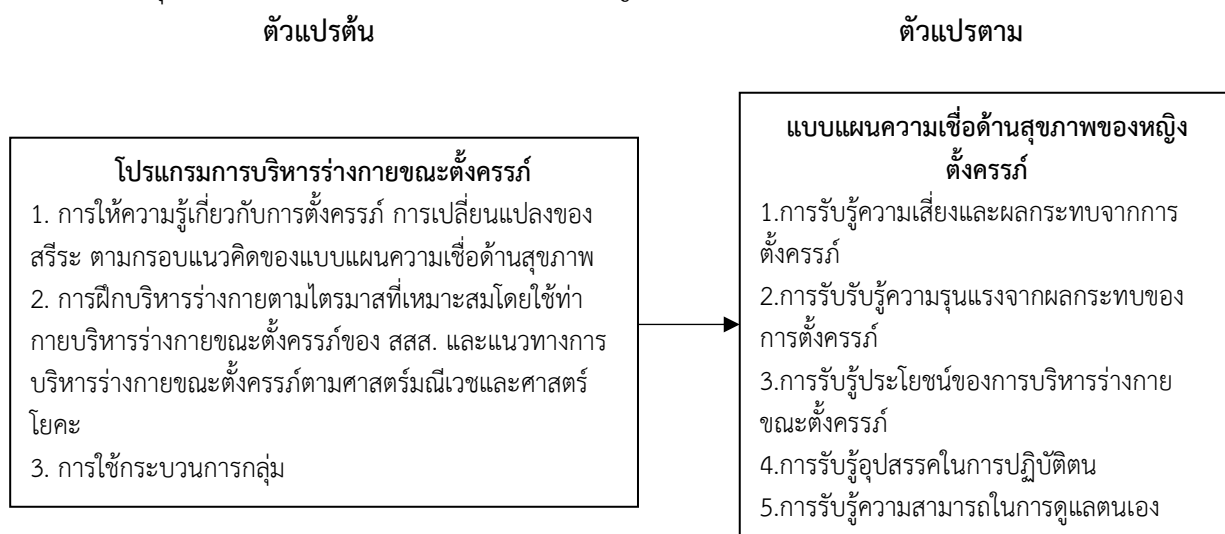
สมมติฐาน

หลังได้รับโปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ โดยใช้ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากแนวคิด ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) (Maiman & Becker, 2016) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลมีแนวโน้มที่จะเกิดจากปัจจัยหรือมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การรับรู้ ความเสี่ยง และผลกระทบจากการตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงจากผลกระทบของการตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ร่วมกับ

กระบวนการกลุ่ม และประยุกต์ใช้จากท่าออกกำลังกายขณะตั้งครุฑตามแนวปฏิบัติของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) ศาสตร์มณีเวช และโยคะในหญิงตั้งครุฑ ดังภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the one group pre-test post-test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครุฑต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครุฑ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครุฑที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชของค์ที่ 19 ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครุฑที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชของค์ที่ 19 ในระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 30 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. หญิงตั้งครุฑที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยโดยอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 12-32 สัปดาห์
2. ไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น ครรภ์เป็นพิษ รกเกาะต่ำ มีเลือดออกทางช่องคลอด มีภาวะซีดรุนแรง ครรภ์แฝด มีถุงน้ำคร่ำแตก หรือทารกมีความผิดปกติ เช่น ทารกเจริญเติบโตช้า ไม่มีกะโหลกศีรษะ หรือศีรษะบวมน้ำ ทารกตายในครรภ์ เป็นต้น
3. สามารถสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน ภาษาไทย
4. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การถอนออก (Withdrawal criteria)

1. เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด ขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครุฑ ในขณะที่เข้าร่วมโปรแกรมอันจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้มาจากแนวคิด central limit theorem ที่กล่าวไว้ว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มที่มีขนาดตั้งแต่ 30 รายขึ้นไป จะมีข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ ซึ่งเป็นข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ parametric (Norman & Streiner, 2000; Polit & Beck, 2004) ดังนั้น ในการศึกษานี้ จึงมีกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ โดยประยุกต์จากท่าออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ตามแนวปฏิบัติของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) ทำบริหารโยคะในหญิงตั้งครรภ์และศาสตร์มณีเวช ซึ่งออกแบบตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Health Belief Model (Maiman & Becker, 2016) เพื่อสร้างการรับรู้พยาธิสรีระการเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ ผลกระทบที่ตามมาของการตั้งครรภ์และการคลอด ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสรีระเพื่อสร้างพลังการรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของผลกระทบจากการตั้งครรภ์ ให้ความรู้ประโยชน์ และความสำคัญของการทำกายบริหารขณะตั้งครรภ์ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอดได้ 2) จัดกิจกรรมกลุ่มอภิปราย และฝึกบริหารตามไตรมาสที่กำหนดไว้ในคู่มือโปรแกรมบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ และสาธิตย้อนกลับเพื่อสร้างพลังการรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองหากมีปัญหาอุปสรรคได้ร่วมกัน เสนอแนะในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคนั้น ๆ ให้เหมาะสม 3) แผนการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ขณะอยู่บ้าน

2. สื่อและอุปกรณ์ ได้แก่ คลิปวิดีโอ แผ่นพับและคู่มือการบริหารร่างกายที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เนื้อหาประกอบด้วย 1) การตั้งครรภ์และความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ 2) ประโยชน์ของการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ 3) แนวทางบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย 4) ทำบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ และประยุกต์ใช้ทำบริหารโยคะในหญิงตั้งครรภ์ และศาสตร์มณีเวช ร่วมด้วย

3. แบบฟอร์มบันทึกการบริหารร่างกายที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นแบบใส่สมุดฝากครรภ์ เป็นแบบบันทึกที่ให้กลุ่มตัวอย่างได้ บันทึกการฝึกขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อเป็นการย้ำเตือนไม่ให้หลงลืมในการฝึก

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุ การศึกษา อาชีพ และที่อยู่ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นชนิดแบบให้เลือกตอบ

2. แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Health Belief Model (Maiman & Becker, 2016) และประยุกต์นำมาใช้ให้สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อคำถามให้เลือกตอบ 23 ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และผลกระทบจากการตั้งครรภ์ จำนวน 5 ข้อ การรับรู้รับรู้ความรุนแรงจากผลกระทบของการตั้งครรภ์ จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ และการคลอด จำนวน 5 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน จำนวน 5 ข้อ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง จำนวน 3 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยระบุค่าคะแนน ดังนี้

คะแนน 5	หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
คะแนน 4	หมายถึง เห็นด้วย
คะแนน 3	หมายถึง ไม่แน่ใจ
คะแนน 2	หมายถึง ไม่เห็นด้วย
คะแนน 1	หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โดยใช้เกณฑ์การแปลผล ระดับน้อยสุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49) ระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49) และระดับดีมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00) (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลมารดาทารกจำนวน 2 ท่าน วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective : IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .86

2. คลิพวิดีโอ แผ่นพับ คู่มือการบริหารร่างกายและแบบฟอร์มบันทึกการบริหารร่างกาย ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลมารดาทารกจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมด มาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาขั้นตอนและการจัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มจากตำรา และเข้ารับการฝึกอบรมโครงการพัฒนาสมรรถนะครูพี่เลี้ยง สาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้ฝึกทักษะการเป็นผู้นำกลุ่ม รวมทั้งใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การรู้จักสังเกตการกระตุ้นความสนใจของสมาชิกกลุ่มทักษะเสริมแรง การสะท้อนคิด การสรุปความ การควบคุมเวลา และการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าก่อนนำไปใช้จริง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ไปใช้ในสถานการณ์จริงกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย

ระยะเตรียมการ

1. จัดทำหนังสือราชการติดต่อประสาน ขอใช้สถานที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชของคหที่ 19 จังหวัดกาญจนบุรีในการดำเนินการวิจัยและเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ติดต่อประสานงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชของคหที่ 19 จังหวัดกาญจนบุรี นัดวันและเวลาชี้แจงโครงการวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ได้ครบ 30 ราย

ระยะดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในวันอังคาร-พุธ-ศุกร์ เวลา 9.00-12.00 น. วันละ 10 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มย่อยตามวันที่เก็บข้อมูล จนข้อมูลครบจำนวน 30 คน และนัดพบกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อยที่ละกลุ่ม 3 ครั้งตามวันนัดตรวจครรภ์ โดยใช้ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 เหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกดำเนินการวิจัยในวันดังกล่าว เนื่องจากเป็นวันรับบริการฝากครรภ์รายใหม่ ซึ่งการนัดครั้งต่อไปคือสัปดาห์ที่ 2-5 ตรงกับวันนัดฟังผลตรวจเลือดฝากครรภ์รายใหม่ และนัดครั้งสุดท้ายคือสัปดาห์ที่ 6-8 ตรงกับวันนัดฟังผลการตรวจคัดกรองความผิดปกติของทารกในครรภ์ เป็นการอำนวยความสะดวกต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้วจึงดำเนินการตามกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเองพร้อมกับให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ หากไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย หรือหากเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบต่อบริการที่ได้รับ ใช้เวลา 5 นาที

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชของคหที่ 19 ภายหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติเสร็จสิ้นแล้วผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ใช้เวลา 15-20 นาที

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับพยาธิสรีระ และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายขณะตั้งครรภ์ รวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด อธิบายความสำคัญและประโยชน์ของ

การบริหารร่างกาย เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีในขณะที่ตั้งครรภ์ ลดความ ไม่สบายและเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอดระยะเยียดตามแผนพบและคู่มือการบริหารร่างกายที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ใช้เวลา 5 นาที

กิจกรรมที่ 4 สาธิตท่าการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ให้ผู้วิจัยได้ทดลองปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยท่าบริหารร่างกายจำนวน 10 ท่า ปฏิบัติตามและแบบฟอร์มบันทึกการบริหารร่างกายที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เพื่อกลุ่มตัวอย่างได้บันทึกการบริหารร่างกายของตนเองขณะอยู่บ้าน ใช้เวลา 15-20 นาที

สัปดาห์ที่ 2-5

กลุ่มตัวอย่างที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ภายหลังได้รับการเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยประเมินการบันทึกการบริหารร่างกายที่หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติเองที่บ้านในแบบฟอร์มบันทึกการบริหารร่างกายที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น และแนบไว้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และให้กลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ที่ได้ปฏิบัติไปแล้วว่ามีปัญหาหรืออุปสรรคใดบ้าง เพื่อปรับปรุงแก้ไข และเพิ่มท่าบริหารร่างกายตามอายุครรภ์แต่ละไตรมาส ใช้เวลา 15-20 นาที

สัปดาห์ที่ 6-8

กลุ่มตัวอย่างที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ภายหลังได้รับการเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยประเมินการบันทึกการบริหารร่างกายที่หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติเองที่บ้านในแบบฟอร์มการบันทึกการบริหารร่างกายที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น และแนบไว้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ ที่ได้ปฏิบัติไปแล้วว่ามีปัญหาหรืออุปสรรคใดบ้าง เพื่อปรับปรุงแก้ไข และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นแบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลอง ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หลังจากนั้นจึงทำการยุติสัมพันธภาพพร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 15-20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ ด้วยสถิติ paired t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of normality) ของความแตกต่างของข้อมูลระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ฯ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov Test พบว่าเป็นโค้งปกติ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จังหวัดกาญจนบุรี หมายเลขใบรับรอง 4/2566 วันที่ให้การรับรอง 15 มีนาคม 2566 และได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยที่เข้าถึงข้อมูลได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้โดยอิสระหรือหากตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อบริการที่จะได้รับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุ 29 ปี ร้อยละ 16.7 มีอายุน้อยที่สุดอายุ 19 ปี ร้อยละ 10.00 มีอายุมากที่สุดอายุ 43 ปี ร้อยละ 3.30 และมีอายุเฉลี่ย 28.60 ปี เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 53.30 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 43.30 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 30.00 และที่อยู่อาศัยในพื้นที่อำเภอท่าม่วง ร้อยละ 60.00

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์

ตาราง 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบจากการตั้งครรภ์ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ ด้านการรับรู้อุปสรรคของตนเองในการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ (n=30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	μ	S.D.	μ	S.D.		
1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการตั้งครรภ์	4.34	0.40	4.60	0.30	3.99	.001*
2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบจากการตั้งครรภ์	4.10	0.52	4.45	0.36	4.35	.001*
3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์	4.00	0.60	4.51	0.32	5.65	.001*
4. ด้านการรับรู้อุปสรรคของตนเองในการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์	2.87	0.61	3.36	0.35	4.53	.001*
5. ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์	4.03	0.65	4.28	0.44	3.51	.001*

หลังการได้รับโปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการบริหารร่างกาย และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารร่างกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมโดยอยู่ในระดับดีมาก ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของตนเองในการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด ทั้งระยะก่อนและหลังการทดลอง ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของตนเองในการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ มีคะแนนต่ำสุดทั้งระยะก่อนและหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตาราง 1

ตาราง 2 การเปรียบเทียบระดับความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=30)

หัวข้อ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	μ	S.D.	μ	S.D.		
ความเชื่อด้านสุขภาพ	3.17	0.15	3.48	0.28	8.84	.001*

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงตารางที่ 2

อภิปรายผล

ผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลองให้โปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ที่ผสมผสานกระบวนการกลุ่มเข้ากับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์นี้ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์มีความตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์มากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Shafieian & Kazemi, 2017) ซึ่งพบว่าการให้ความรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ช่วยเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ได้ ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบจากการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรม แสดงถึงความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์ที่ลึกซึ้งขึ้นเกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Shafieian & Kazemi, 2017) ที่พบว่าการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่วยเพิ่มการรับรู้ด้านความรุนแรงของผลกระทบจากการตั้งครรภ์ได้ ในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์เห็นคุณค่าของการออกกำลังกายในการส่งเสริมสุขภาพระหว่างการตั้งครรภ์มากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Shafieian & Kazemi, 2017) ที่พบว่าการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ช่วยเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ได้ นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรม แสดงถึงความมั่นใจที่เพิ่มขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Abdolaliyan et al., 2017) ที่พบว่าการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่วยส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในการควบคุมน้ำหนักผ่านการออกกำลังกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การใช้กระบวนการกลุ่มยังช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับฟังประสบการณ์ตรงจากเพื่อนร่วมกลุ่มเกี่ยวกับประโยชน์ของการบริหารร่างกายและการเอาชนะอุปสรรคต่างๆ นอกจากนั้นกระบวนการกลุ่มยังช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นในตนเองจากการได้ฝึกปฏิบัติภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญและได้เห็นเพื่อนร่วมกลุ่มทำได้สำเร็จ อีกทั้งยังได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จึงช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจภายในและลดการรับรู้อุปสรรค โดยเฉพาะอุปสรรคทางอารมณ์และสังคม เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือกังวลในการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ (Mohammadkhah et al., 2024; Shafieian & Kazemi, 2017)

การได้เข้าร่วมอภิปรายในกลุ่มและการสะท้อนตนเอง (reflective practice) ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้ตระหนักถึงอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมเช่น วิธีปรับกิจวัตรประจำวันให้ใส่การบริหารร่างกายได้ และปรับเปลี่ยนอุปสรรคด้านความเชื่อที่ว่าออกกำลังกายอาจจะเป็นอันตรายต่อทารก จึงทำให้การรับรู้อุปสรรคชัดเจนขึ้น แต่สามารถจัดการได้ดีขึ้นด้วยการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมกลุ่ม (Matin et al., 2020) อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างตั้งครรภ์ครั้งแรก

(ร้อยละ 53.30) จึงอาจไม่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ ทำให้ไม่ทราบวิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสม นอกจากนี้ร้อยละ 43.30 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. อาจทำให้มีความกังวลว่าไม่มีความรู้มากพอที่จะปรับตัวหรือประยุกต์การบริหารร่างกายในชีวิตประจำวันได้ และร้อยละ 30 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ซึ่งมักมีเวลาทำงานที่ไม่แน่นอนและภาระงานที่หลากหลาย ซึ่งอาจทำให้รู้สึกว่ามีเวลาหรือพลังงานเพียงพอในการออกกำลังกายเพิ่มเติม นอกจากนี้ความเหนื่อยล้าจากการทำงานอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่า การออกกำลังกายเป็นภาระที่ไม่จำเป็น แม้ว่าจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายระหว่างตั้งครรภ์แล้วก็ตาม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีภูมิลำเนาอยู่ในชุมชนชนบทหรือชนบทกึ่งเมือง จึงอาจมีความเชื่อทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ เช่น ความเชื่อว่าการออกกำลังกายหรือการทำงานหนักอาจเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ หรืออาจทำให้เกิดการแท้งหรือคลอดยาก (Liamputtong et al., 2023) แม้ว่าจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายระหว่างตั้งครรภ์แล้วก็ตาม ความเชื่อเหล่านี้อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้อุปสรรคในการบริหารร่างกายเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม ดังนั้นจึงควรพัฒนาให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและความเชื่อหญิงตั้งครรภ์ เช่น การออกกำลังกายที่ไม่หนักเกินไป และสามารถทำได้ในชีวิตประจำวันรวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายระหว่างตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง และเน้นย้ำถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการช่วยลดอุปสรรคและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์มีผลทำให้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ด้านการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ดีขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการศึกษาพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ สามารถนำโปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์นี้ ไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์สอดแทรกในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ที่ดีขึ้น
2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์นี้ ไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลสามารถให้การส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายกับหญิงตั้งครรภ์ได้
3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้บริหารโรงพยาบาลควรสนับสนุนให้พยาบาลนำโปรแกรมการบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ไปประยุกต์ใช้กับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประเมินได้ชัดเจน เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ หรือตัวแปรตามที่เป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). สุวีริยาสาส์น.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2566). *ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ลดเสี่ยงเด็กไทยพิการแต่กำเนิด*.
<https://www.thaihealth.or.th>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)*.
<https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117-MinistryofPublicHealth.pdf>
- สำนักสนับสนุนสุขภาพระดับชุมชนเฉพาะ. (2566). *แนวทางการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด*.
<https://www.thaihealth.or.th/>.
- Abdolaliyan, N., Shahnazi, H., Kzemi, A., & Hasanzadeh, A. (2017). Determinants of the self-efficacy of physical activity for maintaining weight during pregnancy: The application of the health belief model. *Journal of Education and Health Promotion, 6*, 93.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_175_16
- American Psychiatric Association & Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Perinatal mental and substance use disorders: A white paper*.
<https://www.psychiatry.org/getmedia/344c26e2-cdf5-47df-a5d7-a2d444fc1923>
- Daley, A. J., Foster, L., Long, G., Palmer, C., & Robinson, O. (2015). The effectiveness of exercise for the prevention and treatment of antenatal depression: Systematic review with meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 122*(1), 57–62.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.12909>
- El-Rafie, M. M., Khafagy, G. M., & Gamal, M. G. (2016). Effect of aerobic exercise during pregnancy on antenatal depression. *International Journal of Women's Health, 8*, 53–57.
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S94112>
- Fox, P., & Yamaguchi, C. (1997). Body image change in pregnancy: A comparison of normal weight and overweight primigravidas. *Birth, 24*(1), 35-40.
<https://doi.org/10.1111/j.1523536X.1997.tb00334.x>
- Gong, H., Ni, C., Shen, X., Wu, T., & Jiang, C. (2015). Yoga for prenatal depression: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 15*, 14. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0393-1>
- Jette, S. L., Mills, J. M., & Tinius, R. A. (2023). Physical activity beliefs and behaviors during pregnancy and their association with provider counseling among women in the Southern United States. *Physical Activity and Health, 7*(1), 210. <https://doi.org/10.5334/paah.210>
- Liamputtong, P., Yimyam, S., Parisunyakul, S., Baosoung, C., & Sansiriphun, N. (2005). Traditional beliefs about pregnancy and child birth among women from Chiang Mai, Northern Thailand. *Midwifery, 21*(2), 139–153. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2004.05.002>
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (2016). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs, 2*(4), 336-353.
<https://doi.org/10.1177/109019817400200404>
- Matin, Z. S., Khayat, S., Navidian, A., & Fanaei, H. (2020). Comparing the effect of group training and telemedicine on exercise during pregnancy: An application of the health belief model. *Journal of Education and Health Promotion, 9*, 187. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_88_20
- Norman, G. R., & Streiner, D. L. (2008). *Biostatistics: The bare essentials* (3rd ed.). B. C. Decker.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Mohammadkhah, F., Kamyab, A., Pezeshki, B., Norouzrajabi, S., & Khani Jeihooni, A. (2025). The effect of training intervention based on health belief model on self-care behaviors of women with gestational diabetes mellitus. *Frontiers in Global Women's Health, 5*, 1490754. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1490754>
- Shafieian, M., & Kazemi, A. (2017). A randomized trial to promote physical activity during pregnancy based on health belief model. *Journal of Education and Health Promotion, 6*, 40. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_19_15

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ต่อความปวด
การสูญเสียสมรรถภาพข้อไหล่ คุณภาพชีวิต และช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่
ในผู้ป่วยข้อไหล่ติดของโรงพยาบาลปะนาเระ

Effects of a modified scapular muscle exercise program on pain,
shoulder disability, quality of life, and range of motion in patients
with frozen shoulder at Panare Hospital

จันทร์จิรา อินเรือง*

Chanchira Inrueng

งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

Physical Therapy, Panarae Hospital, Pattani

*ผู้ให้การติดต่อ Corresponding email address: far-makmusic@windowslive.com

(Received: October 22, 2024; Revised: December, 24, 2024; Accepted: February, 14, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ในผู้ป่วยข้อไหล่ติดของโรงพยาบาลปะนาเระ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยข้อไหล่ติดทั้งหมด 22 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 11 คน ทั้ง 2 กลุ่มได้รับสมุดบันทึกการออกกำลังกาย มีทั้งหมด 5 ท่า กลุ่มทดลองได้รับการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ หลังการมารับบริการกายภาพบำบัดทุกครั้ง โดยมีทั้งหมด 7 ท่า ระยะเวลาโปรแกรมการออกกำลังกาย 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ เครื่องมือประเมินสุขภาพและทดสอบสมรรถภาพร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ independent samples t-test และ paired samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง ทุกตัวแปรไม่มีความแตกต่างกัน หลังการฝึกเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าดัชนีความเจ็บปวดและการสูญเสียสมรรถภาพของข้อไหล่ (SPADI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนความเจ็บปวด (NRS) มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคะแนนคุณภาพชีวิต (Quick DASH) มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ (ROM) ในทุกทิศทาง มีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งบ่งบอกได้ว่า ข้อไหล่มีการทำงานที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ ควรนำการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ไปใช้ เพื่อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ได้ทุกทิศทาง (ROM) ลดอาการปวด และเพิ่มการทำงานของข้อไหล่ได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: การออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบัก, ความปวด, การเคลื่อนไหวของข้อไหล่, คุณภาพชีวิต, ข้อไหล่ติด

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a modified scapular muscle exercise program on patients with frozen shoulder at Panare Hospital. The sample consisted of 22 patients with frozen shoulder, divided into a control group and an experimental group, with 11 participants in each group. Both groups received an exercise logbook containing five exercise routines. The experimental group received a modified scapular muscle exercise program after each physical therapy session. The program consisted of seven exercises and was conducted over a period of six weeks. The data collection tools included a health assessment form and a physical fitness test. Data were analyzed using an independent samples t-test and a paired samples t-test.

The results revealed that there were no significant differences between the groups in all variables before the intervention. After six weeks of training, the experimental group showed a statistically significant decrease in the Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) scores ($p < 0.05$), pain scores (NRS) ($p < 0.05$), and quality of life scores (QuickDASH) ($p < 0.05$). Additionally, shoulder range of motion (ROM) in all directions significantly increased ($p < 0.05$), indicating improved shoulder function.

Recommendations: The modified scapular muscle exercise program should be implemented to improve shoulder range of motion (ROM) in all directions, reduce pain, and enhance shoulder function.

Keyword: scapular exercise, pain, shoulder range of motion, quality of life, frozen shoulder

บทนำ

ในปัจจุบันจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 21 โรค จากสถานบริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ทัวราชอาณาจักร พ.ศ. 2554 – 2563 พบว่าผู้ป่วยโรคระบบโครงร่าง และกล้ามเนื้อ มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก มากเป็นอันดับ 3 รองจากโรคติดเชื้อและปรสิต และโรคระบบไหลเวียนเลือด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) ซึ่งโรคเกี่ยวกับความผิดปกติของหัวไหล่เป็นโรคหนึ่งของโรคระบบโครงร่าง และกล้ามเนื้อ ที่มีปัญหามากที่สุด (Chard et al., 2020) โรคหรืออาการเกี่ยวหัวไหล่มีอยู่หลายอย่างด้วยกัน ยกตัวอย่างเช่น อาการข้อไหล่หลุด เอ็นกล้ามเนื้อข้อไหล่ฉีกขาด เอ็นกล้ามเนื้อไหล่อักเสบจากการเสียดสีข้อไหล่ติด เป็นต้น อาการข้อไหล่ติดทำให้คุณภาพในการใช้ชีวิตประจำวันลดลง ซึ่งปัญหาของกลุ่มกล้ามเนื้อสะบักที่เป็นส่วนประกอบของข้อไหล่ เป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวแขน และปัญหานี้พบเป็นส่วนมากในคนอายุ 40 – 70 ปี จะมีอาการข้อไหล่ติด (Lewis, 2015) ข้อไหล่ติดจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับแก้ไข

จากข้อมูลรายงานประจำปี 2565 เดือน มิถุนายน - สิงหาคม 2565 ผู้ป่วยที่มารับบริการกายภาพบำบัดที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลปะนาเระ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยปวดไหล่ มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่มีการวินิจฉัย Biceps tendinitis, Supraspinatus tendinitis, Rotator cuff tendinitis, Shoulder Impingement syndrome และ Frozen shoulder

โรคข้อไหล่ติด เป็นโรคที่พบประมาณ 2-5% ในทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุระหว่าง 40-70 ปี (Chard et al., 2020) มีสาเหตุเกิดจากข้อต่อ synovial joint ในส่วนผิวด้านในของ capsule มีการหนาตัวของ synovial membrane และมีการยึดติดกันของ articular surfaces และในขณะเดียวกันอาจเกิดพังผืดยึดเกาะที่ข้อต่อร่วมด้วย (Park et al., 2017; Yeole et al., 2017) นำไปสู่อาการปวดที่ค่อย ๆ เพิ่มขึ้น และมีองศาการเคลื่อนไหวของ glenohumeral joint ลดลง เนื่องจากข้อต่อมีการยึดติดทำให้ joint cavity ลดลง ผู้ป่วยโรคข้อไหล่ติดที่เริ่มมีปัญหาข้อไหล่ติดในระยะแรกจะมีอาการปวดมาก (Lewis, 2015; Park et al., 2017) เนื่องจากความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อลดลง โดยส่วนมากมักเกิดกับผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหรือการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่มาก่อน เช่น ใส่เฝือกแขนในระยะเวลานาน หรือผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของเอ็นกล้ามเนื้อข้อไหล่โดยมีอาการปวด จนทำให้ผู้ป่วยหยุดใช้แขนข้างที่บาดเจ็บทำให้เกิดข้อไหล่ติด ส่งผลทำให้มีความยากลำบากของข้อไหล่ในการเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การสวมเสื้อผ้า แปรงฟัน การยกของ การเอื้อมมือไปหยิบสิ่งของ เป็นต้น (Clement et al., 2013)

วิธีการรักษาโรคข้อไหล่ติดในรักษาปัจจุบันนั้นสามารถทำได้หลากหลายวิธี ทั้งการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด การรักษาที่ไม่ผ่าตัดจะใช้การรักษาทางกายภาพบำบัด ประกอบด้วย การใช้ความร้อน ความเย็น เลเซอร์ความถี่ต่ำ คลื่นสั้น อัลตราซาวด์ และกระแสไฟฟ้า การดัดดึงข้อต่อ รวมถึงการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว (สุภาพรพรรณมณี และอรรณณ ประศาสน์วุฒิ, 2562; ปิยภรณ์ รุ่งโรจน์สุภาสกุล และคณะ, 2559; รุ่งทิพย์ พันธุ์เมธากุล และคณะ,

2564) วิธีการรักษาโดยทั่วไปส่วนใหญ่เป็นการรักษาโดยตรงกับหัวไหล่ คือ การที่มีแรงกระทำเกิดขึ้นกับหัวไหล่ โดยตรงในกระบวนการรักษา การรักษาโดยตรงกับหัวไหล่จะต้องใช้ระยะเวลาในการลดอาการปวด และอาจทำให้อาการปวดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการกระทำโดยตรงกับหัวไหล่และมีการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ที่มากเกินไป (จรัสชัย ไทรทอง, 2561; สิริกมล นิลกำแหง, 2564) ผู้วิจัยจึงสนใจโปรแกรมการฝึกที่มีการฝึกทางอ้อมกับหัวไหล่ คือ เน้นฝึกที่กล้ามเนื้อสะบัก เพื่อลดแรงกระทำเกิดขึ้นกับหัวไหล่โดยตรงในกระบวนการรักษา และยังช่วยเสริมให้การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ดีขึ้น (ธีรภัทร์ รักษาพล, 2564) ยังมีงานวิจัยที่บอกว่าแขนที่มีกล้ามเนื้อสะบักที่แข็งแรง จะมีความสามารถของแขนดีกว่าแขนที่มีกล้ามเนื้อสะบักอ่อนแรงแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นิตยา วิริยะธารากิจ และคณะ, 2564)

การออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบัก เป็นการออกกำลังกายเพื่อการบำบัดรักษาประกอบด้วยการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว ซึ่งกล้ามเนื้อสะบักมีจุดเกาะต้นที่สะบัก จุดเกาะปลายที่กระดูกหัวไหล่ เป็นส่วนสำคัญในการเคลื่อนไหวและเพิ่มความมั่นคงของข้อไหล่ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยข้อต่อสแคปปูโลทอราลิก เป็นข้อต่อหนึ่งของข้อไหล่ ส่งผลให้ลดระดับความเจ็บปวด เพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อและเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในผู้ป่วยข้อไหล่ติด การออกกำลังกายเฉพาะที่นี้จะมีประสิทธิผลมากกว่าการออกกำลังกายทั่วไป (ธีรภัทร์ รักษาพล, 2564) ผู้วิจัยในฐานะนักกายภาพบำบัดจึงมีความสนใจนำเอาหลักการของการออกกำลังกายชนิดนี้มาพัฒนาออกแบบโปรแกรมทำออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ มุ่งเน้นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง ยืดกล้ามเนื้อที่หดสั้น ปรับสะบักให้กลับมาอยู่ในแนวปกติ และช่วยส่งเสริมให้กลศาสตร์การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ดีขึ้น (สายใจ นกหนู และคณะ, 2561; ธีรภัทร์ รักษาพล, 2564) นำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการรักษาทางกายภาพบำบัดที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ในผู้ป่วยข้อไหล่ติด โดยประเมินผลการรักษาเกี่ยวกับบรรเทาความเจ็บปวดและการสูญเสียสมรรถภาพของข้อไหล่ ความเจ็บปวด คุณภาพชีวิต และช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ หลังใช้โปรแกรม 6 สัปดาห์ ในผู้ป่วยข้อไหล่ติดของโรงพยาบาลปะนาเระ เพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยข้อไหล่ติด ให้มีผลลัพธ์และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ร่วมกับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิม กับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิมในผู้ป่วยข้อไหล่ติดของโรงพยาบาลปะนาเระ

สมมติฐาน

ผู้ป่วยข้อไหล่ติด หลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ ข้อไหล่มีการทำงานที่ดีขึ้น เพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว และอาการปวดลดลง

วิธีดำเนินงานวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) ใช้การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized clinical trial) โดยสุ่มอาสาสมัครเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการจับฉลาก เก็บข้อมูลที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลปะนาเระ ตั้งแต่วันที่ 10 ตุลาคม - 14 พฤศจิกายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยข้อไหล่ติดที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์ และถูกส่งต่อมารับการรักษาที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลปะนาเระ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยคือ ผู้ป่วยข้อไหล่ติดแผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพะนาเระ ประจำเดือน ตุลาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 จำนวน 22 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิม และกลุ่มที่มีการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิมร่วมกับการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์

คำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของของระดับความปวด และช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ระหว่างสองกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน โดยอ้างอิงจากสูตร

$$n_{trt} = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \left[\sigma_{trt}^2 + \frac{\sigma_{con}^2}{r} \right]}{\Delta^2}$$

$$r = \frac{n_{con}}{n_{trt}}, \Delta = \mu_{trt} - \mu_{con}$$

จากการคำนวณจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 9 คน ดังนั้นเมื่อรวม 20% drop out เท่ากับ 11 คน ต่อกลุ่ม ซึ่งผ่าน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusive Criteria)

1. ผู้ป่วยข้อไหล่ติดอายุระหว่าง 40 - 70 ปี
2. ข้อไหล่ติด รหัสวินิจฉัยโรค ICD-10 (M750-759) ที่แพทย์ส่งมารักษาทางกายภาพบำบัด
3. ข้อไหล่ติดที่มีอาการปวดไหล่ไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้สุดเป็น ระยะเวลามากกว่า 3 เดือน
4. ไม่มีประวัติการผ่าตัดที่ข้อไหล่
5. ไม่มีประวัติการบาดเจ็บของเส้นประสาท/เส้นเอ็น/ข้อไหล่อักเสบจากโรคอื่นๆ
6. ไม่มีกระดูกหัก หรือมีความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ
7. ไม่มีภาวะข้อไหล่เสื่อมจากการวินิจฉัยของแพทย์
8. สามารถอ่านออก เขียนได้ และสื่อสารกันเข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. สื่อสารไม่เข้าใจ
2. ได้รับยาฉีดยาสเตียรอยด์ที่ข้อไหล่
3. มีอาการเจ็บป่วยหรือสภาวะที่เป็นข้อห้ามก่อนการทดสอบ
4. ผู้ที่ประสบอุบัติเหตุเกี่ยวกับหัวไหล่
5. มีปัญหาเกี่ยวกับเส้นประสาทไขสันหลังส่วนคอ
6. เป็นโรคปวดกล้ามเนื้อรอบหัวไหล่เรื้อรัง (Myofascial Pain Syndrome)
7. มีอาการป่วยก่อนและขณะการทดสอบ
8. มีอุบัติเหตุขณะการทดสอบ

เกณฑ์การยุติ/หยุดการวิจัยเมื่อ (Criteria for discontinuation) ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมมีความประสงค์จะขอยุติการฝึกโปรแกรมที่ได้รับ และขอถอนตัวออกจากงานวิจัย
2. ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงของการวิจัยที่ได้ตกลงร่วมกัน
3. มีอาการปวดเพิ่มมากขึ้นจนไม่สามารถฝึกต่อได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้วิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือประเมินสุขภาพและทดสอบสมรรถภาพร่างกาย ดังนี้

1.1 Goniometer 360 (Mahidol University, Thailand) ใช้ในการวัดมุมการเคลื่อนไหว
1.2 ZEPER (ZT 160, China) ใช้วัดน้ำหนักส่วนสูง และคำนวณ BMI
1.3 Omron (HEM – 7200, Singapore) ใช้วัดชีพจรขณะพัก และความดัน
1.4 แบบประเมินดรชนีความเจ็บปวดและการสูญเสียสมรรถภาพของหัวไหล่ (Shoulder Pain and Disability index: SPADI) เป็นการประเมินความเจ็บปวดและความบกพร่องของไหล่ นิยมใช้ประเมินสมรรถภาพของข้อไหล่ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อไหล่ที่มารับบริการกายภาพบำบัด จำนวน 13 ข้อ ซึ่ง พญ.อภิจारी ชูศักดิ์ และ นพ.ชาญวิทย์ โปธิ์งามวงศ์ กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นผู้แปลแบบสอบถาม โดยประเมินกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนให้การรักษาและภายหลังให้การรักษาในสัปดาห์ที่ 6

1.5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Quick DASH) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจาก The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) โดยข้อคำถามลดลงจาก 30 ข้อเหลือเพียง 11 ข้อ สามารถวัดประสิทธิภาพและคุณลักษณะการทำงานเหมือน DASH และคงมีความสัมพันธ์ภายในที่สามารถยอมรับได้ (Cronbach's alpha~0.90) QuickDASH ประกอบด้วยคำถามสำหรับประเมินอาการปวดและการใช้แขนในกิจกรรมต่างๆสามารถใช้วัดข้อมูลทางด้านกายภาพและอาการในคนที่มีความผิดปกติของแขนเนื่องจากปัญหาของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และประเมินการสูญเสียการทำงานที่ไ้เร็วขึ้น เป็นแบบสอบถามที่ให้ใช้ได้โดยไม่เสียค่าธรรมเนียม สำหรับผู้ที่ไม่มีผลประโยชน์ทางการค้า QuickDASH จึงเป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีความเชื่อถือได้และความเที่ยงตรงสูง สำหรับการประเมินอาการและการเคลื่อนไหวแขนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Beaton et al., 2015) ซึ่ง ดร.จิรพันธ์ รพีพงศ์ และคณะ หน่วยงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นผู้แปลแบบสอบถาม ใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนให้การรักษาและภายหลังให้การรักษาในสัปดาห์ที่ 6

1.6 คะแนนความเจ็บปวด (NRS score) เป็นเกณฑ์ในการวัดความรุนแรงของความเจ็บปวด ซึ่งระดับคะแนนตั้งแต่ 0 คือไม่ปวดเลย จนถึง 10 คือ ไม่สามารถทนต่อความเจ็บปวดนี้ได้เลย วิธีการทดสอบทำโดยการบอกกล่าวแก่กลุ่มตัวอย่างว่าระดับความเจ็บปวดหัวไหล่ที่เป็นอยู่ในคะแนนระดับไหนให้คะแนนตัวเอง 0 - 10 โดย 0 คือ ไม่ปวด 1-3 คือปวดน้อย 4-6 คือปวดปานกลาง 7-9 คือ ปวดมาก และ 10 คือ ปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างกล่าวเสร็จให้ผู้วิจัยทำการบันทึกระดับคะแนนไว้

1.7 ใบบันทึกผลการทดลอง มีลักษณะเป็นตาราง ระบุเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต คะแนน SPADI, QuickDASH, NRS score และ ROM ก่อนและหลังการฝึกในสัปดาห์ที่ 6

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

2.1 โปรแกรมการฝึกการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ ประกอบด้วย 7 ท่า ทำท่าละ 10 ครั้ง เข้า-เย็น 3 วัน/สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ได้แก่ ท่าที่ 1 rise up with retract scapular (ดึงตัวขึ้นแบะไหล่) ท่าที่ 2 rise arm with trunk twist (ดึงแขนขึ้นบิดลำตัว) ท่าที่ 3 trunk twist with shoulder abduction (บิดลำตัวแบะออก) ท่าที่ 4 shoulder flexion and trunk rotation (บิดลำตัวเหยียดแขน) ท่าที่ 5 reverse fly (กระพือปีก) ท่าที่ 6 Front raise (งอศอกยกแขนขึ้น) และท่าที่ 7 Shoulder press (กางแขนยกขึ้น/ลง)

2.2 คู่มือบันทึกการออกกำลังกาย ประกอบด้วย ตารางบันทึกข้อมูล วัน เดือน ปี เวลาที่ออกกำลังกาย จำนวนครั้งในแต่ละท่า พร้อมระบุอาการ/ความปวด หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะออกกำลังกาย

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการฝึกออกกำลังกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) มีค่า IOC = 1 และได้ปรับปรุงข้อเสนอนี้ก่อนนำไปทดลองใช้ และนำไปทดลองใช้ (Try out) เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 10 คน ได้ค่า Cronbach Alpha Reliability Coefficient > 0.7 ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงภายในตัวผู้ประเมินด้านการใช้ โคนิโอมิเตอร์วัด

องศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ของผู้ป่วย (Intra-rater Reliability) โดยวิธี Intraclass correlation coefficient แบบ One-Way Random-Effects Model พบว่า มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีแล้ว ผู้วิจัยจึงทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลปะนาเระ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 10 ตุลาคม - 14 พฤศจิกายน 2565 (ระยะเวลา 6 สัปดาห์)

1. ขั้นตอนเตรียมการก่อนการทดลอง

1.1 เตรียมตัวผู้วิจัยเพื่อดำเนินงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายกลุ่มกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ในผู้ป่วยข้อไหล่ติด ของโรงพยาบาลปะนาเระ

1.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณตามหลักการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ได้คุณสมบัติตรงตามที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับฉลาก จากนั้นผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน กิจกรรมที่อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย เปิดโอกาสซักถามจนเกิดความเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยในลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเตรียมกลุ่มตัวอย่างโดยการสอบถามและนัดหมายเข้าร่วมโครงการวิจัย และนัดหมายพร้อมทั้งขอหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้ระยะเวลารวบรวมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 1 เดือน

1.3 จัดทำแผนการดำเนินการวิจัย การออกกำลังกายกลุ่มกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ในผู้ป่วยข้อไหล่ติด ของโรงพยาบาลปะนาเระ

2. ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามขั้นตอนการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการออกกำลังกายกลุ่มกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ในผู้ป่วยข้อไหล่ติด ของโรงพยาบาลปะนาเระ ดังนี้

2.1 ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยประเมินอาการ อาการแสดง และอาการสำคัญที่มารับการรักษาทางกายภาพบำบัด

2.2 ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค

2.3 ให้การรักษาเพื่อลดปวด โดยใช้เครื่อง Ultrasound ระยะเวลา 7-10 นาที

2.4 วางแผนประคบร้อน (Hot pack) บริเวณข้อไหล่ ระยะเวลา 20 นาที

2.5 ใช้เทคนิคการเคลื่อนขยับข้อต่อสแคปูลอทอราลิก (Scapulothoracic Mobilization) ในทิศทาง Upward rotation, Downward rotation, Protraction, Retraction

2.6 ใช้เทคนิคการเคลื่อนขยับข้อต่อกลีโนฮิวเมอร์ล (Glenohumeral Joint Mobilization) ในทิศทาง Glenohumeral anterior glide, Glenohumeral posterior glide, Glenohumeral inferior glide, Shoulder horizontal abduction movement

2.7 การบริหารข้อไหล่แบบช่วยเคลื่อนไหว (Passive) เพื่อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ทุกทิศทาง ทำละ 20 ครั้ง

2.8 สอนและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายกลุ่มกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ โดยมี 7 ท่าคือ ได้แก่ ท่าที่ 1 ดึงตัวขึ้นแบะไหล่ ท่าที่ 2 ดึงแขนขึ้นบิดลำตัว ท่าที่ 3 บิดลำตัวแบะอก ท่าที่ 4 บิดลำตัวเหยียดแขน ท่าที่ 5 กระจีอกปีก ท่าที่ 6 งอศอกยกแขนขึ้น และท่าที่ 7 กางแขนยกขึ้น/ลง โดยทำสมุดบันทึกการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน ทำท่าละ 10 ครั้ง เข้า-เย็น 3 วัน/สัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์

2.9 นัดรักษาต่อเนื่อง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 18 ครั้ง

2.10 ประเมินผลลัพธ์หลังการรักษาในสัปดาห์ที่ 6

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามขั้นตอนการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการออกกำลังกาย กลุ่มกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ในผู้ป่วยข้อไหล่ติด ของโรงพยาบาลปะนาเระ ดังนี้

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยประเมินอาการ อาการแสดง และอาการสำคัญที่มารับการรักษาทางกายภาพบำบัด
2. ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค
3. ให้การรักษาเพื่อลดปวด โดยใช้เครื่อง Ultrasound ระยะเวลา 7-10 นาที
4. วางแผนประคบร้อน (Hot pack) บริเวณข้อไหล่ ระยะเวลา 20 นาที
5. ใช้เทคนิคการเคลื่อนขยับข้อต่อสแคปูลอทอราซิก (Scapulothoracic Mobilization) ในทิศทาง Upward rotation, Downward rotation, Protraction, Retraction
6. ใช้เทคนิคการเคลื่อนขยับข้อต่อกลีโนฮิวเมอร์ล (Glenohumeral Joint Mobilization) ในทิศทาง Glenohumeral anterior glide, Glenohumeral posterior glide, Glenohumeral inferior glide, Shoulder horizontal abduction movement
7. การบริหารข้อไหล่แบบช่วยเคลื่อนไหว เพื่อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ทุกทิศทาง ทำละ 20 ครั้ง
8. สอนและฝึกปฏิบัติการบริหารข้อไหล่เพื่อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวด้วยตนเอง โดยมี 5 ท่าคือ ทำยืดกล้ามเนื้อเนื้อแขนและสะบัก ทำแกว่งแขนเป็นวงกลม ทำเช็ดหลัง ทำไต่กำแพงด้านหน้า และทำไต่กำแพงด้านข้าง โดยทำสมุดบันที่ทำการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน ทำท่าละ 10 ครั้ง เข้าและเย็น 3 วัน/สัปดาห์
9. นัดรักษาต่อเนื่อง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 18 ครั้ง
10. ประเมินผลลัพธ์หลังการรักษาในสัปดาห์ที่ 6

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ก่อนการฝึกและหลังการฝึก 6 สัปดาห์
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีความเจ็บปวดและสมรรถภาพของข้อไหล่ (SPADI) ค่ามุมในการเคลื่อนไหว (ROM) คุณภาพชีวิต (Quick DASH) และระดับความปวด (NRS score) ก่อนการฝึกและหลังการฝึก 6 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ independent samples t-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีความเจ็บปวดและสมรรถภาพของข้อไหล่ (SPADI) ค่ามุมในการเคลื่อนไหว (ROM) คุณภาพชีวิต (Quick DASH) และระดับความปวด (NRS score) ของกลุ่มควบคุมก่อนการฝึกและหลังการฝึก 6 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ paired samples t-test และกลุ่มทดลองก่อนการฝึกและหลังการฝึก 6 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ paired samples t-test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เอกสารรับรองเลขที่ RECPTN No.018/65 วันที่ 10 กันยายน 2565 การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาตามปกติ พร้อมทั้งพินัยกรรมผู้เข้าร่วมในการศึกษาตลอดระยะเวลาการศึกษา ได้แก่ การเก็บรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปพบว่า ทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27 เป็นเพศหญิง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 72.73 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 62 ปี (S.D. = 6.72) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนระดับที่ 1 มากสุด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 54.55 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27 มีค่าหัวใจ ในขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) ก่อนและหลังทำการฝึกเฉลี่ย 128.64 มิลลิเมตรปรอท และ 129.00 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ และมีค่าความดันเลือดที่ต่ำสุดขณะหัวใจห้องกลางคลายตัว (Diastolic

blood pressure) ก่อนฝึกเฉลี่ย 74.18 มิลลิเมตรปรอท และหลังฝึกเฉลี่ย 74.55 มิลลิเมตรปรอท ส่วนในกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 60 ปี (S.D. = 6.81) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 45.45 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนระดับที่ 1 จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 36.36 มีค่าหัวใจในขณะหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) ก่อนและหลังทำการฝึกเฉลี่ย 124.27 มิลลิเมตรปรอท และ 128.09 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ และมีค่าความดันเลือดที่ต่ำสุดขณะหัวใจห้องล่างคลายตัว (Diastolic blood pressure) ก่อนฝึกเฉลี่ย 74.73 มิลลิเมตรปรอท และหลังฝึกเฉลี่ย 72.64 มิลลิเมตรปรอท

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่ม

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	
	กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบเดิม (n=11)	กลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ (n=11)
เพศ		
ชาย	3 (27.27)	3 (27.27)
หญิง	8 (72.73)	8 (72.73)
อายุ (ปี)	Mean=62, S.D.=6.72, Min=50, Max=70	Mean=60, S.D.=6.81, Min=50, Max=70
ดัชนีมวลกาย (BMI)	Mean=25.88, S.D.=3.51, Min=19.77, Max=31.83	Mean=23.97, S.D.=3.42, Min=19.26, Max=30.86
18.5 – 22.90	3 (27.27)	5 (45.45)
23 – 24.90	1 (9.09)	1 (9.09)
25 – 29.90	6 (54.55)	4(36.36)
30 ขึ้นไป	1 (9.09)	1 (9.09)

จากตาราง 1 พบว่า ผลการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27 เป็นเพศหญิง จำนวน 8 คนคิดเป็นร้อยละ 72.73 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบเดิมมีอายุเฉลี่ย 62 ปี (S.D. = 6.72) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนระดับที่ 1 มากที่สุด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 54.55 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27 ผู้ป่วยที่ได้รับการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ มีอายุเฉลี่ย 60 ปี (S.D. = 6.81) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 45.45 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนระดับที่ 1 จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 36.36

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบเดิมและกลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ ก่อนการทดลอง

ปัจจัย	กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบเดิม (Mean ± S.D.)	กลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ (Mean ± S.D.)	95% CI	t	p-value
ดรชนีความเจ็บปวดและการสูญเสียสมรรถภาพของข้อไหล่	42.38 ± 8.31	39.93 ± 13.35	(-12.335, 7.439)	-0.517	0.611
คะแนนความเจ็บปวด	7.00 ± 0.63	6.27 ± 0.91	(-1.421, -0.033)	-2.185	0.051
คะแนนคุณภาพชีวิต	44.83 ± 10.52	38.24 ± 7.21	(-14.605, 1.434)	-1.713	0.102
ช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่					
AROM flexion	119.73 ± 21.88	120.91 ± 19.34	(-17.186, 19.550)	0.134	0.895

ตาราง 3 หลังการทดลองเป็นเวลา 6 สัปดาห์พบว่า ดรรชนีความเจ็บปวดและการสูญเสียสมรรถภาพของข้อไหล่ คะแนนความเจ็บปวด คะแนนคุณภาพชีวิต และช่วงการเคลื่อนไหวข้อไหล่ทุกทางของทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ช่วยลดอาการปวด และทำให้ข้อไหล่มีการทำงานที่ดีขึ้น

อภิปรายผล

งานวิจัยนี้ได้ทำการศึกษาทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ ค่าของมุมในการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในทุกทิศทาง ค่าดรรชนีความเจ็บปวดและการสูญเสียสมรรถภาพของข้อไหล่ คะแนนความปวดเฉื่อย และคะแนนคุณภาพชีวิต

ในการวัด ค่าของมุมในการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในทุกทิศทาง Range of motion (ROM) มีการวัดทั้ง Active range of motion (AROM) และ Passive range of motion (PROM) เนื่องจาก AROM เป็นการวัดองศาการเคลื่อนไหวที่เกี่ยวกับความสามารถในการออกแรงของกล้ามเนื้อข้อไหล่ ส่วนการวัด PROM เป็นการเคลื่อนไหวของข้อที่เกิดจากแรงภายนอกมาทำให้เกิดการเคลื่อนไหว จึงมีความจำเป็นต้องวัดทั้ง AROM และ PROM (Seffinger et al., 2015)

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดียวกับกลุ่มที่มีการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิมร่วมกับการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ ค่าของมุมในการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในทุกทิศทาง ค่าดรรชนีความเจ็บปวดและการสูญเสียสมรรถภาพของข้อไหล่ คะแนนคุณภาพชีวิต และค่าคะแนนความปวด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีค่าตัวแปรดังกล่าวที่ไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายแบบประยุกต์ 6 สัปดาห์ ค่าของมุมในการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในทุกทิศทาง มีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนความปวด ค่าดรรชนีความเจ็บปวดและการสูญเสียสมรรถภาพของข้อไหล่ และคะแนนคุณภาพชีวิตมีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบ่งบอกได้ว่า ข้อไหล่มีการทำงานที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิภาพการออกกำลังกายเสริมความมั่นคงของข้อไหล่เทียบกับการออกกำลังกายแบบเดิม เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เพิ่มขึ้นทุกทิศทาง (สุภาพร วรรณมณี และอรวรรณ ประศาสน์วุฒิ, 2562)

จากคะแนนคุณภาพชีวิตและคะแนนการสูญเสียสมรรถภาพของข้อไหล่ หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ คะแนน Quick DASH และ SPADI มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนคะแนนคุณภาพชีวิตและการสูญเสียสมรรถภาพของข้อไหล่ต่ำ หมายถึงมีความสามารถของแขนดีกว่าคะแนนสูง โดยไม่มีการแบ่งระดับความสูญเสียความสามารถตามช่วงคะแนน สามารถใช้ประเมินความสามารถของแขนในผู้ป่วยข้อไหล่ติดได้ และเป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงสำหรับประเมินแขน (จูไร รัฐวงษา และคณะ, 2561)

โปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ เป็นโปรแกรมที่มีการฝึกทางอ้อมกับหัวไหล่ คือเน้นฝึกที่กล้ามเนื้อสะบัก เพื่อลดแรงกระทำเกิดขึ้นกับหัวไหล่โดยตรงในกระบวนการรักษา และยังช่วยเสริมให้การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของการฝึกความมั่นคงและความพร้อมในการเคลื่อนไหวทางอ้อมที่มีต่อมุมในการเคลื่อนไหวและคะแนนความปวดในผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อไหล่ติด พบว่าการออกกำลังกายแบบเพิ่มความมั่นคงและความพร้อมในการเคลื่อนไหวในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับหัวไหล่โดยตรง ช่วยลดอาการปวด และทำให้การทำงานของข้อไหล่ดีขึ้น (จุรัชัย ไทรทอง, 2561)

การนำผลวิจัยไปใช้

1. สามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ในการพิจารณาเลือกให้การรักษาผู้ป่วยข้อไหล่ติด โดยการรักษาแบบเดิมร่วมกับการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ได้
2. นำไปเป็นโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านสำหรับผู้ป่วยข้อไหล่ติด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มจำนวนอาสาสมัครในแต่ละกลุ่มให้มากกว่านี้ จะทำให้เห็นผลการศึกษาที่ชัดเจนขึ้น
2. ระยะเวลาในการศึกษา ควรศึกษาแบบระยะยาว เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของระดับอาการปวดและองค์การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ที่ชัดเจนขึ้น
3. ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีอาการปวดไหล่ เช่น ผู้ป่วยโรคเอ็นข้อไหล่อักเสบ เอ็นกล้ามเนื้อไหล่อักเสบจากการเสียดสี หรือผู้ป่วยที่มีอาการปวดคอ บ่า ไหล่ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- จุฑชัช ไทรทอง. (2561). ผลของการฝึกความมั่นคงและความพร้อมในการเคลื่อนไหวทางอ้อมที่มีต่อมุมในการเคลื่อนไหวและคะแนนความปวดในผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อไหล่ติด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จุไร รัฐวงษา, นิตยา วิริยะธารากิจ และศิริวรรณ มโนปัญญาศิริ. (2561). ความตรงของแบบสอบถาม Quick DASH ฉบับภาษาไทยในภาวะข้อไหล่ติด. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 42(1), 11-18.
- ธีรภัทร์ รักษาพล. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการออกกำลังกายเสริมความมั่นคงของข้อไหล่ร่วมกับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิม กับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิมในผู้ป่วยข้อไหล่ติดของโรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 18(3), 27-39.
- นิตยา วิริยะธารากิจ, กนกวรรณ วังยพงศ์สถาพร, สิริพิชญ์ เจริญสุขศิริ และสุจิตา วุฒิเมธา. (2564). ความสามารถของแขนในภาวะที่มีและไม่มีอาการปวดกล้ามเนื้อสะบัก. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 35(3), 148-156.
- ปิยภรณ์ รุ่งโสภาสกุล, เจริญ กระบวนรัตน์, และ ราตรี เรืองไทย. (2559). การเปรียบเทียบผลการฝึกด้วยยางยืดเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความอดทนที่มีต่อช่วงการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะข้อไหล่ติดแข็ง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา*, 14(2), 129-141.
- รุ่งทิพย์ พันธุ์เมธากุล, สุภาภรณ์ ผดุงกิจ, สาวิตรี วันเพ็ญ, จตุรัตน์ กันต์พิทยา, ธงชัย ประภูณวัฒน์, และมณฑิยา พันธุ์เมธากุล. (2564). ผลระยะสั้นของการออกกำลังกายแบบซักรอกต่อภาวะข้อไหล่ติดในผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารกายภาพบำบัด*, 33(3), 127-134.
- สายใจ นกหนู, มณีภรณ์ บกสวัสดิ์, และมุคคิส อาม๊ะ. (2561). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่ออาการปวดและองค์การเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่มีภาวะข้อไหล่ยึดติด. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 10(1), 88-98.
- สิริกมล นิลกำแหง. (2564). ผลของการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการฝึกด้วยแรงต้านที่มีต่อช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะข้อไหล่ติดแข็ง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุภาพร วรรณมณี และอรวรรณ ประศาสน์วุฒิ. (2562). ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายเสริมความมั่นคงของข้อไหล่ในผู้ป่วยงูหัวข้อไหล่ยึดติด. *วารสารกายภาพบำบัด*, 41(3), 112-128.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). การสำรวจจำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 21 โรค จากสถานบริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ทั่วประเทศ พ.ศ.2554 - 2563. <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx>
- Beaton, D. E., Wright, J. G., Katz, J. N., & Upper Extremity Collaborative Group (2005). Development of the QuickDASH: Comparison of three item-reduction approaches. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 87(5), 1038-1046. <https://doi.org/10.2106/JBJS.D.02060>

- Chard, M. D., Hazleman, R., Hazleman, B. L., King, R. H., & Reiss, B. B. (1991). Shoulder disorders in the elderly: A community survey. *Arthritis and rheumatism*, *34*(6), 766–769.
<https://doi.org/10.1002/art.1780340619>
- Clement, R. G., Ray, A. G., Davidson, C., Robinson, C. M., & Perks, F. J. (2013). Frozen shoulder: Long-term outcome following arthrographic distension. *Acta Orthopaedica Belgica*, *79*(4), 368–374.
- Lewis, J. (2015). Frozen shoulder contracture syndrome - Aetiology, diagnosis and management. *Manual Therapy*, *20*(1), 2–9. <https://doi.org/10.1016/j.math.2014.07.006>
- Park, C., Lee, S., Yi, C. W., & Lee, K. (2015). The effects of extracorporeal shock wave therapy on frozen shoulder patients' pain and functions. *Journal of Physical Therapy Science*, *27*(12), 3659–3661. <https://doi.org/10.1589/jpts.27.3659>
- Seffinger, M. A., Hruba, R. J., & Kuchera, W. A. (2015). *Evidence Base Manual Medicine: Philadelphia*. (2nd ed.). Elsevier.
- Yeole, L. U., Dighe, D. P., Gharote, M. D., Panse, S. R., & Shweta A. K. (2017). Effectiveness of movement with mobilization in adhesive capsulitis of shoulder: Randomized controlled trial. *Indian Journal of Medical Research and Pharmaceutical Sciences*, *4*(2), 1-8.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.266638>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

Factors related to self-care ability in stroke patients at Nong Phai Hospital, Phetchabun

นริศา อำนวยผล^{1*}, สาโรจน์ นาคจู² ถาวร มาตัน²

Narisa Amnuaiophon^{1*}, Saroj Nakju² Thavon Maton²

โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์^{1*}, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง²

Nong Phai Hospital, Phetchabun Province^{1*}, Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: mameaw_nurse57@hotmail.com

(Received: May 9, 2025; Revised: June 6, 2025; Accepted: June 22, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้ เจตคติ ปัจจัยส่วนบุคคล และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 123 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้ 3) แบบสอบถามเจตคติ และ 4) แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไคสแควร์ สถิติ Fisher' Exact Test และสถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 76.42 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48.78 และพบว่า สถานภาพ และการศึกษา มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.007$ และ $p < 0.001$) ตามลำดับ ความรู้ อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 14.30, S.D. = 4.85) เจตคติ อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.77, S.D. = 0.43) และความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.66, S.D. = 0.48) ความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.391$, $p < 0.001$ และ $r = 0.619$, $p < 0.001$)

ดังนั้น บุคลากรควรมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การส่งเสริมปัจจัยสำคัญในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่จะช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ความสามารถในการดูแลตนเอง, ปัจจัย

Abstract

This descriptive research aimed to examine self-care ability, knowledge, attitudes, and personal factors, as well as to identify the factors associated with self-care ability among patients with stroke. The sample consisted of 123 stroke patients selected through simple random sampling. Data were collected using a questionnaire comprising four parts: 1) personal information, 2) knowledge, 3) attitude, and 4) self-care ability. Data were analyzed using percentages, means, and standard deviations. Relationships between variables were examined using the Chi-square test, Fisher's Exact Test, and Pearson's correlation coefficient.

The findings revealed that most participants were married (76.42%) and had a primary school education (48.78%). Marital status and education level were significantly associated with self-care ability among stroke patients at Nong Phai Hospital, Phetchabun Province ($p = 0.007$ and $p < 0.001$, respectively). Knowledge was found to be at a low level (Mean = 14.30, SD = 4.85), attitude at a high level (Mean = 3.77, SD = 0.43), and self-care ability at a moderate level (Mean = 3.66, SD = 0.48). Both knowledge and attitude regarding stroke were significantly correlated with self-care ability ($r = 0.391$, $p < 0.001$ and $r = 0.619$, $p < 0.001$, respectively).

The study suggests that healthcare personnel should possess the necessary knowledge, competencies, and skills to support and promote key factors influencing self-care among stroke patients, thereby enhancing their ability to manage their health more effectively.

Keywords: stroke patients, self-care ability, factors

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เสียชีวิตจำนวน 6.5 ล้านคนต่อปี จากรายงานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ.2565 – 2567 มีจำนวนผู้เสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15,024, 15,682 และ 14,865 ตามลำดับ และพบอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ร้อยละ 4.41, 3.78 และ 3.46 ตามลำดับ (World Stroke Organization, 2025) จากรายงานข้อมูล เขตสุขภาพที่ 2 พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ปีพ.ศ.2566 – 2567 จำนวน 8,427 และ 8,773 รายตามลำดับ ในปีพ.ศ.2565 – 2567 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1,079, 973 และ 945 ตามลำดับ และพบอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันร้อยละ 6.19, 4.82 และ 3.85 ตามลำดับ และในปีพ.ศ. 2567 ในประเทศไทยนั้น พบผู้เสียชีวิตแล้ว 35,116 ราย เฉลี่ยวันละ 100 คน ซึ่งในกลุ่มอายุ 18 ถึง 39 ปีมีจำนวนผู้ป่วยที่ขยายตัวเพิ่มมากขึ้นที่สุด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ทั้งในด้านอัตราการเจ็บป่วย การเสียชีวิต และผลกระทบระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC Service, 2567)

จากรายงานข้อมูลจังหวัดเพชรบูรณ์ พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ปี 2566 – 2567 จำนวน 2,208 และ 2,332 รายตามลำดับ มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 282, 247 และ 249 คนตามลำดับ และพบอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันร้อยละ 6.29, 5.08 และ 3.76 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC Service, 2567) จากสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองไผ่ ในปีพ.ศ. 2565 - 2567 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 274 ราย 366 ราย และ 423 ราย ตามลำดับ มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 29, 32 และ 20 รายตามลำดับ และพบอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ร้อยละ 7.27, 12.90 และ 4.55 ตามลำดับ (เวชระเบียนโรงพยาบาลหนองไผ่, 2567)

เป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนก่อนป่วย (วิรารัตน์ นิลสวัสดิ์, 2565) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองไผ่ ปัญหาสำคัญที่พบ คือ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมาเป็นซ้ำ ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับจุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ (2561) ที่แสดงให้เห็นว่าแนวทางการดูแลที่คล้ายกันมีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ

ปัญหาหลายมิติ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านกาย จิตใจ และสังคม โดยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในชีวิตประจำวันมากที่สุดเท่าที่ทำได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการลงทุนที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากสามารถลดระยะเวลาการเข้ารักษาในโรงพยาบาล ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และลดความจำเป็นในการพึ่งพาการดูแลจากผู้อื่น การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ ลดภาระของผู้ดูแล และเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวม (องค์การอนามัยโลก, 2567) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพที่ดี เหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วย จากข้อมูลสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจ ที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม (KAP) ของชาร์ท (Schwartz, 1975) และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) มาเป็นกรอบแนวคิดเพื่อนำผลการศึกษามาส่งเสริมปัจจัยสำคัญในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม (KAP) ที่ได้กล่าวไว้ว่าทั้ง 3 ปัจจัยมีความสัมพันธ์กัน (ปรารธนา วัชรานุกรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย, 2560) สอดคล้องกับ สมศักดิ์ เทียมเก่า (2565) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรค เช่น ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (เพศ อายุ เชื้อชาติ) และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (ความดันโลหิต การสูบบุหรี่ รอบเอว การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์) ดังนั้นควรควบคุมปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เพื่อป้องกันการเกิดเป็นซ้ำ สอดคล้องกับ วรรณุช เทพาวินนาสุช (2565) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง เกือบร้อยละ 33.3 ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และคงไว้ซึ่งสุขภาพ สุขภาพ ความผาสุกในชีวิต การดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ผู้ดูแล สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การวินิจฉัยโรค โรคร่วม และประวัติการสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ เจตคติ และความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

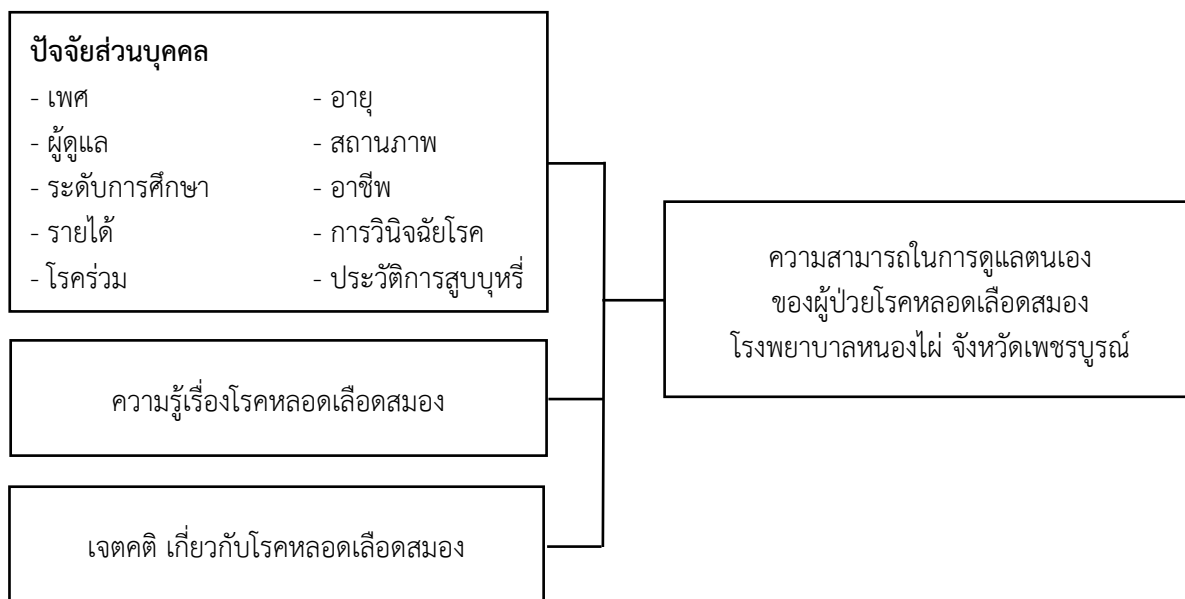
สมมุติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติ และความรู้ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดและทฤษฎีแบบจำลอง KAP model ของชาร์ท (Schwartz, 1975) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม ที่พบว่าความรู้และเจตคติ มีผลต่อการปฏิบัติและความรู้มีผลต่อเจตคติ ทำให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) มาปรับใช้ ซึ่งเป็นแนวคิดที่

สร้างขึ้นโดยมีจุดเน้นเรื่องการดูแลตนเองระดับบุคคล และความสามารถในการนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาล และใช้เป็นกรอบแนวคิดในวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน และแตก ที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 พฤษภาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน และแตก ที่เข้ารับการรักษา หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่เข้ารับการรักษา หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ในช่วงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 พฤษภาคม 2568

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชาย และหญิง
2. ไม่มีโรคร่วม และไม่มีโรคอื่นร่วมด้วย หรือมีภาวะแทรกซ้อน ที่ไม่รุนแรง
3. อายุ ระหว่าง 20-80 ปี
4. ระดับความรู้สึกตัวปกติ การรับรู้ดี และสภาพร่างกายพร้อมสำหรับการฟื้นฟู
5. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีคุณสมบัติดังนี้

1. มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง หรือปัญหาทางจิตเวช ที่รบกวนความสามารถในการตอบแบบสอบถาม เช่น โรคจิตเภท อัลไซเมอร์

2. มีความบกพร่องด้านการสื่อสารอย่างรุนแรง เช่น พูดไม่ได้ ฟังไม่เข้าใจ แม้จะมีล่ามหรือผู้ช่วย
3. มีโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย หรือโรคอื่นที่รบกวนการดูแลตนเอง เช่น โรคมะเร็งระยะสุดท้าย
4. ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบทุกข้อ

โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน จากสูตร เครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ 123 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้าง/พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ผู้ดูแล สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การวินิจฉัยโรค โรคร่วม และประวัติการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบ 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 จากนั้นนำคะแนนความรู้มารวมกัน และจัดระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) มีการแปลผลคะแนนดังนี้

ช่วงคะแนน 20 - 25 คะแนน	ได้คะแนนร้อยละ 80 -100	ระดับความรู้สูง
ช่วงคะแนน 16 - 19 คะแนน	ได้คะแนนร้อยละ 60-79	ระดับความรู้ปานกลาง
ช่วงคะแนน 0 - 15 คะแนน	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	ระดับความรู้ต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert scale) โดยมีเกณฑ์การแปลผลของเจตคติ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาแบบรายข้อตามเกณฑ์ (Best, 1997) ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00	หมายความว่า	มีเจตคติระดับสูง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67	หมายความว่า	มีเจตคติระดับปานกลาง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 -2.33	หมายความว่า	มีเจตคติระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert scale) โดยมีเกณฑ์การแปลผลของความสามารถในการดูแลตนเอง แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาแบบรายข้อตามเกณฑ์ (Best, 1997) ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00	หมายความว่า	มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับสูง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67	หมายความว่า	มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับปานกลาง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 -2.33	หมายความว่า	มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับต่ำ

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีการตรวจสอบหาค่าความเที่ยงตรงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ 1) อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง 2) นายแพทย์อายุรศาสตร์ และ 3) นายแพทย์ปฏิบัติการ โดยพิจารณาเนื้อหาความครอบคลุม เนื้อหาสาระที่ต้องการ และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข เพิ่มเติมให้มีความชัดเจนของเนื้อหา ความตรงของภาษาตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.98 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหล่มเก่าจังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงและพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้การหาค่าความเชื่อมั่น KR-20 ได้เท่ากับ 0.702 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ได้เท่ากับ 0.94 และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.766

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์จากโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

1. ผู้วิจัยได้แจ้งในที่ประชุมของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลของโรงพยาบาลหนองไผ่ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตดำเนินการศึกษา

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละราย ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำชี้แจงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น พร้อมทั้งชี้แจงว่าข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในหอผู้ป่วยใน ในช่วงบ่าย เวลาประมาณ 13.00 -16.00 น. ซึ่งเป็นช่วงหลังแพทย์ตรวจเสร็จ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุจึงทำให้เกิดข้อจำกัด และอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงขอความร่วมมือกับญาติผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่อ่านให้ผู้ป่วยฟัง และตอบคำถาม โรงพยาบาลหนองไผ่ อนุญาตให้ญาติเฝ้าได้ทุกเตียง จำกัดเตียงละ 1 คน

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถามพร้อมรับกลับด้วยตนเอง และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล นำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือน 1 กุมภาพันธ์ 2568 – 30 เมษายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ผู้ดูแล สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การวินิจฉัยโรค โรคร่วม และประวัติการสูบบุหรี่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

สถิติเชิงอนุมาน (Inference Statistics) ใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไคสแควร์ (Chi-Square) และสถิติ Fisher' Exact Test ผู้วิจัยได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และเจตคติ ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ทดสอบสมมติฐานโดย หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และเจตคติ ว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพร เขตอุดมศักดิ์ หนังสือรับรองเลขที่ 008/25678 รหัสโครงการวิจัย CPH-EC-006/2568 ลงวันที่ 21 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.28 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.54 ผู้ดูแลผู้ป่วยหลัก ส่วนใหญ่เป็น สามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 50.41 สถานภาพ ส่วนใหญ่ สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 76.42 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48.78 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 40.65 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 58.54 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ คิดเป็นร้อยละ 76.42 ส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 73.17 และส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 65.85 ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (n = 123)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	68	55.28
หญิง	55	44.72
อายุ		
น้อยกว่าเท่ากับ 50 ปี	41	33.33
51-70 ปี	72	58.54
71 ปีขึ้นไป	10	8.13
Mean = 58.10 ปี SD = 9.95 ปี Min = 34 ปี Max = 80 ปี		
ผู้ดูแล		
บุตร	35	28.45
สามี/ภรรยา	62	50.41
บิดา/มารดา	10	8.13
ญาติทางอ้อม	12	9.76
ไม่มีผู้ดูแล	4	3.25
สถานภาพ		
โสด	13	10.57
สมรส	94	76.42
หม้าย/หย่า/แยก	16	13.01
สถานภาพ		
โสด	13	10.57
สมรส	94	76.42
หม้าย/หย่า/แยก	16	13.01
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	27	21.95
ประถมศึกษา	60	48.78
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	8.94
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	15	12.20
อนุปริญญา/ปวส.	3	2.44
ปริญญาตรี	7	5.69
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	37	30.08
รับจ้าง	24	19.51
ค้าขาย	5	4.07
เกษตรกร	50	40.65
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	7	5.69
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (n=104)		
น้อยกว่า 10,000 บาท	41	33.33
ตั้งแต่ 10,001-20,000 บาท	72	58.54
มากกว่า 20,001 บาท ขึ้นไป	10	5.69
Mean = 6,852.88 บาท SD = 5,912.20 บาท Min= 600 บาท Max = 25,000 บาท		

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัย		
โรคหลอดเลือดสมองตีบ	94	76.42
โรคหลอดเลือดสมองตัน	5	4.07
โรคหลอดเลือดสมองแตก	24	19.51
โรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	13	10.57
มีโรคร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	110	89.43
HT	90	73.17
DM	53	43.09
DLP	48	39.02
Heart	9	7.32
โรคอื่นๆ	9	7.32
รวม (Percent of cases)	123	
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบ	37	30.08
ไม่สูบ	81	65.85
เคยสูบ แต่ปัจจุบันไม่สูบแล้ว	5	4.07

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัย พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 14.30, S.D.= 4.85) ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ในภาพรวม (n = 123)

ระดับความรู้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สูง (คะแนน 20-25 คะแนน)	9	7.3
ปานกลาง (คะแนน 16-19 คะแนน)	46	37.4
ต่ำ (คะแนน 0-15 คะแนน)	68	55.3
รวม	123	100.0

Mean = 14.30 S.D. = 4.85 Min = 0.00 Max = 22.00

ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.77, S.D. = 0.43) ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับเจตคติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ในภาพรวม (n = 123)

ระดับเจตคติ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00)	81	65.85
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67)	39	31.71
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)	3	2.44
รวม	123	100.0

Mean = 3.77 S.D. = 0.43 Min = 2.20 Max = 4.60

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.66, S.D. = 0.48) ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ในภาพรวม (n = 123)

ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00)	69	56.1
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67)	54	43.9
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)	0	0.00
รวม	123	100.0

Mean = 3.66 S.D. = 0.48 Min = 2.50 Max = 4.73

ส่วนที่ 5 ผลการทดสอบสมมติฐานหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัย พบว่าพบว่า สถานภาพ และการศึกษา มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.007$ และ $p < 0.001$) ตามลำดับ ส่วน เพศ ผู้ดูแลหลัก อาชีพ การวินิจฉัยโรค โรคร่วม และประวัติการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ผู้ดูแลผู้ป่วยหลัก สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ความรู้ และเจตคติ ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (n=123)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		χ^2	df	p-value
	ปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	สูง จำนวน(ร้อยละ)			
เพศ			1.322	1	0.250
ชาย	33(48.53)	35 (51.47)			
หญิง	21 (38.18)	34 (61.82)			
ผู้ดูแลหลัก			0.498	1	0.481
ญาติสายตรง	41(42.27)	56(57.73)			
ญาติทางอ้อม/ไม่มีผู้ดูแล	13(50.00)	13(50.00)			
สถานภาพ			7.199	1	0.007*
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	19(65.52)	10(34.48)			
สมรส	35(37.23)	59(62.77)			
การศึกษา			-	-	<0.001**
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า	44(38.94)	69(61.06)			
สูงกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6	10(100.00)	0(0.00)			

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		χ^2	df	p-value
	ปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	สูง จำนวน(ร้อยละ)			
อาชีพ					
รายได้คงที่	28(49.12)	29(50.88)	1.175	1	0.278
รายได้ไม่คงที่	26(39.39)	40(60.61)			
การวินิจฉัย					
โรคหลอดเลือดสมองตีบ	39(41.49)	55(58.51)	0.943	1	0.332
โรคหลอดเลือดสมองตัน/แตก	15(51.72)	14(48.28)			
โรคร่วม					
ไม่มีโรคร่วม	6(46.15)	7(53.85)	0.030	1	0.863
มีโรคร่วม	48(43.63)	62(56.36)			
ประวัติการสูบบุหรี่					
สูบ	21(56.76)	16(43.24)	3.350	1	0.060
ไม่สูบ/เคยสูบ แต่ปัจจุบันเลิกสูบ	33(38.37)	53(61.63)			

*p < 0.05, ** Fisher's Exact Test

ส่วนที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัย พบว่าความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.391$, p-value < 0.001 และ $r = 0.619$, p-value < 0.001) ตามลำดับ ส่วน อายุ และรายได้ ไม่มี ความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เจตคติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (n = 123)

ตัวแปร	ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	0.040	0.664	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้	-0.009	0.917	ไม่มีความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	0.391	< 0.001*	ปานกลาง
เจตคติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	0.619	< 0.001*	สูง

*p < 0.05

อภิปรายผล

1. สถานภาพ มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.42 มีคู่สมรสคอยช่วยเหลือเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน เพื่อการมีสุขภาพที่ดีแต่ขณะเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสหย่า/แยก และโสด อาจได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ จากบุคคลในครอบครัว ช่วยให้มีการส่งเสริมสนับสนุนให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อการมีสุขภาพที่ดี

สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของบุษราคม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน (2562) ที่พบว่า สถานภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48.78 การศึกษาสูงมักมีความสามารถในการอ่าน ทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (health literacy) ได้ดีขึ้น เช่น เข้าใจวิธีการใช้ยา การควบคุมความดันโลหิต อาหารที่เหมาะสม ฯลฯ สามารถช่วยเสริมสร้างทักษะการคิดวิเคราะห์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น เช่น การเลือกวิธีฟื้นฟู การไปพบแพทย์ตามนัด ทำให้เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูและมีแรงจูงใจในการกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติได้มากกว่า เช่น เข้าร่วมกายภาพบำบัด ออกกำลังกาย หรือฝึกทักษะการเคลื่อนไหว ดังนั้นระดับการศึกษาจึงมีผลต่อ “ความสามารถในการเข้าใจ คิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ และปฏิบัติ” ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลตนเองหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al., (2025) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองตามแนวคิด Empowerment และ Trans-theoretical Model กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีการตอบสนองต่อโปรแกรมได้ดีกว่า กลุ่มที่มีการศึกษาน้อยต้องได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ต่อเนื่อง

3. ความรู้ จากการศึกษ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.619, p < 0.001$) เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($M = 14.30, S.D. = 4.85$) โดยพบว่า ความรู้ที่กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ไม่ทราบ คือ ความรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มี การศึกษาระดับประถมศึกษา และมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้สูงอายุซึ่งระดับการศึกษา และวัยสูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคในการเรียนรู้ และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการเรียนรู้ที่ลดลงจากความเสี่ยงของร่างกายและจิตใจ และการประมวลผลข้อมูลความจำระยะสั้นของผู้สูงอายุจะลดลงตามวัย ประกอบกับช่วงวัยผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพน้อยลง ได้รับข้อมูลเพียงช่องทางเดียว โดยส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแล ทำให้การได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคไม่ครบถ้วนและต่อเนื่อง สอดคล้องการศึกษาของ ปิยะนุช จิตตานุรักษ์ (2563) ผลการศึกษาพบว่า ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

4. เจตคติ จากการศึกษ พบว่าเจตคติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ($r = 0.619, p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของสวรรณศรียา รักษาชล (2567) ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงระดับปานกลาง ร้อยละ 47.26 รองลงมา มีพฤติกรรมเสี่ยงระดับสูง ร้อยละ 27.86 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุ โรคประจำตัวประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพและความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนั้น ควรเน้นการสร้างตระหนักรู้ และปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุมาก มีโรคประจำตัว อื่น ๆ ร่วมด้วย และผู้ที่มีครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา ก่อน เพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดอัตราป่วยและ อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการการพยาบาล

ด้านการพยาบาล ควรมีการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเพื่อสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ประชาชนทั่วไป และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในและนอกโรงพยาบาล ด้วยการใช้สื่อต่างๆ อาทิเช่น โทรทัศน์ แผ่นพับ หอกระจายข่าวในชุมชน หรือสื่อโซเชียลต่างๆ โดยการใช้สื่อที่มีขนาดใหญ่ ใช้ภาษาต่างๆ มีสีสันชัดเจนในการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยบุคลากรทางการแพทย์ ต้องมีความรู้ ซึ่งการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนทั่วไป และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนากิจกรรมการป้องกัน และฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการเสริมพลังให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันและฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงประชาชนทั่วไป เพื่อเป็นการกระตุ้น ให้ประชาชนได้รับความรู้และมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเพิ่มโอกาสประชาชนเข้าถึงการรักษา ซึ่งการเข้าถึงการรักษาสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้เกิดความพิการได้ และนอกจากนั้นสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะรายได้นำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยเพื่อประเมินผู้ป่วยแต่ละรายแบบองค์รวม ปรับแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ความสามารถในการเคลื่อนไหว และสภาพจิตใจ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ส่งเสริมความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง พัฒนาสื่อและกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น โปรแกรมฟื้นฟูในชุมชน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับระดับการศึกษาของผู้ป่วย

2. ด้านระบบบริการสุขภาพ

ด้านระบบบริการสุขภาพ ควรมีการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินหรือระบบรถพยาบาลฉุกเฉินให้ทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่และมีความสะดวกในการติดต่อเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึง ระบบบริการทั้งในเขตชุมชนเมืองและชุมชนชนบทในต่างจังหวัด และควรมีการประชาสัมพันธ์ชักชวนให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการเป็นระยะ โดยผ่านสื่อวิทยุ โทรทัศน์ หอกระจายข่าวในชุมชน หรือสื่อโซเชียลต่างๆ เพื่อทราบถึงข้อมูลที่ต้องแจ้งเมื่อเรียกใช้ระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น เวลาที่พบผู้ป่วยมีอาการปกติ ครั้งสุดท้าย โรคประจำตัว และยาที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นประจำอยู่ เป็นต้น และพัฒนาสนับสนุนระบบเครือข่ายผู้ดูแล สร้างเครือข่ายผู้ดูแลในระดับครอบครัวและชุมชน ส่งเสริมให้มี Caregiver Support Group หรือระบบติดตามผลผู้ป่วยหลังกลับบ้าน การจัดระบบบริการสุขภาพที่เข้าถึงง่าย พัฒนาคลินิกฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปฐมภูมิ มีระบบเยี่ยมบ้าน และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านการวิจัย

ด้านการวิจัย เพื่อใช้ข้อมูลและผลการวิจัยเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้รับการรักษาที่รวดเร็วมีการใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่ออย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้เกิดความพิการได้ รวมถึงนำงานวิจัยนำไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถนำไปต่อยอดในการพัฒนาโปรแกรมประยุกต์เพื่อใช้ในการติดตามหรือการดูแลต่อเนื่องได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายกลุ่มตัวอย่าง ควรเพิ่มจำนวนและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมหลายพื้นที่ เช่น ในเมืองและชนบท เพื่อให้ผลวิจัยสามารถนำไปใช้ได้กว้างขึ้น ศึกษากลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ตามลำพัง หรือผู้ที่มีโรคร่วมหลายโรค

2. ศึกษาตามระยะเวลา (longitudinal study) แนะนำให้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังเกิดโรค เพื่อดูพัฒนาการและผลของการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วย การรับรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ความผูกพันในครอบครัว

4. ใช้วิธีวิจัยแบบผสม (mixed methods) ควรใช้ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเข้าใจประสบการณ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล จะช่วยให้เห็นภาพรวมของปัญหาและแนวทางพัฒนาได้อย่างลึกซึ้ง

5. ควรมีการศึกษา การพัฒนารูปแบบแผนการจำหน่าย หรือการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาและทดลองใช้โปรแกรม/แนวทางส่งเสริมการดูแลตนเอง เช่น สร้างโปรแกรมฝึกทักษะการดูแลตนเอง แล้ววัดผลก่อนและหลัง อาจร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ กายภาพบำบัด จิตวิทยา พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดูแลตนเอง ช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และคงไว้ซึ่งสุขภาพ สุขภาพ ความผาสุกในชีวิต การดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป เน้นบริบทวัฒนธรรมและสังคมศึกษาความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อออกแบบแนวทางดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ. (2561). ผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*, 17(1), 6-15.
- บุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน. (2562) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 19(1), 122-134.
- ปรารธนา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลีบกลาย. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดจังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 217-233
- ปิยะนุช จิตตบุญท์. (2563). ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(2), 13-25.
- วิรัตน์ นิลสวัสดิ์. (2565). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถการใช้ชีวิตประจำวันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และ ความสามารถการจัดการตนเองของผู้ดูแล. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการ สาธารณสุข*, 2(3), 57-70.
- วรรณุช เทพาวัฒนาสุข. (2565). ความชุกของปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ของการฟื้นฟูระดับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17. *วารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 6(11), 95-104.
- เวชระเบียนโรงพยาบาลหนองไผ่. (2567). สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองไผ่. เวชระเบียนโรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์
- สวรรคยา รักษาชล, อิบติซาน เจ๊ะอุบง, และขจรศักดิ์ ไชยนาพงศ์. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองสงขลา. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 7(1), 105-116.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2565). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง ประเทศไทย. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*, 39(2), 39-46.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC Service. (2567). *ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. สืบค้นจาก <https://hdc.moph.go.th/acr/public/kpi/1/2024>.
- องค์การอนามัยโลก. (2567). *การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)*. สืบค้นจาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

- Best, J. W. (1997). *Research in Education*. 3rd ed. Prentice Hall Inc.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. Mc Graw-Hill Book Company.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). "Determining sample size for research activities". *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. Mc.Graw - Hill Book.
- Schwartz, N. E. (1975). Nutritional knowledge, attitude, and practices of high school. *Journal of the American Dietetic Association*, 66(1), 28-31.
- Wang, J., Sun, L., & Xu, T. (2025). *Effectiveness of an empowerment-based transtheoretical model intervention on self-care in stroke patients: A randomized controlled trial*. *Scientific Reports*, 15(1), 2966. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-02966-0>.
- World Stroke Organization. (2025). *Global Stroke Fact Sheet 2025*. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11786524/>

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

The development of nursing system for patients with multiple trauma in Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

วินัส กุลธำรง¹, อัสนี วันชัย*², พรรณี ชูศรี¹,วิมล โทเพษฐ์¹, สุภาพร ชานูวัต¹, พงษ์เกษม พีระพันธ์¹Venus Kulthamrong¹, Ausanee Wanchai*², Phannee Choosri¹,Wimol Thophed¹, Supaporn Chanuwat¹, Pongkasem Peerapu¹โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก¹; วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก²Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok ¹; Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Faculty of Nursing,Praboromarajchanok Insittute²

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding) e-mail: ausanee@bcnb.ac.th

(Received: July 7, 2025; Revised: July 20, 2025; Accepted: July 23, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาระบบการพยาบาลฯ 3) ทดลองใช้ระบบการพยาบาลฯ และ 4) ประเมินผลระบบการพยาบาลฯ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ 29 คน 2) ผู้ป่วย 84 คน กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 42 คน เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ ระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม 3) ระบบการพยาบาลฯ 4) แบบประเมินสำหรับพยาบาล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ การปฏิบัติการพยาบาล ประเมินสมรรถนะและความพึงพอใจ 5) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย 6) แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบ ปัญหาระบบการพยาบาล 3 ด้านคือ 1) อัตรากำลัง 2) กระบวนการดูแล และ 3) ระบบสนับสนุน นำไปสู่การพัฒนา “SSO System” ได้แก่ 1) กระบวนการบริหารอัตรากำลัง 2) การจัดบริการพยาบาลฯ และ 3) กระบวนการติดตามปรับปรุงผลลัพธ์ หลังพัฒนาระบบฯ คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สมรรถนะโดยรวมของพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้ระบบฯ และมีระดับความพึงพอใจต่อระบบในระดับมาก และพบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินความรุนแรงและคัดกรองแยกประเภทภายใน 10 วินาที มีการประเมินและแก้ไขภาวะช็อกภายใน 4 นาที และการจัดการความปวดภายใน 60 วินาทีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ: “SSO System” ช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและปลอดภัย จึงควรส่งเสริมให้นำระบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ

คำสำคัญ: ระบบการพยาบาล, ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ, การพัฒนาระบบ, สมรรถนะพยาบาล, การประเมินผลลัพธ์

Abstract

This research and development study aimed to develop a nursing care system for patients with multiple trauma. The study was conducted in four phases: 1) situation analysis, 2) system development, 3) implementation of the nursing care system, and 4) system evaluation. The sample consisted of two groups: 1) 29 registered nurses and 2) 84 patients, with 42 patients in both the control and intervention groups. The research instrument was the development of a nursing system for patients with multiple trauma. Data collection tools included: 1) personal data record forms,

2) focus group interview guidelines, 3) the nursing care system, 4) nurse assessment tools— knowledge test, nursing practice evaluation, competency assessment, and satisfaction questionnaire, 5) patient satisfaction questionnaire, and 6) patient outcome record forms. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square test, and paired t-test.

The results revealed three key issues in the nursing care system: 1) staffing, 2) care processes, and 3) support systems. These issues led to the development of the “SSO System,” which includes 1) staffing management processes, 2) nursing service organization, and 3) outcome monitoring and improvement processes. After implementing the system, nurses’ mean scores for knowledge and practice significantly increased ($p < .001$). Their overall competency improved compared to before the system implementation, and they reported a high level of satisfaction with the system. Additionally, patients were assessed and triaged within 10 seconds, shock was evaluated and managed within 4 minutes, and pain management was provided within 60 seconds — all of which showed statistically significant improvement ($p < .001$).

Recommendation: The “SSO System” has been shown to systematically and safely enhance the quality of patient care. It is therefore recommended that this system be promoted and implemented in other healthcare settings.

Keywords: nursing system, patients with multiple trauma, system development, nursing competency, outcome evaluation

บทนำ

การบาดเจ็บหลายระบบ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นในหลายประเทศทั่วโลก โดยเกิดจากการบาดเจ็บที่กระทบต่ออวัยวะ 2 ระบบขึ้นไป ซึ่งมักมีสาเหตุจากอุบัติเหตุรุนแรง เช่น การหกล้มและอุบัติเหตุทางถนน (Muoki et al., 2020) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) ปี 2023 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกว่า 1.19 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทยการบาดเจ็บหลายระบบเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสองของประเทศ สูงที่สุดในภูมิภาคอาเซียนและติดอันดับที่ 9 ของโลก โดยมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 60 รายต่อวัน ในปีพ.ศ.2565 และ 2566 มีผู้เสียชีวิตรวม 17,379 และ 17,498 รายตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร สำนักแผนความปลอดภัย, 2567)

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ A ขนาด 1,068 เตียง มีสถิติการบริการผู้ป่วยในช่วงปีพ.ศ.2565 -2567 มีจำนวน 51,206 61,214 และ 69,439 ราย เป็นผู้บาดเจ็บบาดเจ็บ จำนวน 11,381 13,149 และ 14,382 ราย โดยเป็นผู้บาดเจ็บบาดเจ็บหลายระบบ จำนวน 390, 456 และ 529 ราย ตามลำดับ แสดงให้เห็นแนวโน้มของผู้ป่วยเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นทุกปี นอกจากนี้จากรายงานยังพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก มีจำนวน 202, 106 และ 259 ราย ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บหลายระบบ ร้อยละ 19.6, 12.1 และ 19.6 ตามลำดับ โดยเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 17.10 ซึ่งไม่สอดคล้องกับเกณฑ์ของเขตบริการสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ต้องไม่เกินร้อยละ 12 และพบว่าอัตราการเกิดภาวะช็อก ร้อยละ 40, 45 และ 42 ตามลำดับ ภาวะทรุดลงขณะเคลื่อนย้าย ร้อยละ 48, 39 และ 33 ตามลำดับ ในส่วนของการประเมิน และการจัดการความปวด พบว่ามีการประเมินไม่สม่ำเสมอ ในระยะแรกรับ (โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, 2567)

เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บหลายระบบ คือการรักษาชีวิตของผู้ป่วยให้ปลอดภัย ได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุด (Kodadek, 2024) การที่จะทำให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายดังกล่าวต้องอาศัยกระบวนการและระบบการทำงานที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในทุกขั้นตอนของการรักษาเริ่มจากการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การมอบหมายงานที่ชัดเจน และการจัดระบบสื่อสารที่มี

ประสิทธิภาพ รวมถึงการพัฒนาระบบการทำงานร่วมกันภายในทีมพยาบาลให้มีทิศทางเดียวกัน (รักรุ่ง ด้านภักดี, รัชมี ชาลีวรรณ และนภาพร คำพิทักษ์, 2567; ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561) อย่างไรก็ตามการบาดเจ็บหลายระบบยังคงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตคือ การเสียชีวิตอย่างรุนแรง การอุดกั้นทางเดินหายใจ และการบาดเจ็บของสมอง (Planas, Waseem, & Sigmon, 2025) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (รักรุ่ง ด้านภักดี, รัชมี ชาลีวรรณ และนภาพร คำพิทักษ์, 2567) เนื่องจากการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่อาจยังไม่เพียงพอ การจัดการแนวปฏิบัติการพยาบาลและการสื่อสารระหว่างทีมดูแลที่อาจยังไม่ชัดเจน รวมทั้งข้อมูลที่ถูกส่งต่ออาจยังไม่ครบถ้วน ส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ (พิทยา งามหอม, 2566)

ระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ต่อเนื่องและจำเพาะ มีการส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสภาพ หรือส่งต่อเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องในแผนกผู้ป่วยใน (Spring, 2024) เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยชีวิตที่รวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัย รวมถึงลดความไม่สุขสบายของผู้ป่วย (Lucena-Amaro, & Zolfaghari, 2022) อย่างไรก็ตามระบบการพยาบาลในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดหลายด้าน โดยเฉพาะเรื่องอัตรากำลังและความสามารถของทีมพยาบาล ที่อาจไม่ครอบคลุมเพียงพอ การจัดการทีมและมอบหมายงานยังขาดความชัดเจน ส่งผลให้แนวทางการปฏิบัติแตกต่างกันไปตามบุคลากร นอกจากนี้ บริการด้านการพยาบาลบางส่วนยังไม่ชัดเจน เช่น การประเมินสภาพผู้ป่วยในระยะแรกเริ่ม การเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่อง การดูแลครอบครัวที่เผชิญภาวะวิกฤติทางอารมณ์ รวมถึงการให้การพยาบาลผู้ที่มีภาวะสูญเสียและเศร้าโศก ถึงแม้จะมีการศึกษารูปแบบและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ แต่ยังไม่เน้นการพัฒนาระบบที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาระบบพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ให้มีความชัดเจนและนำไปใช้ในการปฏิบัติงานพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของนิวแมน (Hannoodie & Dhamoon, 2023) ซึ่งมุ่งเน้นการมองผู้ป่วยในมุมมององค์รวม ที่ประกอบด้วยปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อสมดุลของระบบ บุคลากรและปรับใช้ร่วมกับแนวทาง ATLS Guideline (American College of Surgeons, 2018) ในการออกแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และวัดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดเชิงระบบของ คอร์ดสโตน (Stone, C. (2019) เพื่อเป็นกรอบในการพัฒนากลไกการดูแลผู้ป่วยที่เป็นองค์รวม (Process) ผลผลิต (Output) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าจะได้ระบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้ป่วยในทุกมิติ

วัตถุประสงค์วิจัย

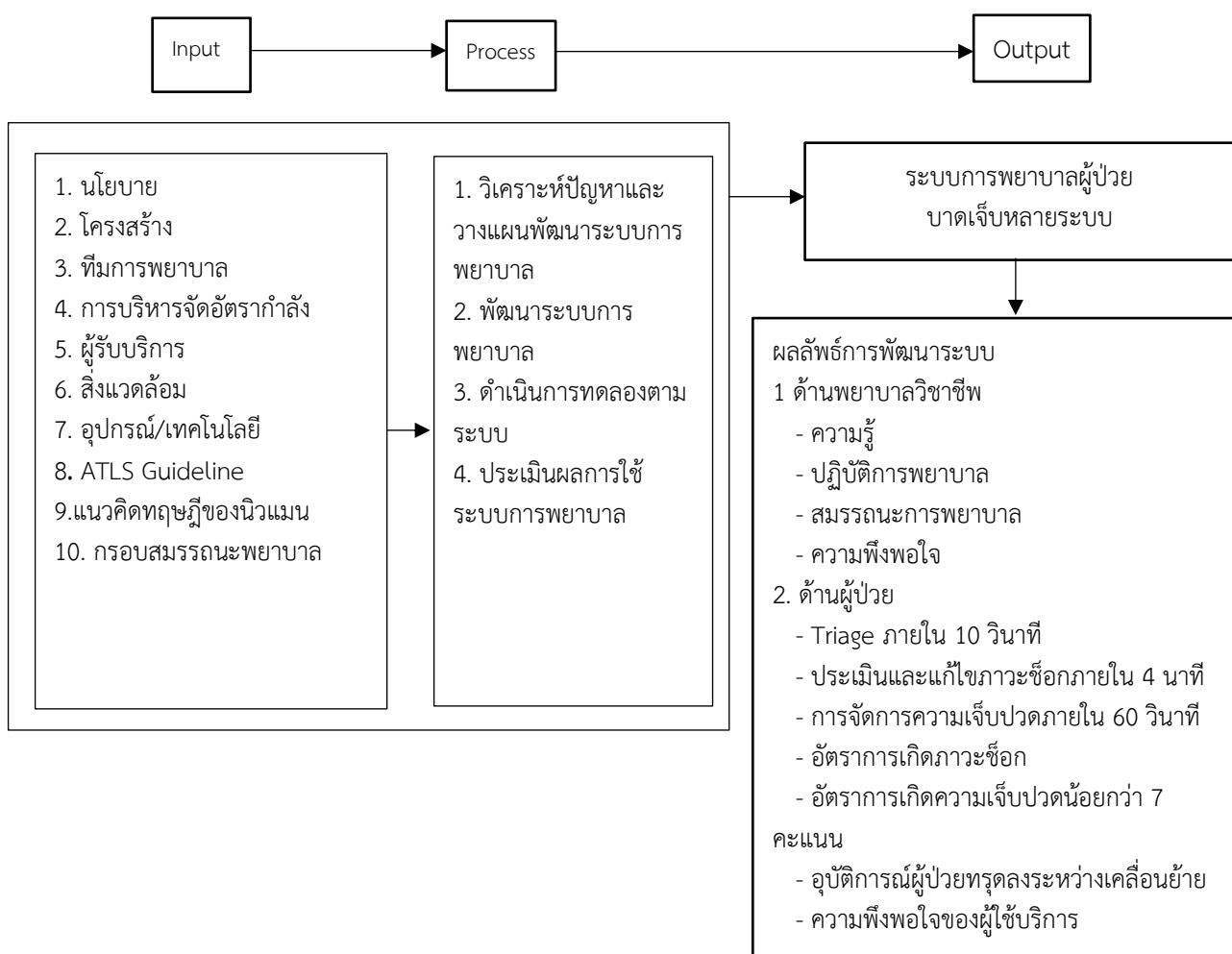
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
2. เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

สมมติฐาน

1. หลังพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบฯ พยาบาลมีคะแนนความรู้ การปฏิบัติ และสมรรถนะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. พยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในระดับมากขึ้นไป
3. หลังพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบฯ ผู้ป่วยได้รับการประเมินความรุนแรงและการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย การประเมินและแก้ไขภาวะช็อก การจัดการความปวดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
4. หลังพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ อัตราการเกิดภาวะช็อก อุบัติการณ์การทรุดระหว่างการเคลื่อนย้ายและระดับความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ
5. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในระดับมากขึ้นไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดเชิงระบบของ คอร์ดสโตน (Stone, C. (2019) เพื่อเป็นกรอบในการพัฒนา กลไกการดูแลผู้ป่วยที่เป็นองค์รวม (Process) ผลผลิต (Output) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีของนิวมาน (Hannoodee & Dhamoon, 2023) ที่มองผู้ป่วยแบบองค์รวมที่มีปัจจัยนำเข้าที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อ สมดุลของระบบเช่น นโยบาย โครงสร้างและทีมการพยาบาล และบูรณาการร่วมกับแนวทาง ATLS Guideline (American College of Surgeons, 2018) ในการออกแบบระบบการดำเนินงานการดูแลผู้บาดเจ็บหลายระบบที่ ประกอบด้วยขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา 4 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนพัฒนาระบบการพยาบาล 2) พัฒนาระบบการพยาบาล 3) ดำเนินการทดลองตามระบบ และ 4) ประเมินผลการใช้ระบบการพยาบาลโดยวัด ผลลัพธ์การพัฒนาระบบ 2 ฝ่าย คือ 1) ด้านพยาบาล ได้แก่ ความรู้ ปฏิบัติการพยาบาล สมรรถนะการพยาบาล และ ความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น กับ 2) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินความรุนแรงและคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย ภายใน 10 วินาที ประเมินและแก้ไขภาวะช็อกภายใน 4 นาที การจัดการความเจ็บปวด ภายใน 60 วินาที อัตราการ เกิดภาวะช็อก อัตราการเกิดความเจ็บปวด น้อยกว่า 7 คะแนน อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงระหว่างเคลื่อนย้าย และความ พึงพอใจของผู้รับบริการ ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ดังนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาระบบการพยาบาล 3) ทดลองใช้ระบบการพยาบาล และ 4) การประเมินผลลัพธ์ของระบบการพยาบาล ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Research1: R1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร พยาบาลวิชาชีพทั้งระดับผู้บริหารและปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ปี พ.ศ. 2568 จำนวน 34 คน

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพทั้งระดับผู้บริหารและปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 11 คน พยาบาลจบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 18 คน รวมทั้งหมด 29 คน เกณฑ์การคัดเลือก 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน และมีประสบการณ์ในปฏิบัติงานมากกว่า 3 ปี 2) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยปฏิบัติงานเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป 3) รับรู้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และ 4) มีความพร้อมและยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัยเกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 2) ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดกระบวนการวิจัย และ 3) ขอลถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และ 2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ความต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 ท่าน และอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิจัยและพัฒนา 1 ท่าน ได้เท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์ โดยทบทวนวรรณกรรมและจัดประชุมสนทนากลุ่ม นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา และสร้างข้อสรุปให้ได้สภาพปัจจุบันปัญหา ความต้องการพัฒนาระบบการพยาบาล เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16-20 มกราคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เชิงเนื้อหา จากนั้นนำมาจัดเป็นหมวดหมู่และนำเสนอในรูปแบบของกรรบาย

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ผู้วิจัยนำข้อมูลในระยะที่ 1 ร่วมการทบทวนวรรณกรรม การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบของนิวมาน (Hannoodde & Dhamoon, 2023) ร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาล ATLS Guideline (American College of Surgeons, 2018) มาออกแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิจัยและพัฒนา 1 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา CVI= 1.0 ก่อนนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 ทดลองใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ปี พ.ศ. 2568 จำนวน 34 คน

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า ที่กำหนด คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปีขึ้นไปและยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินและไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดกระบวนการวิจัย

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คนแล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงระบบก่อนที่จะนำไปใช้จริงในขั้นต่อไป เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16-28 กุมภาพันธ์ 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล จากปัญหา อุปสรรคของการใช้รูปแบบเพื่อนำมาปรับปรุงอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 34 คนและ 2) ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของอวัยวะร่วมกันตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไปเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกในปี พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. พยาบาลวิชาชีพ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน และมีประสบการณ์ในปฏิบัติงานมากกว่า 3 ปี

2) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยปฏิบัติงานเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป

3) รับรู้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

4) มีความพร้อมและยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ทั้งสองกลุ่ม คือ

1) มีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

2) ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดกระบวนการวิจัย

3) ขอดอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยรวมจำนวนขนาดตัวอย่าง 29 คน

2. ผู้ป่วย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family ทดสอบสมมติฐานสองทาง (two tails) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง = 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อน = 0.05 และค่า Power = 0.90 ได้กลุ่มตัวอย่าง 68 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังสูตร $n = \frac{68}{(1-.1)^2} = 83.95$ ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 42 รายและกลุ่มทดลองจำนวน 42 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ ระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบของโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เรียกว่า “SSO System” ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) Staff management บริหารอัตรากำลังพยาบาล การมอบหมายงาน รวมถึงการจัดการ สร้างสภาพแวดล้อม 2) Service management การจัดบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ 3) Outcomes management กระบวนการติดตาม วิเคราะห์ และปรับปรุงผลลัพธ์ของการดำเนินงานของระบบการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปรนัย จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

2. แบบประเมินปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีระบบพยาบาลของนิวแมน (Hannood & Dhamoon, 2023) ผสานกับ ATLS Guideline (American College of Surgeons, 2018) จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ

มากที่สุด	คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00
มาก	คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49
ปานกลาง	คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49
น้อย	คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49
น้อยมาก	คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49

3. แบบประเมินสมรรถนะพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาจากสมรรถนะทางการพยาบาลของ Benner (1984) ผสานกับกรอบสมรรถนะของพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บในห้องฉุกเฉินของ Baik et al. (2024) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 30 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ ระดับ 1 Novice หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานได้น้อยกว่าร้อยละ 20 ระดับ 2 Advanced Beginner หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ซับซ้อนภายใต้การนิเทศได้ ร้อยละ 21-40 ระดับ 3 competent หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อนได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 41-60 ระดับ 4 Proficient หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อนได้และสามารถสอนผู้อื่นได้ ร้อยละ 61-80 ระดับ 5 Expert หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อนและใช้แหล่งหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยได้ มากกว่าร้อยละ 80

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 5 ระดับ

มากที่สุด	คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00
มาก	คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49
ปานกลาง	คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49
น้อย	คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49
น้อยมาก	คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49

5. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของผู้ป่วย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ

มากที่สุด	คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00
มาก	คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49
ปานกลาง	คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49
น้อย	คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49
น้อยมาก	คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49

6. แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ประกอบด้วยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ได้แก่ การได้รับประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บและการคัดแยกประเภท ได้รับการแก้ปัญหาวิกฤตฉุกเฉินและปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหา ได้รับการช่วยเหลือบรรเทาอาการรบกวนและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ประกอบด้วยอัตราของผู้ป่วยได้รับการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บและการคัดกรองแยกประเภทภายใน 10 วินาที อัตราของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินและแก้ไขภาวะช็อกภายใน 4 นาที อัตราผู้ป่วยได้รับการประเมินและการจัดการความปวดภายใน 60 วินาที อัตราการเกิดภาวะช็อก อัตราผู้ป่วยการเกิดความปวดน้อยกว่า 7 คะแนน อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงระหว่างเคลื่อนย้าย และอัตราความพึงพอใจการได้รับปฏิบัติการพยาบาล

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 คน และอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิจัยและพัฒนา 1 คน ตรวจสอบความถูกต้อง ความสอดคล้อง ความเหมาะสมของเนื้อหาสำนวนภาษาและความชัดเจนของเนื้อหา ความครอบคลุมวัตถุประสงค์ และความสอดคล้องกับนิยามศัพท์เพื่อให้ข้อเสนอแนะ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินสมรรถนะพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของผู้รับบริการ 0.87, 0.95, 0.87, 0.90 และ 0.99 ตามลำดับ สำหรับค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ โดยใช้ KR-20 ได้เท่ากับ 0.8 และแบบประเมินสมรรถนะฯ และแบบสอบถามความพึงพอใจนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 ,0.90 และ 0.90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ไปใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 29 คน ระหว่าง มีนาคม - มิถุนายน 2568 และประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ อัตราของผู้ป่วยได้รับการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บและการคัดกรองแยกประเภทภายใน 10 วินาที อัตราของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินและแก้ไขภาวะช็อกภายใน 4 นาที อัตราผู้ป่วยได้รับการประเมินและการจัดการความปวดภายใน 60 วินาที อัตราการเกิดภาวะช็อกอัตราผู้ป่วยการเกิดความปวดน้อยกว่า 7 คะแนน อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงระหว่างเคลื่อนย้าย และอัตราความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติพยาบาล ระดับสมรรถนะ ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบด้วยสถิติ Paired-t test
2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ การได้รับการประเมินความรุนแรงและการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย การประเมินและแก้ไขภาวะช็อก การจัดการความปวด อัตราการเกิดภาวะช็อก อัตราผู้ป่วยการเกิดความปวดน้อยกว่า 7 คะแนน และอุบัติการณ์การทรุดระหว่างการเคลื่อนย้าย ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบฯ ด้วยสถิติ Chi-square test
3. วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่พัฒนาขึ้นของพยาบาลวิชาชีพ และวิเคราะห์ความความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของผู้ป่วย ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตามหนังสืออนุมัติ เลขที่ 005/2568 ลงวันที่ 16 มกราคม 2568 และผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัย โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูล เป็นความลับและทำลายข้อมูลภายใน 1 ปีหลังจากมีการตีพิมพ์เผยแพร่ การนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม และสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรับการรักษาพยาบาล

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
พบประเด็นปัญหาในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก คือ ระบบการพยาบาลที่ยังไม่ชัดเจนและเหมาะสม ได้แก่ 1) ด้านอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอและการมอบหมายงาน 2) ด้านการดำเนินงานกระบวนการในการดูแลมีระบบการจัดบริการพยาบาลที่ และ 3) ด้านระบบสนับสนุนสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล ส่วนความต้องการการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ มี ดังนี้ 1) ควรมีการจัดการอัตรากำลังให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบแต่ละประเภทผู้ป่วย 2) จัดทำแนวทางการมอบหมายงาน โดยกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบให้มีความชัดเจนครอบคลุมตลอด 24 ชั่วโมง ตามประเภทของผู้ป่วย 3) จัดกิจกรรมเสริมความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่การปฐมพยาบาลแรกรับและให้มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการทุกปี 4) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบขึ้น 5) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบให้เหมาะสมครอบคลุมองค์รวม และ 6) จัดสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ให้มีความเหมาะสม
2. ระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
ผู้วิจัยพัฒนาระบบฯ โดยนำข้อมูลในระยะที่ 1 ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดระบบพยาบาลของนิวมานและแนวปฏิบัติการพยาบาล ATLS Guideline มาออกแบบเขียนเป็นขั้นตอนในการนำไปปฏิบัติเป็น “ระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก” หรือที่เรียกว่า “SSO System” ดังนี้
2.1 S: Staff management หมายถึง กระบวนการบริหารอัตรากำลังด้านบุคลากรทางการพยาบาล การมอบหมายงาน รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อม เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติพยาบาลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นโดยมีแนวทาง 4 ด้านเรียกว่า “MSCT” ได้แก่ 1) M :Manpower การบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยการวิเคราะห์งานของพยาบาล และทบทวนบทบาทพยาบาลทั้งในส่วนของ Nursing Tasks และ Non-Nursing Tasks เพื่อมอบหมายงานและกำหนดบทบาทที่เหมาะสมของบุคลากรในแต่ละส่วน และช่วยลดภาระงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับหน้าที่หลักของพยาบาล 2) S: Staff Mix ปรับอัตรากำลังพยาบาลแบบผสมผสาน เช่น การใช้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในระดับต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับลักษณะของงานและความซับซ้อนของผู้ป่วย

โดยจัดอัตรากำลังพยาบาลต่อเตียงผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบตามประเภทผู้ป่วย โดยสัดส่วนพยาบาล: ผู้ป่วย ประเภท 1 = 1-2 : 1 ,ประเภท 2 = 1 : 1 3) C: Competency พัฒนาศมรรถนะพยาบาลโดยใช้แนวทางของ Baik, Yi, Han, & Kim ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ การสอนสาธิตการปฏิบัติการพยาบาล การเรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง การร่วมฝึกปฏิบัติการพยาบาล และ 4) T: Team Nursing โดยการจัดทีมพยาบาลเจ้าของมาใช้ เพื่อเกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงการมอบหมายงาน การจัดการสิ่งแวดล้อม โดยใช้แนวคิด Cell Concept เพื่อให้มีการเข้าถึงบริการเป็นไปอย่างง่าย สะดวกรวดเร็ว

2.2 S: Service management คือการจัดบริการพยาบาลในการดูแลผู้บาดเจ็บหลายระบบ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของนิวแมน ร่วมกับATLS Guideline ในการออกแนวปฏิบัติบริการพยาบาลการดูแลผู้บาดเจ็บหลายระบบประกอบด้วย5 แนวทาง คือ 1) Rapid Assessment Protocols กระบวนการตอบสนองอย่างรวดเร็วของพยาบาลในการประเมินสภาพผู้ป่วยและคัดแยกผู้ป่วยซึ่งเน้นการตอบสนองและช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว ได้แก่ กระบวนการประเมินทั่วไป การค้นหาภาวะคุกคามชีวิต ใช้หลัก ABCD (A: Airway and C-spine control, B: Breathing and Ventilation ,C: Circulation ,D: Disability และ E: Exposure and Environmental Control และส่งผู้ป่วยเข้าพื้นที่การรักษา 2) Resuscitation เป็นกระบวนการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตตามหลักการ ATLS ที่ครอบคลุม 6 กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การประเมินซ้ำ การจัดการทางเดินหายใจพร้อมตรึงกระดูกคอ การประเมินและช่วยเหลือระบบการหายใจ การควบคุมการสูญเสียเลือดและให้สารน้ำทดแทน การประเมินระบบประสาท และการเปิดร่างกายเพื่อตรวจหาบาดแผล พร้อมรักษาอุณหภูมิร่างกาย 3) Monitoring คือการดูแลให้ระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตของผู้ป่วยคงที่ เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะล้มเหลวของอวัยวะ 4) Move & Transfer คือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานอย่างปลอดภัย โดยใช้หลัก P-SAFE ซึ่งมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วนและเป็นระบบผ่าน ISBAR การตรวจสอบความพร้อมของหน่วยงานปลายทาง และการเตรียมแผนรองรับความเสี่ยงระหว่างเคลื่อนย้าย และ 5) Loss & Grief คือกระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียทางอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดจากการพลัดพรากหรือสูญเสียสิ่งสำคัญ

2.3 O: Outcomes management หมายถึง กระบวนการติดตาม วิเคราะห์ และปรับปรุงผลลัพธ์ของการดำเนินงานของระบบการพยาบาล

3. ผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก

3.1 ผลลัพธ์ด้านพยาบาล

ตาราง 1 ผลลัพธ์ด้านพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (n=29)

ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล	ก่อนใช้ระบบ (n = 29)			หลังใช้ระบบ (n =29)			Paired -t test	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
1. ความรู้	13.82	1.25	ปานกลาง	18.37	.90	มาก	-13.43	.000
2. การปฏิบัติการพยาบาล	3.31	0.14	ปานกลาง	4.24	.13	มาก	-23.70	.000
3. สมรรถนะพยาบาล	14.93	1.67	3	19.95	1.12	4	-13.90	.000
4. ความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการพยาบาล				4.45	.02	มาก		

จากตาราง 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้ระบบการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนการใช้ระบบการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <.000) และมีสมรรถนะหลังใช้ระบบการพยาบาลฯ อยู่ในระดับ 4 สามารถปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อน และสามารถสอนผู้อื่นได้ ในทุกด้านมากกว่าก่อนการใช้ระบบการพยาบาลฯ มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลฯ อยู่ในระดับมาก

3.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

ตาราง 2 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยก่อนและหลังใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ผลลัพธ์	ก่อนใช้ระบบ (n = 42)		หลังใช้ระบบ (n = 42)		Chi square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1.ได้รับการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บและการคัดกรองแยกประเภทภายใน 10 วินาที	18	42.9	35	83.3	14.77	0.000
2.ได้รับการประเมินและแก้ไขภาวะช็อกภายใน 4 นาที	13	31	38	90.5	31.19	0.000
3.ได้รับการประเมินและการจัดการความปวดภายใน 60 วินาที	12	28.6	40	95.2	39.57	0.000
4.อัตราผู้ป่วยการเกิดความปวดน้อยกว่า 7 คะแนน	20	47.6	17	40.5	.435	0.51
5.อัตราการเกิดภาวะช็อก	16	38.1	14	33.33	.207	0.65
6.อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงระหว่างเคลื่อนย้าย	13	31	11	26.2	0.233	0.63

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการได้รับการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บและการคัดกรองแยกประเภทภายใน 10 วินาที การประเมินและแก้ไขภาวะช็อกภายใน 4 นาที การประเมินและการจัดการความปวดภายใน 60 วินาที มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) อัตราผู้ป่วยการเกิดความปวดน้อยกว่า 7 คะแนน อัตราการเกิดภาวะช็อกและ อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงระหว่างเคลื่อนย้ายระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของผู้ป่วย

ผลลัพธ์	Mean	S.D.	ระดับ
ความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของผู้รับบริการ	4.5	.139	มาก

จากตาราง 3 พบว่าความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของผู้ป่วยหลังพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ พบว่า ปัญหาหลักคือ อัตราการล้มพยาบาลที่ไม่เพียงพอ โดยจากการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 โดยกลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.4 และกลุ่มที่มีประสบการณ์สูง อายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 31 ปัญหาการขาดแคลนกำลังคน อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยรวม นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่ามีพยาบาลเพียงร้อยละ 62 สอดคล้องกับการศึกษาของดเรนนันและคณะ (Drennan et al., 2024) ที่พบว่า หากมีอัตรากำลังคนน้อยย่อมส่งผลทำให้ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยนานขึ้น ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ และพบว่า แนวปฏิบัติพยาบาลที่ใช้อยู่ยังไม่ครอบคลุมเช่น การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ การคัดกรองแยกประเภท การประเมินและแก้ไขภาวะช็อก การจัดการความปวด ตลอดจนการดูแลด้านจิตสังคมสำหรับครอบครัว ผู้ป่วยที่เผชิญกับภาวะวิกฤตหรือความสูญเสีย สอดคล้องกับแนวคิดของคิงส์เวลล์และคณะ (Kingswell, Calleja, & Sahay, 2025) ที่ระบุว่า การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นระบบจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

2. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ พบว่าประกอบด้วยปัจจัย 3 องค์ประกอบเป็น “SSO System” ได้แก่ 1) Staff management 2) Service management 3) Outcomes management โดยระบบการพยาบาลนี้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดระบบพยาบาลของนิวมานร่วมกับ ATLS Guideline โดยแนวคิดทฤษฎีระบบของนิวมานมองผู้ป่วยเป็นระบบแบบองค์รวม เน้นความสำคัญของการป้องกัน 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิ การป้องกันระดับทุติยภูมิ และการป้องกันระดับตติยภูมิ แนวคิดนี้ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Hannoodee & Dhamoon, 2023) เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบย่อยของ “SSO System” จะพบว่าการบริหารจัดการอัตราส่วนของผู้ให้บริการกับผู้ป่วย การพัฒนาสมรรถนะในการทำงานในแผนกฉุกเฉิน และรวมทั้งการมอบหมายงานที่เหมาะสม (Kashani & Saberinia, 2019) การวิเคราะห์ภาระงาน และทบทวนบทบาทพยาบาล จะช่วยการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพผู้ป่วยปลอดภัยเพิ่มขึ้น (ธีรพร สติธองกูร และคณะ (2562) สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวรส จันทมาศและคณะ (2565) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคามนครศรีธรรมราช พบว่า การมอบหมายงานที่ชัดเจนทำให้พยาบาล เข้าใจขั้นตอน และรับผิดชอบ ในบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น อีกประการหนึ่ง คือแผนกฉุกเฉินมีสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความกดดันสูง เนื่องจากความไม่แน่นอนของจำนวนและความรุนแรงของผู้ป่วย ความเร่งด่วนและความหลากหลายของปัญหา ดังนั้นหากบุคลากรได้รับการพัฒนาให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ย่อมส่งผลให้รู้สึกคลายความเครียด และไม่กดดันมากเกินไป (Jachmann et al., 2025) ในส่วนของการนำขั้นตอนการช่วยชีวิตขั้นสูงมาใช้ในการประเมินผู้บาดเจ็บและจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทำให้การทำงานของบุคลากรมีความคล่องตัวมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของราตจิวและคณะ (Radjou, Sevel, & Singh, 2024) ที่พบว่าการนำขั้นตอนการช่วยชีวิตขั้นสูง มาใช้การประเมินผู้บาดเจ็บและจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้บาดเจ็บหลายระบบเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม หากมีการประเมินผู้ป่วยที่เหมาะสม เผื่อระวังอย่างต่อเนื่อง และให้บริการที่รวดเร็ว พร้อมด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นทิศทางเดียวกัน การจัดอัตรากำลังและมอบหมายงานที่ชัดเจน ครอบคลุม รวมถึงการสื่อสารที่ดีและเป็นทิศทางเดียวกันระหว่างทีมดูแลจะทำให้สามารถส่งต่อข้อมูลได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และครบถ้วน จะส่งผลให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพในทีมสหวิชาชีพ (Heydari, Mohamadirizi, & Nasr-Esfahani, 2021) ในการจัดการผลลัพธ์ (Outcomes management) นั้นถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้บริหารต้องมีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ประเด็นปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนากระบวนการทำงานอย่างสม่ำเสมอ

3. ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ด้านพยาบาลวิชาชีพพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้ระบบการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้ระบบการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .000$) และพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะโดยรวมของพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้ระบบฯ สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อ 1 และมีระดับความพึงพอใจต่อระบบในระดับมาก สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ “SSO System” ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นมีผลให้พยาบาลมีความชัดเจนในบทบาทของตนเอง มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินทำได้อย่างรวดเร็ว และจัดลำดับความสำคัญตามความเร่งด่วนและความรุนแรงของผู้ป่วยซึ่งช่วยเสริมสร้างทักษะการพยาบาลฉุกเฉิน (Baik, Yi, Han, & Kim, 2024) ซึ่งถือเป็นสมรรถนะสำคัญของพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลวิจัยของ พัทยา งามหอม (2566) ได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง ที่ประกอบด้วยแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล การจัดการกระบวนการดูแล และการจัดการความรู้ ผลการพัฒนาแบบนี้ทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติการพยาบาล และระดับสมรรถนะของพยาบาลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการใช้รูปแบบ นอกจากนี้ยังส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในระดับความพึงพอใจมาก เนื่องจากระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความรุนแรงและการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย การประเมินและแก้ไขภาวะช็อก การจัดการความปวดเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับผลการวิจัยของวัชชริภรณ์ รัตสราร, ญัฐกานต์ บุญก่อ, ปิติวดี กิ่งมณี (2565) ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย

บาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่า ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบระดับมาก

4. ผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บและการคัดกรองแยกประเภทภายใน 10 วินาที การประเมินและแก้ไขภาวะช็อกภายใน 4 นาทีการประเมินและการจัดการความปวดภายใน 60 วินาที เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .000$) อธิบายได้ว่าการจัดระบบพยาบาลมีความพร้อมและความรวดเร็วในการให้บริการที่มีผลต่อการลดอัตราการเสียชีวิตในระยะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการวิเคราะห์ลักษณะผู้ป่วย พบว่าร้อยละ 73 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 52 ปี โดยมีสาเหตุหลักของการบาดเจ็บมาจากอุบัติเหตุจราจรถึงร้อยละ 85 ลักษณะการบาดเจ็บส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบ Blunt trauma และอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บร่วมกันมากที่สุดคือทรวงอกและระบบอื่นๆ ร้อยละ 38 สอดคล้องกับหลักฐานทางคลินิกที่ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บมากกว่า 2 ระบบขึ้นไป มีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิต เช่น การอดกั้นทางเดินหายใจ การเสียเลือดอย่างรุนแรง และภาวะล้มเหลวของระบบประสาทเฉียบพลัน ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษา (สกุลวรรณ อร่ามเมือง, 2566) สำหรับอัตราผู้ป่วยการเกิดความปวดน้อยกว่า 7 คะแนน อัตราการเกิดภาวะช็อกและอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงระหว่างเคลื่อนย้ายระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่า การพัฒนาระบบการพยาบาลอาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการทำงาน แต่ไม่ก่อให้เกิดความแตกต่างชัดเจนต่อผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการช็อกหรือการทรุดลงที่มีแนวโน้มต่ำอยู่ก่อนแล้ว ทั้งนี้ปัจจัยด้านลักษณะของผู้ป่วยและความรุนแรงของอาการ ผู้ป่วยมีความหลากหลาย และภาวะร่วมที่แตกต่างกัน เช่น ภาวะตกเลือด การบาดเจ็บต่ออวัยวะสำคัญ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่ออาการปวด การเกิดภาวะช็อก และความเสี่ยงในการทรุดลง (Gunst & Ghaemmaghami, 2025) ดังนั้นแม้จะมีการพัฒนาระบบแต่ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเองยังคงเป็นตัวกำหนดสำคัญต่อผลลัพธ์เหล่านี้ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของผู้รับบริการพบว่าอยู่ในระดับมาก ซึ่งสะท้อนถึงการพัฒนาระบบการพยาบาลที่มีความชัดเจนและเหมาะสม ส่งผลให้เกิดแนวทางการปฏิบัติพยาบาลที่ผู้รับบริการสามารถรับรู้ได้ เพราะมีแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน การคัดกรอง จำแนกประเภทผู้บาดเจ็บและให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว และมีความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวัชชีภรณ์ รัตสร, ณัฐกานต์ บุญโก่ง, ปิติวดี กิ่งมณี (2565) ที่พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบระดับมากเช่นเดียวกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถขับเคลื่อนการนำระบบการพยาบาลฯไปใช้เป็นกรอบนโยบาย และพัฒนาต่อยอดสู่การจัดตั้งศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
2. หน่วยงานสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ เพื่อเป็นต้นแบบขยายผลไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มโรคที่มีความซับซ้อนและต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสูง

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากปัญหาการขาดแคลนอัตราากำลังการพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย จึงควรมีการศึกษาเรื่องการประเมินภาระงานจริงของพยาบาลเปรียบเทียบกับกรอบอัตรากำลังเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

- ชาติชาย คล้ายสุบรรณ. (2561). ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้บาดเจ็บต่อ ผลการรักษาผู้บาดเจ็บรุนแรงของ เครื่องช่วย จังหวัดปราจีนบุรี. *บูรพาเวชสาร*, 5(1), 28-35.
- ธีรพร สติธองกูร, กนกพร แจ่มสมบุรณ์, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, ศิริมา ลีละวงศ์, และหทัยรัตน์ บุญแก้ว. (2562). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย: กรณีศึกษาจังหวัด ราชบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(6), 1130-1142.
- พัทยา งามหอม. (2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโยธธ. *โยธธเวชสาร*, 25(2), 17-34.
- รักรุ่ง ต่านภักดี, รัชมี ชาลีวรรณ และนภาพร คำพิทักษ์. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลชัยภูมิ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 39(2), 327-337.
- โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. (2567). *รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยประจำปี 2565-2567*. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.
- วัชชีภรณ์ รัตสาร, ณัฐกานต์ บุญโคง, ปิติวดี กิ่งมณี. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 37(3), 707-718.
- สกุลวรรณ อร่ามเมือง. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 10(2), 110-115.
- เสาวรส จันทมาศ, กัญญา ปุกคำ, สุมาลี พลจรัส, และประณีต ส่งวัฒนา. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บหลายระบบในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 42(3), 25-39.
- สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร สำนักแผนความปลอดภัย. (2567). *รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2566*.
https://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/2568-02/25022025-Report_RoadAccident-2566.pdf
- American College of Surgeons. (2018). *Advanced Trauma Life Support*. (10th ed). American College of Surgeons.
- Baik, D., Yi, N., Han, O., & Kim, Y. (2024). Trauma nursing competency in the emergency department: A concept analysis. *BMJ Open*, 14(6), e079259. <https://bmjopen.bmj.com/content/14/6/e079259>
- Drennan, J., Murphy, A., McCarthy, V. J. C., Ball, J., Duffield, C., Crouch, R., Kelly, G., Loughane, C., Murphy, A., Hegarty, J., Brady, N., Scott, A., & Griffiths, P. (2024). The association between nurse staffing and quality of care in emergency departments: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 153, 104706. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104706>
- Gunst, M. & Ghaemmaghami, V. (2025). Initial evaluation and management of trauma in adults. <https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-trauma-in-adults>
- Hannoodee, S., & Dhamoon, A. S. (2023). *Nursing Neuman Systems Model*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560658/>
- Heydari, F., Mohamadirizi, S., & Nasr-Esfahani, M. (2019). The Effects of multidisciplinary education for nurses and physicians on the management of patients with multiple trauma. *Nursing and Midwifery Studies*, 8(4), 189-194. https://doi.org/10.4103/nms.nms_26_18
- Jachmann, A., Loser, A., Mettler, A., Exadaktylos, A., Müller, M., & Klingberg, K. (2025). Burnout, depression, and stress in emergency department nurses and physicians and the impact on

- private and work life: A systematic review. *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*, 6(2), 100046. <https://doi.org/10.1016/j.acepjo.2025.100046>.
- Kingswell, C. J., Calleja, P., & Sahay, A. (2025). The impact of emergency triage practices on patient safety: A scoping review protocol. *Journal of Emergency Nursing*, 51(3), 498–503. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2024.12.002>
- Kodadek, L.M. (2024). Goals of care for the critically injured trauma patient. *Current Trauma Reports*, 10, 1–8. <https://doi.org/10.1007/s40719-023-00265-5>
- Lucena-Amaro, S., Zolfaghari, P. (2022). Trauma nursing 1: An overview of major trauma and the care pathway. *Nursing Times*, 118(11), 1-4.
- Muoki, M. V., Odok, C., Simiyu, D., Ogenya, R., Hamza, Y. S., Mwenje, S., & Mayuba, M. (2020). Road traffic accidents as a cause of multiple injuries at a major teaching and referral hospital in a low- and middle-income country. *Traffic Injury Prevention*, 21(suppl. 1), S186. <https://doi.org/10.1080/15389588.2020.1829930>
- Planas, J. H., Waseem, M, Sigmon, D. F. (2025). *Trauma Primary Survey*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430800/>
- Radjou, A. N., Sevel, S., & Singh, V. (2024). Impact of the advanced trauma life support on trauma outcomes. *Journal of Current Research in Scientific Medicine*, 10(2), 145-147. https://doi.org/10.4103/jcrsm.jcrsm_110_24
- Spring, S. (2024). *Guide for Therapists: A Three-Phase Approach to Trauma Treatment*. <https://www.carolynspring.com/wp-content/uploads/2023/11/the-three-phase-treatment-approach.pdf>
- Stone, C. (2019). *Examining the Input, Process, Output Model of Team Effectiveness (IPOMTE), leadership styles, and relational coordination as contributors to a profile of team effectiveness* (Doctoral dissertation, St. John Fisher College). Fisher Digital Publications. https://fisherpub.sjf.edu/education_etd/400
- World Health Organization. (2023). *Road traffic injuries*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>.

การพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน Quality Improvement of Incident Reporting, Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit, Lamphun Hospital

จุฑามาศ คำพฤกษ์¹, กุลวดี อภิชาติบุตร^{2*}, อรอนงค์ วิชัยคำ²

Jutamas Kamphruek¹, Kulwadee Abhichattibutra^{2*}, Oranong Wichaikhum²

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทางการพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹,
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²

Graduate Student of Master of Nursing Science (Nursing Administration), Faculty of Nursing, Chiang Mai University¹,
Faculty of Nursing, Chiang Mai University²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author) e-mail: akulawadee@gmail.com

(Received: April 1, 2025; Revised: May 19, 2025; Accepted: July, 17, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพัฒนานี้มุ่งพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โปกัสพีดีซีเอ ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูนจำนวน 21 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ 1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม 2) คู่มือการรายงานอุบัติการณ์ 3) แบบบันทึกเวลาการรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมของเนื้อหา และการจัดลำดับคำถาม และ 4) แบบตรวจสอบการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกซึ่งมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และ 5) แบบสังเกตการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาซึ่งมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และมีค่าความสอดคล้องของการสังเกตเท่ากับ .94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กสามารถปฏิบัติตามการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกได้ถูกต้อง ครบถ้วน อยู่ระหว่างร้อยละ 91.34 - 100 สามารถรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาได้ถูกต้อง ครบถ้วนอยู่ระหว่างร้อยละ 85.78-100 สามารถรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกในระยะเวลาที่กำหนดอยู่ระหว่างร้อยละ 97.27 - 100 และสามารถรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาในระยะเวลาที่กำหนดอยู่ระหว่างร้อยละ 85.71 - 100

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องช่วยส่งเสริมให้เกิดการรายงานอุบัติการณ์ที่มีประสิทธิภาพ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้โดยการกำหนดนโยบายที่สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ที่มีคุณภาพ จัดอบรมเกี่ยวกับแนวทางการรายงานอุบัติการณ์แก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับทั่วทั้งโรงพยาบาล นิเทศกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ และพัฒนาการบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ที่มีการรายงานอุบัติการณ์

คำสำคัญ: การรายงานอุบัติการณ์, การพัฒนาคุณภาพ, หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก

Abstract

This developmental study aimed to improve the quality of incident reporting in the Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit at Lamphun Hospital using the continuous quality improvement process based on the PDCA (Plan-Do-Check-Act) cycle. The study population consisted of 21 healthcare personnel working in the unit. The instruments used in this study included: 1) a set of focus group discussion questions; 2) an incident reporting manual; 3) a time log form for reporting incidents, which had been validated for clarity, content appropriateness, and question sequencing;

4) an incident reporting checklist, with a content validity index (CVI) of 1.0; and 5) an observation form for verbal incident reporting, with a CVI of 1.0 and an inter-rater reliability of .94. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that staff in the Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit could accurately and completely report incidents in written form, with a completion rate ranging from 91.34% to 100%. Verbal reporting accuracy ranged from 85.78% to 100%. Timeliness of written incident reporting was between 97.27% and 100%, while verbal reporting within the specified time ranged from 85.71% to 100%.

Continuous quality improvement was found to promote effective incident reporting. Nurse administrators are encouraged to apply the findings by implementing policies that support high-quality incident reporting, conducting training on reporting procedures for all levels of nursing personnel throughout the hospital, supervising adherence to the reporting guidelines, and developing nursing services aimed at preventing reportable incidents.

Keywords: Incident reporting, Quality improvement, Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ถือเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุข และมีผลกระทบต่อวงการสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลกมีการส่งเสริมเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ค.ศ.2002 และประเทศไทยมีการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยสู่การปฏิบัติกับสถานพยาบาลทั่วประเทศผ่านโครงการพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (2P Safety Hospital) และกำหนดมาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยเป็นหนึ่งในเกณฑ์รับรองคุณภาพสถานพยาบาล การขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ต้องคำนึงถึงข้อผิดพลาดหรือความเสี่ยงที่อาจทำให้การดำเนินงานขององค์กรไม่บรรลุตามเป้าหมาย และเนื่องจากระบบบริการสุขภาพเป็นระบบบริการที่มีความซับซ้อน ส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาและการให้บริการทางการแพทย์ (Umberfield et al., 2019) ส่งผลให้ระยะเวลาการรักษาหรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรือเกิดความพิการหรือเสียชีวิตตามมา (Wang et al., 2019) ซึ่งอุบัติการณ์ (incident) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดเป็นเหตุทำให้เกิดเหตุการณ์เกือบเกิดอุบัติเหตุ (near miss) หรืออุบัติเหตุ (accident) (ศูนย์ความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2561) การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ป้องกันไม่ให้เกิดความสูญเสีย กำจัดความเสี่ยงเพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น โดยการพัฒนาและหากกลยุทธ์ในการปฏิบัติ เพื่อจัดการกับสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ เป็นการลดทั้งจำนวนและความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นที่จะส่งผลถึงความเสียหายต่อผู้รับบริการ บุคลากร ระบบปฏิบัติงานและองค์กร (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2564) รวมทั้งสร้างความตื่นตัวแก่ผู้เกี่ยวข้อง และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2565) ซึ่งในกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่ประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาและระบุความเสี่ยง 2) การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง 3) การจัดการความเสี่ยง และ 4) การติดตามและประเมินผลนั้น การค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เป็นการค้นหาปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเสี่ยง เป็นการทบทวนโอกาสที่จะเกิดปัญหา และหากกลยุทธ์ที่จะจัดการกับปัญหาหรืออุบัติการณ์ความเสี่ยงเหล่านั้น ซึ่งการค้นหาความเสี่ยงสามารถปฏิบัติได้โดย 1) การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต 2) เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น และ 3) การเรียนรู้ระหว่างการทำงานไปข้างหน้า โดยการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่ใช้มากที่สุดในการเรียนรู้ระหว่างการทำงานไปข้างหน้า (Christine, 2025)

การรายงานอุบัติการณ์ (incident report) หมายถึง การรายงานเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับการดำเนินงานตามปกติของหน่วยงานบริการสุขภาพหรือการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาที่ผิดพลาดที่อาจเกิดความ

เสียหายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ทรัพย์สินของบุคคล เช่น การบาดเจ็บจากเข็ม การทกล้ม หรือการใช้ยาผิดพลาด ด้วยการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรและด้วยวาจา (Lama & Khanal, 2021) ซึ่งการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ครบถ้วน ถูกต้องภายในเวลาที่เหมาะสม จะส่งผลให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายในการจัดการ และเกิดความปลอดภัยของผู้รับบริการ (อนวัณณ์ ศุภชติกุล, 2564) การรายงานอุบัติการณ์ช่วยลดความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (National Patient Safety Agency, 2004) และช่วยให้เกิดการป้องกันเชิงรุก รวมถึงการปรับปรุงกระบวนการทำงานก่อนที่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จะส่งผลกระทบต่อองค์กร นอกจากนี้ยังช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน (Pham et al., 2013) รวมถึงประหยัดเวลาและทรัพยากรขององค์กร ลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น และสนับสนุนการปรับปรุงระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2552) จากประโยชน์ของการรายงานอุบัติการณ์ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร และสนับสนุนให้มีระบบการรายงานอุบัติการณ์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาในเชิงระบบเพื่อความปลอดภัยในระบบสาธารณสุข และกระตุ้นให้โรงพยาบาลในสังกัดนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561)

อย่างไรก็ตามยังพบอุปสรรคในการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกและการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา ได้แก่ 1) ด้านบุคคล คือ ขาดความตระหนัก กลัวความผิดพลาด ขาดความรู้ (Arruum & Novieastar, 2020) การขาดความเข้าใจของพยาบาลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Hwang et al., 2012) 2) ด้านนโยบายและวัฒนธรรมองค์กร คือ การนำนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติไม่ทั่วถึง นโยบายในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงไม่ชัดเจน (จิระกุล ต้นวัฒนากุล, 2555) ไม่มีระบบการนิเทศติดตามของผู้บังคับบัญชา นโยบายที่เกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงของโรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุมถึงความปลอดภัยทางใจ (กณิกนันต์ ศรีทอง และคณะ, 2566) การมีวัฒนธรรมของการตำหนิตัวคนเดียวขององค์กร ขาดผู้นำในการรับผิดชอบและสนับสนุน (Terzibanjan et al., 2007) 3) ด้านทรัพยากร คือ การสนับสนุนทรัพยากรที่ใช้รายงาน และการบูรณาการการรายงานอุบัติการณ์กับการบริหาร ความเสี่ยงด้านอื่น ๆ รวมถึงแรงจูงใจเกี่ยวกับค่าตอบแทน และการมีทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ (Kodate & Dodds, 2008) 4) ด้านกระบวนการ คือ ระบบการรายงาน แบบฟอร์มต่าง ๆ ไม่ชัดเจน ไม่มีคู่มือหรือการออกแบบระบบการ รายงานที่ไม่ชัดเจน ไม่ได้นำผลลัพธ์มาแก้ไขและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Pfeiffer et al., 2010) และ 5) ด้านผลลัพธ์ คือ ไม่สามารถนำข้อมูลที่เก็บได้มาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างครอบคลุม (Tansirisittikul et al., 2012)

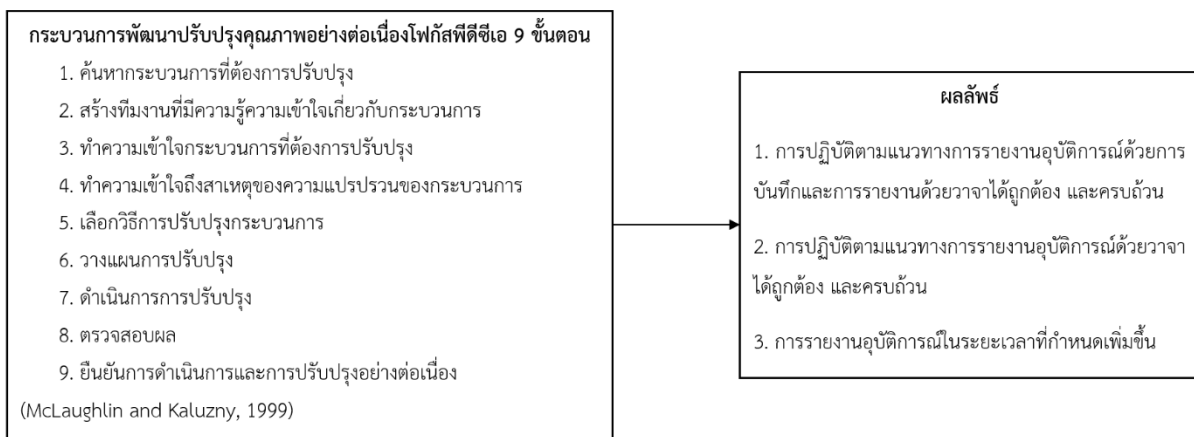
หออผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน ให้บริการรักษาพยาบาลทารกแรกเกิดและเด็กทาง อายุรกรรมจนถึงอายุ 15 ปี และทารกแรกเกิดและเด็กทางศัลยกรรมจนถึงอายุ 8 ปี ที่น้ำหนักน้อยกว่า 25 กิโลกรัมที่อยู่ในภาวะวิกฤตจำเป็นต้องดูแลพิเศษและหรือต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษในการดูแลรักษา ยกเว้นทารกแรกเกิดและเด็กที่มีอาการซับซ้อนต้องการแพทย์เฉพาะทางในการรักษา เช่น ทารกแรกเกิดโรคหัวใจชนิดเขียว โรคต่อมไทรอยด์ที่ต้องการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ซับซ้อน โรคมะเร็ง หออผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กมีการดำเนินการตามนโยบายของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ และการส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงานขึ้น ได้แก่ การรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาด และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลาดหรือ near miss โดยไม่ต้องหวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ (งานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน, 2566) โดยมีการกำหนดเกณฑ์ในการรายงานอุบัติการณ์ โดยกำหนดให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรายงานอุบัติการณ์ทั้งความเสี่ยงด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปอย่างน้อยคนละ 1 เรื่องต่อเดือน (งานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน, 2565) ซึ่งจากการทบทวนสถิติการรายงานอุบัติการณ์ในหออผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กพบว่ายังไม่มีรายงานอุบัติการณ์ตามเป้าหมายและมีแนวโน้มการรายงานอุบัติการณ์ลดลง รวมถึงมีการรายงานอุบัติการณ์น้อยกว่าอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริง มีการรายงานช้ากว่าระยะเวลาที่กำหนด การพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ของหออผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ เกิดการรายงานอุบัติการณ์ที่ถูกต้อง ครบถ้วน ในระยะเวลาที่กำหนดและเกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน ใช้แนวคิดกระบวนการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องไฟกัสทีดีซีเอ ซึ่งประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 2) สร้างทีมงานที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ 3) ทำความเข้าใจกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 4) ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ 5) เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6) วางแผนการปรับปรุง 7) ดำเนินการการปรับปรุง 8) ตรวจสอบผล 9) ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (McLaughlin & Kaluzny, 1999) เพื่อให้เกิดคุณภาพที่ดีขึ้น คือการบันทึกและการรายงานด้วยวาจาต่อหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน มีความถูกต้อง ครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 และจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกและการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาในระยะเวลาที่กำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ 80



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) เพื่อพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องไฟกัสทีดีซีเอ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในประชากรทั้งหมด ซึ่งประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน 21 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. ทีมพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และผู้ศึกษา 1 คน รวมจำนวน 3 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)
 - 1.1 ผู้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน มากกว่า 10 ปี
 - 1.2 เป็นคณะกรรมการความเสี่ยงขององค์กรพยาบาลและของหน่วยงานไม่น้อยกว่า 3 ปี
 - 1.3 มีประสบการณ์การทำงานด้านคุณภาพหรือเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กไม่น้อยกว่า 3 ปี

2. ทีมปฏิบัติการ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 15 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน รวมจำนวน 19 คน

เกณฑ์การถอดถอน (Withdrawal criteria)

1. ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน
2. ไม่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมจนครบระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย 1) แนวคำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่ม ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการรายงานอุบัติการณ์และปัญหาของการรายงานอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน เป็นข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 3 ข้อ และ 2) คู่มือการรายงานอุบัติการณ์ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น เพื่อเป็นแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ ทั้งแบบการบันทึกและการรายงานด้วยวาจา ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 5 บท ประกอบด้วย 1) การรายงานอุบัติการณ์ 2) Flow chart กระบวนการรายงานอุบัติการณ์ 3) บทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้อง 4) แนวทางการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา และ 5) ขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกในโปรแกรม HRMS on Cloud

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อใช้รวบรวมข้อมูลของทีมปฏิบัติเกี่ยวกับ เพศ อายุ ประสบการณ์ปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาล ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน วุฒิการศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงหรือเกี่ยวกับคุณภาพ ประสบการณ์ในการรายงานอุบัติการณ์ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 8 ข้อ

2. แบบตรวจสอบการบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ในโปรแกรม HRMS on cloud ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นสำหรับทีมพัฒนาใช้ตรวจสอบการรายงานอุบัติการณ์จากโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลลำพูนเกี่ยวกับวันที่บันทึกอุบัติการณ์ หน่วยงานที่ค้นพบ/บันทึกอุบัติการณ์ สถานที่เกิดอุบัติการณ์ ประเภทอุบัติการณ์ การสรุปการเกิดอุบัติการณ์ ระดับความรุนแรง ผู้ที่ได้รับผลกระทบ วันที่เกิดอุบัติการณ์ วันที่ค้นพบว่าเกิดอุบัติการณ์ ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติการณ์ รายละเอียดการเกิดอุบัติการณ์ และการจัดการช่วยเหลือเบื้องต้น และผลลัพธ์หลังการช่วยเหลือ เป็นแบบประเมินแบบตรวจสอบรายการ (check list) บันทึกความถูกต้องครบถ้วนจำนวน 14 ข้อ ให้คะแนนการปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนเท่ากับ 1 ปฏิบัติไม่ถูกต้องครบถ้วนเท่ากับ 0

3. แบบสังเกตการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อให้ทีมพัฒนาใช้สังเกตการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา ประกอบด้วยรายละเอียดที่ต้องรายงาน ได้แก่ อุบัติการณ์คืออะไร อุบัติการณ์เกิดเมื่อไหร่ อุบัติการณ์เกิดขึ้นอย่างไร เกิดกับใครและใครได้รับผลกระทบ การแก้ไขเบื้องต้นทำอะไร สิ่งที่ต้องการให้ช่วยเหลือ เป็นแบบประเมินแบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวน 6 ข้อ ให้คะแนนการปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนเท่ากับ 1 ปฏิบัติไม่ถูกต้องครบถ้วนเท่ากับ 0

4. แบบบันทึกเวลาการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกและรายงานด้วยวาจา ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อใช้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเวลาในการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกและวาจา จำแนกตามประเภทของอุบัติการณ์และระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ ลักษณะเป็นตารางบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย วัน/เดือน/ปี ชื่ออุบัติการณ์ ประเภทของอุบัติการณ์ ระดับความรุนแรง การรายงานปากเปล่า วันที่บันทึกในโปรแกรม HRMS on cloud

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการบริหารความเสี่ยง 2 คน ผู้บริหารทางการพยาบาลที่ทำหน้าที่พัฒนาคุณภาพการพยาบาลโรงพยาบาลลำพูน 1 คน และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน 2 คน ดังนี้ 1) แนวคำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่ม 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบบันทึกเวลาการรายงานอุบัติการณ์ ได้รับการตรวจสอบความชัดเจนของเนื้อหา (clarity) ความเหมาะสมของเนื้อหา (appropriateness) และความเหมาะสมในการจัดลำดับคำถาม (sequence the question) 4) แบบตรวจสอบการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกได้รับการตรวจสอบความตรงและมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 และ 5) แบบสังเกตการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา ได้รับการตรวจสอบ

ความตรงและมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยทำการสังเกตการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาพร้อมกับผู้ปฏิบัติงานหัวหน้าเวรจำนวน 7 คน คนละ 10 เหตุการณ์ ซึ่งเป็นเหตุการณ์เดียวกัน คำนวณหาค่าความสอดคล้องของการสังเกตการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาเท่ากับ 0.94 การสังเกตที่ไม่ตรงกันจะมีการทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้สังเกต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน โดยใช้ขั้นตอนกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโพกัส PDCA ดังนี้

1. ค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ ผู้ศึกษาค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน ที่ต้องการปรับปรุง โดยการทบทวนเอกสารการรายงานอุบัติการณ์ต่าง ๆ ในโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล สมุดบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน แฟ้มสรุปผลงานประจำปีของหน่วยงาน พบว่าปัญหาการรายงานอุบัติการณ์ เช่น รายงานอุบัติการณ์ช้ากว่าระยะเวลาที่กำหนดร้อยละ 15.69 ประเมินระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ไม่ถูกต้องร้อยละ 30.39 การสรุปการเกิดอุบัติการณ์ไม่ครบถ้วนร้อยละ 36.27 รายงานผลลัพธ์บันทึกรายละเอียดไม่ครบถ้วนร้อยละ 21.57

2. สร้างทีมงานที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการการรายงานอุบัติการณ์ ผู้ศึกษาจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพพอธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย จากนั้นร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมนำพัฒนาคุณภาพและขั้นตอนการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาในการดำเนินงาน และการประเมินคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์

3. ทำความเข้าใจกระบวนการที่ต้องการปรับปรุงการรายงานอุบัติการณ์ที่ทำในปัจจุบัน ทีมพัฒนาประชุมร่วมกับทีมปฏิบัติทุกคนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุมกลุ่ม ระดมสมองร่วมกับทีมปฏิบัติการรายงานอุบัติการณ์ เพื่อทบทวนกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน โดยใช้แนวคำถามสำหรับการประชุมกลุ่มที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น และได้จัดทำแผนภาพการไหลของงาน (Flowchart) ของกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน ที่เป็นปัจจุบัน

4. ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการที่พบในกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ โดยทีมนำพัฒนาจัดประชุมระดมสมองร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติ ประชุมระดมสมองหาสาเหตุของปัญหาในการรายงานอุบัติการณ์โดยใช้แนวคำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่มที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น และสรุปปัญหาทั้งหมดโดยใช้ผังก้างปลา (fishbone diagram) ประกอบด้วย 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ 1) ผู้รายงาน เช่น กลัวเกิดผลกระทบต่อตนเองและเพื่อนร่วมงาน ขาดความรู้ ประสบการณ์ ความชำนาญ ขาดแรงจูงใจในการรายงาน และไม่เก็บรหัสผ่านเข้าระบบ 2) เครื่องมือและอุปกรณ์ เช่น ระบบอินเทอร์เน็ตไม่เสถียรไม่มีสมุดบันทึกเหตุการณ์ คอมพิวเตอร์มีจำนวนไม่เพียงพอ โปรแกรมบันทึกอุบัติการณ์เข้าถึงยาก และข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงมากใช้เวลาบันทึกนาน 3) กระบวนการ เช่น ไม่มีแนวทางในการบันทึก และขั้นตอนในการบันทึกยุ่งยาก/ซับซ้อน และ 4) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เช่น ขาดการติดตามตรวจสอบการบันทึกอุบัติการณ์และตัวชี้วัด ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลและสะท้อนกลับ และขาดการนิเทศติดตาม ส่วนสาเหตุของการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาไม่มีประสิทธิภาพ มาจาก 4 สาเหตุหลักคือ 1) ผู้รายงาน เช่น ขาดความรู้/ประสบการณ์ เกี่ยวกับการรายงาน ขาดความตระหนัก และกลัวผลกระทบต่อตนเองและเพื่อนร่วมงาน 2) ผู้รับรายงาน (หัวหน้าเวร) เช่น ภาระงานมาก/ไม่พร้อมรับรายงาน และไม่ทราบบทบาทของตนเอง 3) สิ่งแวดล้อมและสถานที่ เช่น มีเสียงดังรบกวนขณะรายงาน และสถานที่ไม่เอื้ออำนวยในการรายงาน และ 4) นโยบายและกระบวนการ เช่น ไม่มีแนวทางในการรายงานด้วยวาจา ไม่มีคู่มือที่เป็นลายลักษณ์อักษร และแนวปฏิบัติการรายงานอุบัติการณ์ไม่ชัดเจน/ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

5. เลือกวิธีการที่ปรับปรุงกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง ทีมพัฒนาจัดประชุมร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติ เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์สาเหตุของการบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ไม่มีประสิทธิภาพและการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาไม่มีประสิทธิภาพตามผังก้างปลา และระดมสมองค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาตามสาเหตุ และจัดลำดับแนวทางตามความสำคัญและความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาและการปฏิบัติ ใช้วิธีเสียงข้างมาก สรุปวิธีการแก้ไข ได้แก่ 1) จัดโครงการอบรมให้ความรู้เรื่องแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ 2) จัดทำคู่มือแนวทางการรายงานอุบัติการณ์

ซึ่งประกอบไปด้วยหัวข้อ บทบาทของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาที่ผู้พบเหตุการณ์เป็นผู้บันทึกลงในโปรแกรมด้วยตนเอง ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ ขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์โดยการบันทึกในโปรแกรม HRMS On cloud ผังขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ บัญชีอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องและพบบ่อยในหน่วยงาน (NICU risk list) 3) จัดทำแบบบันทึกเหตุการณ์การรายงานอุบัติการณ์ 4) ประสานผู้ดูแลโปรแกรมรายงานความเสี่ยง (HRMS On cloud) ในการขอ user ID เพื่อจัดทำบัญชีในการเข้าสู่ระบบให้กับบุคลากร 5) จัดทำป้ายสัญลักษณ์ขณะรับรายงานด้วยวาจา 5) นำเสนอข้อมูลอุบัติการณ์ทุกเดือน

6. วางแผนแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุง ทีมพัฒนาคุณภาพประชุมร่วมกัน เพื่อพัฒนาแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก และจัดทำคู่มือแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก แบบตรวจสอบการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึก และแบบสังเกตการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา รวมถึงการวางแผนการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ การวางแผนการจัดกิจกรรมสร้างความตระหนักของทีมผู้ปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์

7. ปฏิบัติตามแผนที่จัดเตรียมไว้ โดยทีมพัฒนาคุณภาพประชุมทีมผู้ปฏิบัติ เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์รวมถึงชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้ทุกคนมีความเข้าใจในแนวทางเดียวกันและร่วมมือในการปฏิบัติ และจัดกิจกรรมการสร้างความตระหนักของทีมผู้ปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ หลังจากนั้นให้ทีมผู้ปฏิบัติทำการทดลองรายงานอุบัติการณ์ทั้งการบันทึกและการรายงานด้วยวาจาตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ที่กำหนดขึ้นเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ก่อนนำไปปฏิบัติจริง ทีมพัฒนาทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ความช่วยเหลือแนะนำในการใช้งาน และแก้ไขปัญหาลงเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กแก่ทีมผู้ปฏิบัติ จากนั้นดำเนินการปฏิบัติจริงเป็นเวลา 8 สัปดาห์

8. ตรวจสอบการปฏิบัติ ทีมพัฒนาดำเนินการตรวจสอบการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึก และการสังเกตการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา โดยใช้แบบตรวจสอบการบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ในโปรแกรม HRMS on cloud แบบสังเกตการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา และแบบบันทึกเวลาการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกและรายงานด้วยวาจา

9. ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทีมพัฒนาและทีมผู้ปฏิบัติทุกคนได้ประชุมร่วมกันเพื่อสรุปผลการดำเนินงานการพัฒนาการรายงานอุบัติการณ์ และกำหนดให้เป็นแนวทางปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ทั้งการรายงานด้วยการบันทึกและการรายงานด้วยวาจาที่ถูกต้อง ครบถ้วน ในระยะเวลาที่กำหนด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2567 – EXP047 ได้รับอนุมัติวันที่ 25 กรกฎาคม 2567 และคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลลำพูนเลขที่ Ethic LPN 035/2567 ได้รับอนุมัติวันที่ 22 สิงหาคม 2567 ผู้ศึกษาดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการศึกษาโดยเข้าชี้แจงข้อมูลในการเข้าร่วมการศึกษา การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา หรือถอนตัวออกจากการศึกษา โดยไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงาน การรักษาความลับของข้อมูลที่ได้จากการศึกษา การนำเสนอในภาพรวม และการทำลายข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเมื่อเสร็จสิ้นการศึกษาทั้งหมด 2 ปี หลังการตีพิมพ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ทีมปฏิบัติการหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน มีจำนวน 19 คน ดังนี้

1.1 พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 100.00 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 33.33 ช่วงอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 26.67 และช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 20.00 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 73.33 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 73.33 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80.00 เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ร้อยละ 100.00 และเคยมีประสบการณ์ในการรายงานอุบัติการณ์ร้อยละ 100.00

1.2 ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 2 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 100.00 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 100.00 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.00 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.00 สำเร็จการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงร้อยละ 100.00 และไม่เคยมีประสบการณ์ในการรายงานอุบัติการณ์ร้อยละ 100.00

1.3 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 2 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 100.00 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 50.00 และช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 50.00 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.00 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.00 สำเร็จการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงร้อยละ 100.00 และไม่เคยมีประสบการณ์ในการรายงานอุบัติการณ์ร้อยละ 100.00

2. การปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกและรายงานด้วยวาจา ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่มปฏิบัติกรส่วนใหญ่ สามารถรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกเกี่ยวกับ 1) วันที่บันทึกอุบัติการณ์ 2) หน่วยงานค้นพบที่บันทึกอุบัติการณ์ 3) ประเภทสถานที่ที่เกิดอุบัติการณ์ ได้แก่ ในพื้นที่โรงพยาบาล/นอกพื้นที่โรงพยาบาล 4) อุบัติการณ์ความเสี่ยงชนิดใด 5) ประเภทอุบัติการณ์ย่อย 6) สรุปประเด็นปัญหา/การเกิดอุบัติการณ์ (เกิดอะไร เกิดอย่างไร) 7) ระดับความรุนแรง 8) ผู้ได้รับผลกระทบ เพศ อายุ 9) วันที่เกิดเหตุการณ์ 10) วันที่ค้นพบการเกิดอุบัติการณ์ 11) ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ เวรเช้า บ่าย ดึกหรือเวลาที่เกิด 12) แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบอุบัติการณ์ 13) รายละเอียดการเกิดอุบัติการณ์ให้ชัดเจน ไม่คลุมเครือเป็นข้อเท็จจริง ไม่ใส่ความเห็นส่วนตัว และ 14) การจัดการช่วยเหลือเบื้องต้น ผลลัพธ์หลังการช่วยเหลือได้ถูกต้องครบถ้วน อยู่ระหว่างร้อยละ 91.34-100 และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา เกี่ยวกับ 1) รายงานชื่อ/ประเภทของอุบัติการณ์คืออะไร 2) รายงานรายละเอียดของการเกิดอุบัติการณ์เกิดเมื่อไร (วันที่เวลาที่เกิด) 3) รายงานรายละเอียดของการเกิดอุบัติการณ์เกิดขึ้นอย่างไร 4) รายงานผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ที่ได้รับผลกระทบ 5) รายงานการแก้ไขเบื้องต้น ทำอย่างไร 6) รายงานสิ่งที่ต้องการให้หัวหน้าทีมช่วยเหลือได้ถูกต้องครบถ้วน อยู่ระหว่างร้อยละ 85.78-100 ดังแสดงในตาราง 1 และ 2

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของการบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ทีมปฏิบัติการ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน (n=127)

รายการตรวจสอบ	การบันทึกการรายงานอุบัติการณ์		ไม่สามารถประเมินได้
	จำนวน (ร้อยละ) ของการบันทึกถูกต้อง/ครบถ้วน	จำนวน (ร้อยละ) ของการบันทึกไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน	
1. วันที่บันทึกอุบัติการณ์	124 (97.64)	3 (2.36)	-
2. หน่วยงานที่ค้นพบ/บันทึกอุบัติการณ์	121 (95.28)	6 (4.72)	-
3. ประเภทสถานที่เกิดอุบัติการณ์ (ในพื้นที่โรงพยาบาล, นอกพื้นที่โรงพยาบาล)	121 (95.28)	6 (4.72)	-
4. ประเภทของอุบัติการณ์	121 (95.28)	6 (4.72)	-
5. ประเภทย่อยของอุบัติการณ์ภายในโรงพยาบาล (ถ้ามี)	85 (92.40)	7 (7.60)	35*
6. การสรุปการเกิดอุบัติการณ์ (เกิดปัญหาอะไร เกิดได้อย่างไร Key word/สาเหตุหลัก)	116 (91.34)	11 (8.66)	-
7. ระดับความรุนแรง	119 (93.70)	8 (0.79)	-
8. ผู้ที่ได้รับผลกระทบ (บุคคล/กลุ่มบุคคล/หน่วยงาน/องค์กร เพศ/อายุ)	120 (94.49)	7 (5.51)	-
9. วันที่เกิดอุบัติการณ์	127 (100.00)	0	-
10. วันที่ค้นพบว่าเกิดอุบัติการณ์	127 (100.00)	0	-
11. ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ (เวร, เวลา)	127 (100.00)	0	-
12. แหล่งที่มาของการค้นพบอุบัติการณ์ (ขณะปฏิบัติงาน การทบทวนเวชระเบียน)	127 (100.00)	0	-
13. รายละเอียดการเกิดอุบัติการณ์ (ชัดเจน เข้าใจได้ ไม่คลุมเครือ เป็นข้อเท็จจริง ไม่ใส่ความคิดเห็นส่วนตัว)	117 (92.13)	10 (7.87)	-
14. การจัดการช่วยเหลือเบื้องต้น และผลลัพธ์ หลังการช่วยเหลือ	119 (93.70)	8 (6.30)	-

หมายเหตุ: * หมายถึง ไม่มีอุบัติการณ์ย่อยสำหรับอุบัติการณ์รายการนั้น

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ทีมปฏิบัติการ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน จำแนกเป็นความถูกต้อง และความครบถ้วน (n=14)

รายการสังเกต	การรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา	
	จำนวน (ร้อยละ) ของการรายงานถูกต้อง/ครบถ้วน	จำนวน (ร้อยละ) ของการรายงานไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน
รายละเอียดที่ต้องรายงาน		
1. รายงานชื่อ/ประเภทของอุบัติการณ์คืออะไร	14 (100.00)	-
2. รายงานรายละเอียดของการเกิดอุบัติการณ์เกิดเมื่อไร (วันที่ เวลาที่เกิด)	14 (100.00)	-
3. รายงานรายละเอียดของการเกิดอุบัติการณ์เกิดขึ้นอย่างไร	12 (85.70)	2 (14.30)
4. รายงานผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ที่ได้รับผลกระทบ	14 (100.00)	-
5. รายงานการแก้ไขเบื้องต้น ทำอย่างไร	13 (92.90)	1 (7.10)
6. รายงานสิ่งที่ต้องการให้หัวหน้าทีมช่วยเหลือ	14 (100.00)	-

3. การบันทึกอุบัติการณ์และการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาในระยะเวลาที่กำหนด ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้สามารถรายงานอุบัติการณ์ทางคลินิกด้วยการบันทึกในระยะเวลาที่กำหนดอยู่ระหว่างร้อยละ 97.27-100.00 โดยความรุนแรงระดับ E-F มีการรายงานในระยะเวลาที่กำหนดคิดเป็นร้อยละ 100 และการรายงานอุบัติการณ์ประเภททั่วไปในระยะเวลาที่กำหนดอยู่ระหว่างร้อยละ 85.71-100.00 โดยความรุนแรงระดับ E-F มีการรายงานในระยะเวลาที่กำหนดคิดเป็นร้อยละ 100

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกและด้วยวาจาตามในระยะเวลาที่กำหนดของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูน

รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์	จำนวน (ร้อยละ) ของการรายงานมากกว่าระยะเวลาที่กำหนด	จำนวน (ร้อยละ) ของการรายงานในระยะเวลาที่กำหนด
รายงานด้วยการบันทึก		
อุบัติการณ์ด้านคลินิก	3 (2.52)	116 (97.48)
ความรุนแรงระดับ A-D	3 (2.73)	107 (97.27)
ความรุนแรงระดับ E-F	-	9 (100.00)
ความรุนแรงระดับ G-H-I	-	-
อุบัติการณ์ทั่วไป	1 (12.50)	7 (87.50)
ความรุนแรงระดับ A-D	1 (14.29)	6 (85.71)
ความรุนแรงระดับ E-F	-	1 (100.00)
ความรุนแรงระดับ G-H-I	-	-
รายงานด้วยวาจา		
อุบัติการณ์ด้านคลินิก	1 (11.11)	9 (90.00)
ความรุนแรงระดับ A-D	-	-
ความรุนแรงระดับ E-F	1 (11.11)	9 (90.00)
ความรุนแรงระดับ G-H-I	-	-
อุบัติการณ์ทั่วไป	-	4 (100.00)
ความรุนแรงระดับ A-D	-	-
ความรุนแรงระดับ E-F	-	4 (100.00)
ความรุนแรงระดับ G-H-I	-	-

หมายเหตุ : มากกว่าระยะเวลาที่กำหนด หมายถึง เกินกว่าระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกรรายงานอุบัติการณ์ โดยแบ่งตามระดับความรุนแรงดังนี้ ความรุนแรงระดับ A-D บันทึกเหตุการณ์ในโปรแกรม HRMS ภายใน 7 วัน ระดับ E-F รายงานด้วยวาจาทันทีและบันทึกเหตุการณ์ในโปรแกรม HRMS ภายใน 24 ชั่วโมง ระดับ G-H-I รายงานด้วยวาจาทันทีและบันทึกเหตุการณ์ในโปรแกรม HRMS ภายใน 24 ชั่วโมง

อภิปรายผล

การพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ในการศึกษาครั้งนี้ เกิดจากปัญหาบุคลากรไม่รายงานอุบัติการณ์ รายงานอุบัติการณ์ไม่ถูกต้องครบถ้วน และมีการรายงานอุบัติการณ์ช้ากว่าระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งภายหลังการพัฒนาคุณภาพพบว่าสามารถรายงานอุบัติการณ์ทางคลินิกด้วยการบันทึกในระยะเวลาที่กำหนดมากกว่าร้อยละ 80.00 และการรายงานอุบัติการณ์ทางคลินิกด้วยวาจาในระยะเวลาที่กำหนดมากกว่าร้อยละ 80.00 ผลการศึกษาพบว่าทีมผู้ปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ สามารถปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกได้ถูกต้อง ครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80.00 การปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาได้ถูกต้อง ครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80.00 อาจเนื่องมาจากในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส พีดีซีเอ มาใช้ ทำให้ทุกคนในองค์กรมีการทำงานเป็นทีม มีส่วนร่วม

ในการวางแผนการปฏิบัติ การพัฒนา ปรับปรุงวิธีการ และรวมทั้งการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีการรายงานอุบัติการณ์ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ในระยะเวลาที่กำหนดตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

นอกจากนี้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้มีการนำเครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายมาใช้ ได้แก่ แผนภาพการไหลของงาน มาใช้เพื่ออธิบายขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงานก่อนการพัฒนา ทำให้สามารถแยกแยะวิธีปฏิบัติและปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ให้เข้าใจง่ายขึ้น ดังที่วันรัตน์ จันทกิจ (2563) กล่าวว่าแผนภาพการไหลของงาน คือ การทำสัญลักษณ์แสดงขั้นตอนและลักษณะการทำงานแบบต่าง ๆ และสัญลักษณ์เหล่านี้จะถูกเชื่อมโยงให้เป็นลำดับขั้นตอนอย่างชัดเจน จะช่วยให้เข้าใจกระบวนการทำงานและมองเห็นภาพการทำงานโดยรวมได้อย่างชัดเจน เป็นการบ่งชี้ถึงปัญหาและโอกาสในการปรับปรุงกระบวนการ รวมทั้งจะช่วยให้เห็นภาพความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมถึงมีการระดมสมอง โดยการจัดประชุมระดมสมองร่วมกันระหว่างทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติในการวางแผน การค้นหาปัญหาในการรายงานอุบัติการณ์ และหาแนวทางในการแก้ปัญหาการรายงานอุบัติการณ์และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการรายงานอุบัติการณ์ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ในระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ มีการปรับปรุงต่อยอดความคิดภายในทีม ทำให้เกิดเป็นความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพ ดังที่ปรีดี นกุลสมปรารถนา (2564) ได้กล่าวไว้ว่า การระดมสมอง คือ กระบวนการที่มีแบบแผนที่ใช้เพื่อรวบรวมความคิดเห็น ปัญหา หรือข้อเสนอแนะจำนวนมากในเวลาที่ยรวดเร็ว เป็นการแสดงความคิดเห็นร่วมกันระหว่างสมาชิก เพื่อเป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหา เป็นวิธีการที่ดีในการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ และเกิดการมีส่วนร่วมที่สุด การระดมสมองมุ่งเน้นที่จำนวนความคิดมากกว่าคุณภาพความคิด คุณค่าของการระดมสมอง คือ การใช้ความคิด และการต่อยอดความคิด อีกทั้งมีการนำผังก้างปลา (fish bone diagram) มาใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในเชิงระบบ สรุปและวิเคราะห์รากเหง้าสาเหตุของการบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพเพื่อหาแนวทางแก้ไข ดังที่วันรัตน์ จันทกิจ (2563) ได้กล่าวว่า ผังก้างปลาเป็นแผนผังที่ใช้ในการค้นหาและวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหาที่เป็นสาเหตุที่แท้จริงอย่างมีเหตุผลว่ามีอะไรบ้างที่มาเกี่ยวข้องและสัมพันธ์ต่อกันอย่างไร จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้อย่างมีเหตุผล เจาะลึกถึงรากเหง้าของสาเหตุได้อย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปใช้กำหนดเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่สาเหตุ นอกจากนี้มีการนำไปตรวจสอบรายการ (check sheet) โดยนำไปออกแบบแบบสังเกตการรายงานอุบัติการณ์ ทั้งการบันทึกและการรายงานด้วยวาจา มาช่วยให้เก็บข้อมูลได้ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการใช้งาน ดังที่งานบริหารทรัพยากรสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2566) ได้กล่าวว่าใบตรวจสอบรายการคือแบบฟอร์ม แผนผัง ตารางที่มีการออกแบบให้สามารถบันทึก ตรวจสอบ หรือควบคุมคุณภาพการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ช่วยตรวจสอบยืนยันผลการดำเนินการ และป้องกันความผิดพลาด สามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลต่อได้อย่างสะดวก เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการดำเนินงาน รวมทั้งช่วยติดตามผลการทำงานของพนักงาน/ทีมงาน

นอกจากการนำเครื่องมือพัฒนาคุณภาพมาใช้แล้วการศึกษานี้ได้มีการจัดโครงการอบรมให้ความรู้เรื่องแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกในโปรแกรมรายงานความเสี่ยง (HRMS On cloud) แก่บุคลากรทุกระดับ มีการจัดกิจกรรมกระตุ้น/ส่งเสริมให้เห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องถึงเหตุผลในการรายงานอุบัติการณ์แก่เจ้าหน้าที่ โดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ที่พัฒนาขึ้นทั้งการรายงานด้วยการบันทึกและด้วยวาจา ทำให้บุคลากรเกิดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในการรายงานอุบัติการณ์ ดังที่ Nakamura et al. (2014) กล่าวว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ความสำคัญของการเขียนรายงานอุบัติการณ์เป็นประจำและสม่ำเสมอ จะช่วยให้บุคลากรมีแรงจูงใจและเห็นความสำคัญของการเขียนรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น อีกทั้งมีการสร้างแรงจูงใจแก่เจ้าหน้าที่ โดยการให้รางวัลประจำเดือนสำหรับผู้ที่มีการรายงานบันทึกอุบัติการณ์ครบถ้วน ถูกต้อง ในระยะเวลาที่กำหนด และต่อเนื่อง ดังที่จิราวรรณ รุ่งเรืองวารินทร์ และคณะ (2560) ได้กล่าวว่า การสร้างความตระหนักให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ การให้รางวัล และการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยที่เข้มแข็งจะสามารถทำให้การรายงานอุบัติการณ์ระดับบุคคลเพิ่มขึ้น การจูงใจเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการทำงานร่วมกัน เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลไปถึงซึ่ง

เป้าประสงค์ที่ต้องการจะได้รับ กล่าวคือ การจูงใจเป็น วิธีการที่จะกระตุ้นให้ผู้ร่วมงานมีกำลังใจในการทำงาน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร หรือเป็นความต้องการ (Need) หรือความกดดันที่กระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติ (Kotler, 2003) รวมถึงมีการทำข้อตกลงร่วมกันว่าการรายงานอุบัติการณ์จะไม่มี การตำหนิหรือกล่าวโทษซึ่งกันและกัน เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและปรับปรุงพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับ Mansouri et al. (2019) ที่กล่าวว่า การสร้างบรรยากาศในที่ทำงานให้เกิดวัฒนธรรมการไม่กล่าวโทษหรือตำหนิจะทำให้พยาบาลทุกคน สามารถรายงาน ข้อผิดพลาดอย่างตรงไปตรงมา ปราศจากความกลัว ช่วยให้มีการรายงานความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและได้เรียนรู้เกี่ยวกับ สิ่งผิดพลาดร่วมกัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น

อีกทั้งการศึกษานี้มีการจัดทำคู่มือแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งประกอบไปด้วยหัวข้อ บทบาทของ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาที่ผู้พบเหตุการณ์เป็นผู้บันทึกลงในโปรแกรมด้วยตนเอง การกำกับนิเทศติดตามโดย หัวหน้าเวร/หัวหน้างาน แนวทางการรายงานอุบัติการณ์โดยการบันทึกในโปรแกรม HRMS on Cloud ผังขั้นตอนการ รายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ บัญชีอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องและพบป่วยในหน่วยงาน (NICU Risk List) ซึ่งประกอบด้วยอุบัติการณ์ด้านคลินิกและอุบัติการณ์ทั่วไป รหัส ชื่ออุบัติการณ์ รายละเอียดความรุนแรงของแต่ละ ระดับ และผลกระทบความเสี่ยงด้านคลินิกและด้านทั่วไป รวมถึงมีการกระตุ้นเตือน/ติดตามผู้รายงานในการลงบันทึก ภายในเวรให้เรียบร้อย หรือมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ในเวรเดียวกันลงบันทึกแทนภายหลังเกิดเหตุการณ์ภายในเวร การจัดทำป้ายสัญลักษณ์ขณะรับรายงานด้วยวาจา กำหนดสถานที่ในการรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจา การจัดทำ Flowchart หัวข้อที่ต้องรายงานอุบัติการณ์ด้วยวาจาที่อ่านเข้าใจง่ายสำหรับบุคลากรติดตรงบริเวณห้องทำงานของ เจ้าหน้าที่และในห้องพักรับประทานอาหาร การประสานผู้ดูแลโปรแกรมรายงานความเสี่ยง (HRMS On cloud) ในการขอ User ID เพื่อจัดทำบัญชีในการเข้าสู่ระบบให้กับบุคลากรทุกระดับ ติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อตรวจเช็คระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ และจัดมุมกิจกรรมการรายงานอุบัติการณ์ของ หน่วยงาน ประกอบด้วย สถิติ จำนวนการรายงานในแต่ละเดือน อีกทั้งจัดทำขั้นตอนการใช้โปรแกรม (HRMS On cloud) ที่เข้าใจง่าย ติดไว้ข้างคอมพิวเตอร์ที่ใช้รายงานอุบัติการณ์ นอกจากนี้กำหนดให้คณะกรรมการบริหารความ เสี่ยงของหอผู้ป่วยทำการตรวจสอบความถูกต้องการบันทึกอุบัติการณ์ ติดตามและนำข้อมูลในการทบทวนอุบัติการณ์ วิธีการแก้ไข และรายงานอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขแล้วในแต่ละเดือนแจ้งต่อการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน และจัดมุมกิจกรรมการรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงาน ประกอบด้วย สถิติ จำนวนการรายงานในแต่ละเดือน และ หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้นิเทศติดตาม โดยทำการยืนยันเหตุการณ์ในโปรแกรม HRMS on Cloud ทุกวัน ทำให้ ทีมปฏิบัติสามารถรายงานอุบัติการณ์ด้วยการบันทึกและการรายงานอุบัติการณ์ด้วยเวลาที่กำหนดมากขึ้นจึงทำให้ ในภาพรวมส่งผลให้ทีมปฏิบัติสามารถรายงานอุบัติการณ์ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งแนวทางนี้ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการรายงานอุบัติการณ์เท่านั้น แต่ยังเป็นการสร้างวัฒนธรรมความ ปลอดภัยในองค์กรด้วยการส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับตระหนักถึงความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ที่อาจส่งผล กระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและการให้บริการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วยข้อเสนอแนะในการ นำผลการศึกษาไปใช้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูงควรกำหนดนโยบายความปลอดภัยในโรงพยาบาลโดยการส่งเสริม สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความตระหนักและ ทศนคติที่ดีในการรายงานอุบัติการณ์ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างบรรยากาศในที่ทำงานให้เกิดวัฒนธรรมการไม่กล่าวโทษ หรือตำหนิ
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับหอผู้ป่วยควรมีการส่งเสริม นิเทศกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการ รายงานอุบัติการณ์ และการกระตุ้นการรายงานอุบัติการณ์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
3. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรายงานอุบัติการณ์แก่ บุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเพิ่มพูนทักษะใหม่ ๆ เพื่อยกระดับบุคลากรในองค์กรให้

สามารถปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี โดยมีการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาประยุกต์ในการรายงาน
อุบัติการณ์ให้ง่ายและสะดวกต่อการใช้งานมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการรายงานอุบัติการณ์ในหน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาล
2. ศึกษาการนำแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องไปใช้ใช้ในการพัฒนาคุณภาพในเรื่องอื่น ๆ ของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก โรงพยาบาลลำพูนต่อไป
3. วิเคราะห์แนวทางการบันทึกรายงานอุบัติการณ์จากข้อมูล เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกัน ปรับปรุง และเพิ่มคุณภาพกระบวนการทำงาน

เอกสารอ้างอิง

- กณิกนันต์ ศรีทอง, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, และศศิธร ลายเมฆ. (2566). การวิเคราะห์สถานการณ์การรายงาน
อุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 50(3), 17-30.
- งานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน. (2565). *นโยบายบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน*. โรงพยาบาลลำพูน.
- งานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน. (2566). *รายงานอุบัติการณ์ปีงบประมาณ 2566*. โรงพยาบาลลำพูน.
- งานบริหารทรัพยากรสุขภาพ. (2566). *7 QC Tool*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- จิราวรรณ รุ่งเรืองวารินทร์, พรพิมล พลอยประเสริฐ, และ สมทรง บุตรชิวิน. (2560). การพัฒนาระบบการจัดการ
ความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*,
7(1), 24-36.
- จีระกุล ต้นวัฒนากุล. (2555). *การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในหน่วยให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
เชียงใหม่.
- ปรีดี นุกุลสมปรารถนา. (2564). *รวมเทคนิคการระดมสมอง (Brainstorming) ที่น่าสนใจ*.
<https://www.popticles.com/business/brainstorming-technique-examples/>
- วันรัตน์ จันทิกิจ. (2563). *17 เครื่องมือนักคิด Problem Solving Devices*. สำนักพิมพ์สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- ศูนย์ความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2561). *คู่มือความปลอดภัยในการ
ทำงาน*. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2552). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4*. สำนักพิมพ์
หนังสือดีวัน.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2561). *เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย
พ.ศ. 2561 (Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018)*. เพ็ชร์แอนท์ซิคเซ็สพล.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2565). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5*.
บริษัท ก.การพิมพ์เทียนกวาง จำกัด
- อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. (2564). *เรียงร้อยและตกผลึกแนวคิดคุณภาพฐานของการสร้างความไว้วางใจ*. บริษัท ก.การพิมพ์
เทียนกวาง จำกัด
- Arruum, D. (2019). Nurses' barriers to incident reporting in patient safety culture: A literature
review. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 2(4), 385-392.
<https://doi.org/10.37287/IJGHR.V2I4.302>
- Christine, T. (2025). *Five Steps of the Risk Management Process 2025*.
<https://www.360factors.com/blog/five-steps-of-risk-management-process/>

- Hwang, J. I., Lee, S. I., & Park, H. A. (2012). Barriers to the operation of patient safety incident reporting systems in Korean general hospitals. *Healthcare informatics research, 18*(4), 279–286. <https://doi.org/10.4258/hir.2012.18.4.279>
- Kodate, N., & Dodds, A. (2008). Factors affecting willingness to report patient safety incidents in hospitals. *NIHR King's Patient Safety and Service Quality Centre*. http://www.academia.edu/.../Factor_affecting_willingness_to_report_patient
- Kotler, P. (2003). *Marketing management*. Pearson Education
- Lama, S., & Khanal, D. (2021). Knowledge and barriers of incident report among nurses in teaching hospital, Bharatpur. *Journal of Chitwan Medical College, 11*(37), 115-118. <https://doi.org/10.54530/jcmc.430>
- Mansouri, N., Azimi Hosseini, S., Azizinezhad, R., & Karimzadegan, H. (2019). Prioritization of patient safety management performance assessment criteria in healthcare centers. *Journal Healthcare Management, 11*(37), 79-89.
- McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (1999). *Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, Implement, and Applications*. Aspen.
- Nakamura, N., Yamashita, Y., Tanihara, S., & Maeda, C. (2014). Effectiveness and sustainability of education about incident reporting at a university hospital in Japan. *Healthcare Informatics Research, 20*3, 209-215. <https://doi.org/10.4258/hir.2014.20.3.209>.
- National Patient Safety Agency. (2004). *Seven Steps to Patient Safety. The Full Reference Guides*. National Patient Safety Agency. <http://www.npsa.nhs.uk/sevensteps>
- Pfeiffer, Y., Manser, T., & Wehner, T. (2010). Conceptualizing barriers to incident reporting: A psychological framework. *Quality and Safety in Health Care, 19*(6), 1-10. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.030445>
- Pham, J. C, Girard, T., & Pronovost, P. J. (2013). What to do with healthcare incident reporting systems. *Journal of Public Health Research, 2*(e27), 154-159.
- Tansirisittikul, R. (2012). *The Report of Patient Safety System Development Review*. from <http://www.shi.or.th>. (In Thai)
- Terzibanjan, A. R., Laaksonen, R., Weiss, M., Airaksinen, M., & Wuliji, T. (2007). *Medication Error Reporting Systems-Lessons Learnt*. <http://www.fip.org/files/fip/Patien%20Safety/Medication%20Error%20Reporting%20-020Lessons%20Learnt2008.pdf>
- Umberfield, E., Ghaferi, A. A., Krein, S. L., & Manojlovich, M. (2019). Using incident reports to assess communication failures and patient outcomes. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 45*(6), 406–413. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2019.02.007>
- Wang, J., Chen, K., Li, X., Jin, X., An, P., Fang, Y., & Mu, Y. (2019). Postoperative adverse events in patients with diabetes undergoing orthopedic and general surgery. *Medicine, 98*(14), e15089. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000015089>

การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

The development of guidelines for preventing the spread of drug-resistant infections in the inpatient department of Phromphiram Hospital, Phitsanulok Province

จุฑารัตน์ ช่วยทวี¹ และ อัสนี วันชัย^{2*}

Jutharat Chuaytawee¹ and Ausanee Wanchai^{2*}

โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก¹,

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก²

Phromphiram Hospital, Phitsanulok Province¹,

Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Insittute²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: ausanee@bcnb.ac.th

(Received: June 29, 2025; Revised: July 26, 2025; Accepted: July 27, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ 14 คน ใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ วางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล เครื่องมือประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่มแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ แบบประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติฯ แบบประเมินความพึงพอใจและแบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม การสังเกต การสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลวิจัยพบว่าแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 12 ด้าน ได้แก่ 1) การแยกผู้ป่วยและการจัดสถานที่ 2) การทำความสะอาดมือ 3) การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย (PPE) 4) การแยกอุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องใช้ 5) การทำลายเชื้อในอุปกรณ์การแพทย์ 6) การจัดการผ้าที่ใช้กับผู้ป่วย 7) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 8) การควบคุมสิ่งแวดล้อม 9) การเก็บสิ่งส่งตรวจ 10) การรับและส่งต่อผู้ป่วย 11) การแนะนำผู้ป่วยและญาติ และ 12) การหยุดใช้วิธี Contact precaution ของเชื้อดื้อยาที่ต้องควบคุมพิเศษ พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ในระดับมาก มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นในระดับมากที่สุด ส่วนผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยพบว่า ลดอัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลลงเหลือ เท่ากับ 0.00 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน และไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเสียชีวิต ดังนั้นจึงควรนำแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ขยายผลในโรงพยาบาลชุมชนอื่นต่อไป

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติ, การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา, งานผู้ป่วยใน

Abstract

This action research aimed to develop practice guidelines for preventing the spread of drug-resistant infections in the inpatient department, Phrom Phiram Hospital, Phitsanulok Province. The sample consisted of 14 registered nurses. The study employed a four-step action research process: planning, action, observation, and reflection. Research instruments included in-depth interview guides, focus group discussion guides, the practice adherence evaluation form, the guideline appropriateness assessment tool, the satisfaction questionnaire, and the drug-resistant infection surveillance record. Data were collected through questionnaires, observations, and

interviews. Qualitative data were analyzed using the content analysis, while quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The findings revealed that the infection prevention practice guidelines comprised 12 components: 1) patient isolation and zoning, 2) hand hygiene, 3) use of personal protective equipment (PPE), 4) separation of medical equipment and supplies, 5) disinfection of medical equipment, 6) management of patient-used linens, 7) patient transport, 8) environmental control, 9) specimen collection, 10) Patient admission and transfer, 11) patient and family education, and 12) discontinuation of contact precautions for specific resistant organisms. Nurses were able to comply with the developed guidelines at a high level. The guidelines were rated as most appropriate for implementation, and registered nurses expressed the highest level of satisfaction with the guidelines. Regarding patient outcomes, the hospital's rate of drug-resistant infections was reduced to 0.00 per 1,000 patient-days, and no patient deaths from drug-resistant infections were reported. Therefore, the developed guidelines should be expanded and implemented in other community hospitals.

Keywords: guidelines, preventing the spread of drug-resistant infections, inpatient department

บทนำ

การติดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาสำคัญในสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในหลายทศวรรษที่ผ่านมา เชื้อแบคทีเรียหลายชนิดพัฒนาความสามารถดำรงชีวิตได้ในภาวะที่มีการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างมาก ปัจจุบันการติดเชื้อนี้กลายเป็นปัญหาที่พบในชุมชนในหลายประเทศ (อะเคื้อ อุนทเลขกะ, 2561) ปัญหาการดื้อยาด้านจุลชีพในประเทศไทย (Antimicrobial resistance) ของเชื้อแบคทีเรียได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลกมีการเสียชีวิต จากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน และหากไม่เร่งแก้ไขปัญหาคาดว่าใน พ.ศ. 2593 (หรือ 34 ปีข้างหน้า) การเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน ประเทศในทวีปเอเชียจะมีคนเสียชีวิตมากที่สุดคือ 4.7 ล้านคน คิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึงประมาณ 3.5 พันล้านล้านบาท (100 trillion USD) สำหรับประเทศไทยการศึกษาเบื้องต้น พบว่า มีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 38,000 คน คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 4.2 หมื่นล้านบาท (กำธร มาลาธรรม และคณะ, 2562) จากรายงานของศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2562 พบเชื้อ *Acinetobacter Species* ดื้อต่อยา imipenem เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.4 เป็นร้อยละ 55.5 เชื้อ *K. pneumonia* จากร้อยละ 0.3 เป็นร้อยละ 10.2 เชื้อ *P. aeruginosa* จากร้อยละ 9.6 เป็นร้อยละ 18.3 และเชื้อ *E. Cloacae* จากร้อยละ 0.6 เป็นร้อยละ 42 (ภัศราภรณ์ ศิริษา, 2564) การติดเชื้อดื้อยาส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลทุกระดับ ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการตายเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้นจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีราคาแพงและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น มีข้อจำกัดในการใช้ยาต้านจุลชีพส่งผลต่อคุณภาพการรักษาตลอดจนก่อให้เกิดการเจ็บป่วยเป็นเวลานานและการเสียชีวิตได้ นอกจากนี้เชื้อเหล่านี้ยังมีโอกาสพัฒนาเป็นเชื้อดื้อยาทุกขนาน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการรักษามากขึ้น เนื่องจากไม่มียาต้านจุลชีพที่สามารถนำมารักษาได้ (อะเคื้อ อุนทเลขกะ, 2561)

โรงพยาบาลพรหมพิรามเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 50 เตียง ตั้งอยู่ในจังหวัดพิษณุโลก มีศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและผู้ป่วยทั่วไปทั้งด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม กุมารเวชกรรม เวชปฏิบัติครอบครัว โดยมีทีมแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางหลายสาขา ถ้าเกินศักยภาพจะมีระบบ Consult แพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลศูนย์และส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยตามสิทธิ์การรักษาต่อไป คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลพรหมพิรามได้มีการกำหนดนโยบายและดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา การสื่อสารนโยบายไปสู่ผู้ปฏิบัติมาอย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูลเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลพรหมพิรามระหว่างปี พ.ศ. 2562 - 2566 พบว่า อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลปี 2562 สูงขึ้นเท่ากับ 0.13 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ซึ่งเป็นการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน *Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE)* ในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection : UTI) เชื้อที่พบเป็นเชื้อตัวเดียวกับแผลกดทับ (Bed sore) ที่ก้นของผู้ป่วยชายอายุ 67 ปี และส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนาน 38 วัน และทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงถึง 110,572 บาท และในปี 2563 - 2566 พบการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเท่ากับ 0.072 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน, 0.07 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน, 0.00 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน และ 0.084 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ (โรงพยาบาลพรหมพิราม, 2568)

จากสถิติการรับผู้ป่วยส่งต่อมาจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ยังมีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาและผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาหลายขนานถูกส่งตัวมานอนรักษาต่อในโรงพยาบาลพรหมพิรามอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลระหว่างปี 2562 - 2566 พบมีผู้ป่วยติดเชื้อ *Escherichia coli* ร้อยละ 42.11, 46.15, 33.33, 40.91 และ 29.79 ตามลำดับ, *Acinetobacter baumannii* พบร้อยละ 10.53, 17.95, 15.56, 22.73 และ 14.89 ตามลำดับ, *Klebsiella pneumoniae* พบร้อยละ 10.53, 17.95, 26.67, 13.54 และ 10.64 ตามลำดับ, *Pseudomonas aeruginosa* พบร้อยละ 5.26, 2.56, 1.11, 9.09 และ 6.38 ตามลำดับ (โรงพยาบาลพรหมพิราม, 2568) ดังนั้น จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลขึ้นได้ โดยเฉพาะหน่วยงานผู้ป่วยในที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก มีโรคประจำตัว โรคเรื้อรัง ผู้ติดเชื้อ HIV/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยโรคมะเร็งบางรายได้รับยาสเตียรอยด์ที่กดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยติดเชื้อ Palliative care และผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการต่าง ๆ การใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ในร่างกาย เช่น สายสวนปัสสาวะ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เจาะปอดใส่สายระบายทรวงอก ON ICD (Intercostal Chest Drain: ICD) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงกว่าคนไข้ทั่วไป โดยเฉพาะเชื้อดื้อยา ซึ่งถ้าเกิดการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ จะมีโอกาสเกิดอาการทรุดลงหรืออาจเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น จากการวิเคราะห์ปัญหาของงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลพรหมพิราม พบว่า แนวทางปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยามีความยุ่งยาก ซับซ้อน ประกอบกับผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องมีหลายวิชาชีพ มีหลายระดับ รวมถึงแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาสำหรับงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิรามไม่ชัดเจน ไม่ได้ปรับปรุงให้ทันสมัย ไม่ได้เรียบเรียงให้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ส่งผลให้การสื่อสารไม่ครอบคลุมและยังไม่ทั่วถึง บุคลากรบางคนไม่ทราบแนวปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในประเด็นการล้างมือก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา เป็นต้น (โรงพยาบาลพรหมพิราม, 2568) ซึ่งความเสียหายจากการติดเชื้อดื้อยาก่อให้เกิดผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อผู้ป่วยทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิต เพิ่มระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่ราคาแพงขึ้นส่งผลให้ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล ต้องสูญเสียงบประมาณประเทศและสูญเสียสุขภาพที่ดีของประชาชน (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2561)

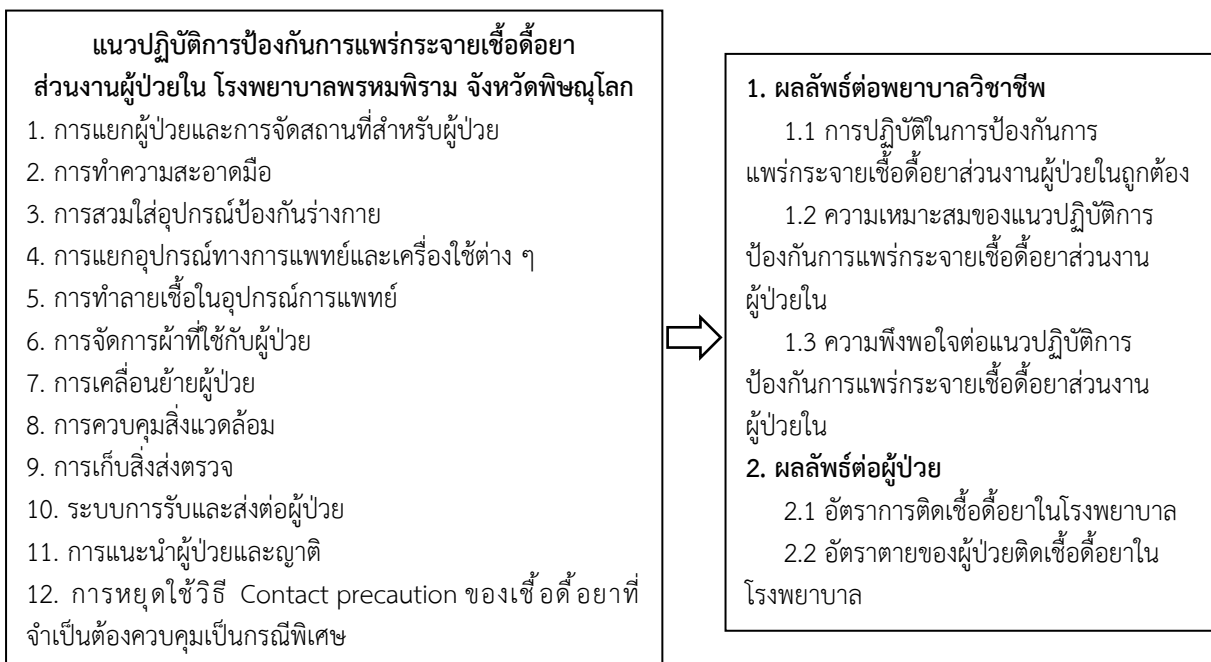
เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความต่อเนื่องในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โรงพยาบาลพรหมพิรามจึงต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยดำเนินการให้มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษรและทันสมัย สื่อสารให้บุคลากรทุกระดับรับทราบและบุคลากรมีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด มีการสุ่มสังเกตและสุ่มประเมินการปฏิบัติของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สำหรับกิจกรรมสำคัญเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่ควรดำเนินการประกอบด้วย 12 ด้าน (สถาบันบำราศนราดูร, 2567 และอะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2561) ได้แก่ ด้านที่ 1 การแยกผู้ป่วยและการจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วย ด้านที่ 2 การทำความสะอาดมือ ด้านที่ 3 การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย ด้านที่ 4 การแยกอุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องใช้ต่าง ๆ ด้านที่ 5 การทำลายเชื้อในอุปกรณ์การแพทย์ ด้านที่ 6 การจัดการผ้าที่ใช้กับผู้ป่วย ด้านที่ 7 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ด้านที่ 8 การควบคุมสิ่งแวดล้อม ด้านที่ 9 การเก็บสิ่งส่งตรวจ ด้านที่ 10 ระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วย ด้านที่ 11 การแนะนำผู้ป่วยและญาติ และด้านที่ 12 การหยุดใช้วิธี Contact precaution ของเชื้อดื้อยาที่จำเป็นต้องควบคุมเป็นพิเศษ แต่เนื่องจากการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยในเป็นปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนยากต่อการแก้ไข การแพร่กระจายเชื้อเกี่ยวข้องกับปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับ ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทุกระดับในหน่วยงาน พยาบาล

ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Control Nurse: ICN) จึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาให้การบริการพยาบาลด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ เพื่อส่งมอบคุณภาพและความปลอดภัยให้กับผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ ผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงสนใจศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติมาจากสถาบันบำราศนราดูร (2567) และอะเคื่อ อุมหเลขกะ (2561) มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพรหมพิราม อันจะส่งผลให้ได้แนวปฏิบัติมีความทันสมัย เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อนำแนวปฏิบัติที่ได้จากการพัฒนามาใช้ในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิรามต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์และความต้องการการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก
2. พัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก
3. ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ได้แก่
 - 3.1 ผลลัพธ์ต่อพยาบาลวิชาชีพ
 - 3.1.1 การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน
 - 3.1.2 ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน
 - 3.1.3 ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน
 - 3.2 ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย
 - 3.2.1 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล
 - 3.2.2 อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ เคมมิสและแม็คแทกการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1998) ได้แก่ การวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผล ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

1.1 เป็นการศึกษาสภาพปัญหาการติดเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก โดยการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพและเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ข้อมูลการไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา การศึกษานโยบายเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลพรหมพิราม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลพรหมพิราม รongหัวหน้างานผู้ป่วยในแผนกชายและแผนกหญิงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา 5 คน ได้แก่ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและมีหน้าที่หลักในการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วย (Infection control ward nurse: ICWN) รongหัวหน้างานผู้ป่วยในแผนกชายและแผนกหญิงงานผู้ป่วยในและงานเทคนิคการแพทย์ เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลพรหมพิราม ทั้งเพศชายและหญิง อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป

2. อายุ 20 ปีขึ้นไป

3. อ่านออก เขียนได้

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่ทำงานหรือลาออกในช่วงทำวิจัย

2. เจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างประกอบด้วยสภาพปัญหาการติดเชื้อดื้อยา อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยา ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. รายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลพรหมพิราม ปี 2562 – 2567

3. รายงานข้อมูลการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ปี 2562 - 2566

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน ได้แก่ แพทย์ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 1 คน และพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาล 7 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การสนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่ได้มาจากการสนทนากลุ่มกับ รongหัวหน้างานผู้ป่วยในแผนกชายและแผนกหญิงงานผู้ป่วยใน คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและมีหน้าที่หลักในการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วย เก็บรวบรวมรายงานการติดเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลพรหมพิราม และข้อมูลที่พบบุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาและนักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 5 คน ใช้เวลา 45 - 60 นาที ระหว่างการสนทนาผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทป การสนทนาและจับประเด็นของข้อมูลและบันทึกโดยการสรุปสั้น ๆ ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะถอดเทป การสนทนาและพิมพ์เป็นอักษรแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ความถี่และร้อยละ

1.2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ซึ่งประกอบด้วย การสะท้อนข้อมูล การคืนข้อมูล ปัญหา อุปสรรคและร่วมประชุมเพื่อยกร่างแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา สะท้อนแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาพร้อมทั้งมีการตรวจสอบความสอดคล้องและความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ การพัฒนาการปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการติดเชื้อ การพัฒนาความรู้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ตลอดจนร่วมกันนำแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาสู่การทดลองปฏิบัติในพื้นที่จริง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พรหมพิรามและรองหัวหน้างานผู้ป่วยในแผนกชายและแผนกหญิงงานผู้ป่วยใน 5 คน เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชุมกลุ่มเพื่อยกร่างแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาร่วมกัน แล้วผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 8 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 1 คน และพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลในจังหวัดพิษณุโลก 7 คน ในการประเมินความเหมาะสมกับความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) การทดลองใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเท่ากันคือ จำนวน 14 คน ผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม 14 คน เนื่องจากเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดของงานผู้ป่วยใน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ช่วยเหลือคนใช้ พนักงานเปล แม่บ้าน เป็นต้น ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาโรงพยาบาลพรหมพิราม 3 รุ่น ๆ ละ 1/2 วัน รุ่นละ 37 คน และคู่มือการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา จากนั้นทดลองใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่จริง คือ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ระยะเวลา 1 เดือน เนื่องจากโรงพยาบาลพรหมพิรามมีการรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาส่งตัวกลับมาจากโรงพยาบาลศูนย์อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเพียงพอในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observation)

โดยการประเมินระดับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม 14 คน เนื่องจากเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดของงานผู้ป่วยใน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีลักษณะแบบเลือกตอบและแบบเติมข้อความ 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยในปัจจุบัน ตำแหน่ง การเข้ารับการอบรม/ประชุม/สัมมนาเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาใน 1 ปีที่ผ่านมา การให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลพรหมพิราม 12 ด้าน ได้แก่ 1) การแยกผู้ป่วยและการจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วย 2) การทำความสะอาดมือ 3) การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย 4) การแยกอุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องใช้ต่าง ๆ 5) การทำลายเชื้อในอุปกรณ์การแพทย์ 6) การจัดการผ้าที่ใช้กับผู้ป่วย 7) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 8) การควบคุมสิ่งแวดล้อม 9) การเก็บส่งตรวจ 10) ระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วย 11) การแนะนำผู้ป่วยและญาติและ 12) การหยุดใช้วิธี Contact precaution ของเชื้อดื้อยาที่จำเป็นต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ จำนวน 68 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

ระดับค่าคะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลพรหมพิราม แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับ 1 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับน้อยที่สุด ระดับ 2 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับน้อย ระดับ 3 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับปานกลาง ระดับ 4 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับมาก ระดับ 5 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับมากที่สุด

การแปลผล

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีการปฏิบัติน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.81- 2.60 หมายถึง มีการปฏิบัติน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง มีการปฏิบัติปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41- 4.20 หมายถึง มีการปฏิบัติมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.21- 5.00 หมายถึง มีการปฏิบัติมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลพรหมพิราม ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินงานวิจัยของธมลวรรณ คณานิตย์และคณะ (2564) ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 22 ข้อ แต่ละข้อมีความหมายดังนี้ ระดับ 1 หมายถึง เหมาะสมระดับน้อยที่สุด ระดับ 2 หมายถึง เหมาะสมระดับน้อย ระดับ 3 หมายถึง เหมาะสมระดับปานกลาง ระดับ 4 หมายถึง เหมาะสมระดับมาก ระดับ 5 หมายถึง เหมาะสมระดับมากที่สุด

การแปลผล

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง เหมาะสมระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง เหมาะสมระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง เหมาะสมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง เหมาะสมระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง เหมาะสมระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลพรหมพิราม จำนวน 7 ข้อ ซึ่งได้ปรับปรุงจากแบบประเมินงานวิจัยของมาลีวรรณ เกษตรทัต และคณะ (2566) ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) แต่ละข้อมีความหมายดังนี้ ระดับ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด ระดับ 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย ระดับ 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง ระดับ 4 หมายถึง พึงพอใจมาก ระดับ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

การแปลผล

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40

หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20

หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00

หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม ใช้บันทึกเมื่อพบอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพรหมพิราม ลักษณะแบบบันทึกใช้บันทึกอาการและอาการแสดงที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อในโรงพยาบาล คำนิยามของโรคติดเชื้อดื้อยา เกณฑ์วินิจฉัยการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลพรหมพิราม ยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา แบบประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านประกอบด้วยแพทย์ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่านและพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรง (content validity) และหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ 0.92, 1.00 และ 0.70 ตามลำดับและนำไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางระกำ จำนวน 30 คนที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลพรหมพิราม แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติและความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากบุคลากรพยาบาล 14 คน โดยการอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด หลังจากนั้นผู้วิจัยมอบแบบประเมินระดับการปฏิบัติแบบประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติและความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิรามและพร้อมทั้งนัดหมาย วัน เวลา เก็บรวบรวมแบบสอบถามภายใน 2 สัปดาห์ จนได้แบบสอบถามครบ 14 ชุด และดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting)

การสะท้อนผลของร่างแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน หลังจากมีการนำแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยในไปทดลองใช้แล้ว ผู้วิจัยได้มีการสอบถามความเห็นของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มเดียวกันกับการศึกษาในขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความเห็นของผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยาส่วนผู้ป่วยในด้านความเหมาะสมและด้านความเป็นไปได้รวมทั้งรวบรวมข้อมูลการทบทวนหลังปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อนำผลมาวิเคราะห์ ปรับปรุงและสรุปแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยในที่พัฒนาขึ้นให้มีความชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพรหมพิรามต่อไป

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยและดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เลขที่โครงการ 092/2567 เอกสารรับรองเลขที่ PREC 074-2567 วันที่รับรอง 30 กันยายน 2567 วันหมดอายุ 29 กันยายน 2568 การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครมีการดำเนินการโดยผู้วิจัย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อ นามสกุลของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แต่ระบุเป็นรหัสแทนตัวอาสาสมัคร และหลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในตู้เก็บเอกสารที่ปลอดภัย เข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลหลังวิจัยเสร็จสิ้น 1 ปี

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 สภาพปัญหา ความต้องการการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล รองหัวหน้างานผู้ป่วยใน แผนกชายและแผนกหญิงงานผู้ป่วยใน รวม 5 คน ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี และ 40 - 49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40 โดยมีอายุน้อยที่สุด 30 ปีและอายุมากที่สุด 56 ปี อายุเฉลี่ย 42.5 ปี จำแนกผู้ให้ข้อมูลตามบทบาทหน้าที่ พบว่าส่วนใหญ่ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 80 น้อยที่สุดเป็นนักเทคนิคการแพทย์ ร้อยละ 20 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยนานที่สุด 35 ปี น้อยที่สุด 7 ปี ประสบการณ์เฉลี่ย 22.2 ปี

1.2 สถานการณ์ สภาพปัญหา ความต้องการการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

สถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาในหน่วยงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกพบว่า ในปี 2562 - 2567 มีสถิติการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเท่ากับ 0.13 ครั้ง/1,000 วันนอน (2 ราย), 0.072 ครั้ง/1,000 วันนอน (1 ราย), 0.07 ครั้ง/1,000 วันนอน (1 ราย), 0.00, 0.084 ครั้ง/1,000 วันนอน (1 ราย) และ 0.06 ครั้ง/1,000 วันนอน (1 ราย) ตามลำดับ (โรงพยาบาลพรหมพิราม, 2568) โดยผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลศูนย์เพื่อมารับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะหรือเมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำและมีการใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็น ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อดื้อยาส่วนใหญ่เป็นระบบทางเดินปัสสาวะ จากสถิติอัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลพรหมพิรามไม่สูงมากนัก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่พ้นระยะวิกฤติแล้ว มาอนรรักษาต่อในโรงพยาบาลไม่นานมาก โดยเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1 - 2 สัปดาห์ แต่ความสำคัญของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลอยู่ที่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ส่งตัวมาเป็นผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ เช่น *Carbapenem - resistant Enterobacteriaceae (CRE)*, *Vancomycin - resistant Enterococci (VRE)* ซึ่งถ้าเกิดการระบาดในโรงพยาบาลพรหมพิราม จะส่งผลให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงและเสียชีวิตขึ้นได้ ผู้วิจัยได้สอบถามข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักสรุปภาพรวมสภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนผู้ป่วยในโรงพยาบาลพรหมพิราม ดังนี้

1.2.1 ขอบเขตของการวินิจฉัยการติดเชื้อดื้อยา พบว่า ขอบเขตและแนวทางการวินิจฉัยการติดเชื้อดื้อยายังไม่ชัดเจน ส่งผลให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยซึ่งมีหน้าที่ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลไม่มั่นใจในการปฏิบัติ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังไม่ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งจะเห็นได้จากการสุ่มตรวจเวชระเบียนในผู้ป่วยที่นอนนานของพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบมีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยไม่ได้รายงานให้พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทราบ ดังนั้นขอบเขตของการวินิจฉัยการติดเชื้อดื้อยา จึงควรมีการกำหนดให้ชัดเจนและสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานทราบและนำไปปฏิบัติให้ถูกต้อง

1.2.2 การมีส่วนร่วมของทีมในการดูแลผู้ป่วย พบว่า การประสานการดูแลในกรณีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ข้อเสนอแนะควรมีการประสานงานและส่งต่อข้อมูลในทีมการดูแลผู้ป่วย และควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจนเช่น การประสานงานกับแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วย การรายงานผลเพาะเชื้อจากห้องปฏิบัติการ (Laboratory: LAB) ที่ทันที่ การส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาหลังจำหน่ายกลับบ้านให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและติดตามข้อมูลหลังเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

1.2.3 ระบบการรายงานการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยและพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยบางคนไม่ได้มีการรายงานเมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลไปยังพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงควรมีการทบทวนแนวทางให้มีการรายงานในไลน์กลุ่มของ

ทีมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือโทรศัพท์แจ้งโดยตรงที่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1.2.4 จากการสัมภาษณ์พบว่าบุคลากรบางส่วนยังไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเช่น ไม่จัดผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาให้อยู่ในโซนที่เหมาะสม ไม่ล้างมือก่อนและหลังทำกิจกรรมให้ผู้ป่วย ใส่อุปกรณ์ป้องกันไม่ถูกต้อง ไม่แยกอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาจากผู้ป่วยรายอื่น ๆ ทำความสะอาดพื้นผิวที่ปนเปื้อนสิ่งสกปรกของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาไม่ถูกต้อง เป็นต้น หัวหน้าหน่วยงานจึงควรมีการนิเทศกำกับและประเมินการปฏิบัติของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ

1.2.5 อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์มีไม่เพียงพอที่จะแยกใช้เฉพาะกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาในแต่ละราย เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต หูฟัง เครื่องวัดปริมาณออกซิเจน ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ หัวหน้าหน่วยงานจึงควรจัดทำแผนจัดซื้อเพิ่มเติมให้มีเพียงพอ พร้อมใช้

ส่วนที่ 2 แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

ผู้วิจัยจัดประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาฯ ได้องค์ประกอบ ดังนี้

ตาราง 1 องค์ประกอบรายด้านของแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

ด้าน	แนวปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
ด้านที่ 1 การแยกผู้ป่วยและการจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วย	แยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาไว้ในห้องแยกหรือ Cohort zone หากห้องไม่พอ จัดผู้ป่วยไว้บริเวณท้ายหอผู้ป่วย	หัวหน้าหอผู้ป่วย/พยาบาลประจำหอผู้ป่วย
ด้านที่ 2 การทำความสะอาดมือ	ล้างมือตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ตามหลัก 5 Moments มีระบบติดตามและประเมินผลโดยกรรมการ	คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อ/พยาบาลประจำหอผู้ป่วย
ด้านที่ 3 การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย	ใช้อุปกรณ์ป้องกันอย่างถูกต้อง จัดอบรมครอบคลุมทุกกลุ่ม และจัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอทุกเวร	หัวหน้าหอ/คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อ
ด้านที่ 4 การแยกอุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องใช้ต่าง ๆ	แยกอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ห้ามใช้ร่วมกับผู้ป่วยอื่น	พยาบาลประจำหอผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่เวชภัณฑ์
ด้านที่ 5 การทำลายเชื้อในอุปกรณ์การแพทย์	ทำความสะอาดอ่างล้างอุปกรณ์ด้วยน้ำผงซักฟอก, น้ำสะอาด และ 0.5% sodium hypochlorite	เจ้าหน้าที่ล้างอุปกรณ์/พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ
ด้านที่ 6 การจัดการผ้าที่ใช้กับผู้ป่วย	แยกผ้าที่ใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อและส่งซักตามมาตรฐานผ้าติดเชื้อ	เจ้าหน้าที่ซักฟอก/พยาบาลประจำหอผู้ป่วย
ด้านที่ 7 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	เคลื่อนย้ายเฉพาะที่จำเป็น พร้อมใส่อุปกรณ์ป้องกันและต้องแจ้งปลายทางล่วงหน้า	พยาบาลประจำหอผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่เปล
ด้านที่ 8 การควบคุมสิ่งแวดล้อม	ทำความสะอาดวันละ 2 ครั้งด้วยน้ำยา 70% alcohol หรือ 0.5% sodium hypochlorite เริ่มจากบริเวณสะอาดไปสกปรก	แม่บ้านทำความสะอาด/พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ
ด้านที่ 9 การเก็บสิ่งส่งตรวจ	เก็บสิ่งส่งตรวจโดยใช้ภาชนะเฉพาะตาม specimen และระบุว่าเป็นเชื้อดื้อยา	พยาบาลผู้เก็บสิ่งส่งตรวจ/เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ
ด้านที่ 10 ระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วย	ตราระบุผู้ป่วยดื้อยาในใบส่งตัว และบัตรประจำตัวผู้ป่วย แจ้งข้อมูลให้ปลายทางทราบล่วงหน้า	พยาบาลผู้ส่งตัว/เจ้าหน้าที่เวชระเบียน
ด้านที่ 11 การแนะนำผู้ป่วยและญาติ	แนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการป้องกันการแพร่เชื้อ เช่น การล้างมือและการเว้นระยะห่าง	พยาบาลประจำหอผู้ป่วย/พยาบาลให้คำปรึกษา
ด้านที่ 12 การหยุดใช้วิธี Contact precaution ของเชื้อดื้อยาที่จำเป็นต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ	พิจารณาหยุด contact precaution โดยทีมควบคุมการติดเชื้อกรณีมีข้อบ่งชี้เหมาะสม	ทีม IC/แพทย์ผู้ดูแล/พยาบาลประจำหอผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ

3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ในขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์/ประเมินผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.86 อายุระหว่าง 25 - 48 ปี เฉลี่ย 31.93 ปี (S.D. 8.11) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 5 ปี และ 6 - 10 ปี ร้อยละ 35.71 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยใน มากที่สุด 25 ปี น้อยที่สุด 1 ปี เฉลี่ย 8.21 ปี (S.D. = 4.78) ตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 71.43 ส่วนน้อยเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 28.57 การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาใน 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เคยอบรม ร้อยละ 78.57 ส่วนน้อย ไม่เคยอบรม ร้อยละ 21.43 และทั้งหมดเคยให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ร้อยละ 100

3.2 ผลลัพธ์ต่อพยาบาลวิชาชีพ

3.2.1 การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม (N=14)

การประเมินผลตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา	Mean	S.D.	การแปลผล
ด้านที่ 1 การแยกผู้ป่วยและการจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วย (patient placement)	4.12	0.88	มาก
ด้านที่ 2 การทำความสะอาดมือ (hand hygiene)	4.41	0.68	มากที่สุด
ด้านที่ 3 การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย (Personal Protective Equipment)	4.46	0.62	มากที่สุด
ด้านที่ 4 การแยกอุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องใช้ต่างๆ	4.50	0.75	มากที่สุด
ด้านที่ 5 การทำลายเชื้อในอุปกรณ์การแพทย์	4.22	0.81	มากที่สุด
ด้านที่ 6 การจัดการผ้าที่ใช้กับผู้ป่วย	4.30	0.74	มากที่สุด
ด้านที่ 7 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	4.11	0.82	มาก
ด้านที่ 8 การควบคุมสิ่งแวดล้อม (environment control)	3.92	0.91	มาก
ด้านที่ 9 การเก็บสิ่งส่งตรวจ (specimen collection)	4.33	0.72	มากที่สุด
ด้านที่ 10 ระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วย (referral system)	3.80	0.93	มาก
ด้านที่ 11 การแนะนำผู้ป่วยและญาติ	4.17	0.73	มาก
ด้านที่ 12 การหยุดใช้วิธี Contact precaution เชื้อดื้อยาที่จำเป็นต้องควบคุมพิเศษ	3.71	0.91	มาก
รวม	4.18	0.79	มาก

จากตาราง 2 พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โดยรวมอยู่ระดับมาก (Mean=4.18 S.D.=0.79) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่ 4 การแยกอุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องใช้ต่างๆ มีคะแนนมากที่สุด (Mean=4.50, S.D.= 0.75) ส่วนด้านที่การปฏิบัติน้อยสุด คือ ด้านที่ 12 การหยุดใช้วิธี Contact precaution ของเชื้อดื้อยาที่จำเป็นต้องควบคุมเป็นพิเศษ (Mean=3.71, S.D.= 0.91)

3.2.2 การประเมินผลความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลพรหมพิราม

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม (N=14)

การประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา	Mean	S.D.	การแปลผล
1. แนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา	4.14	0.77	มาก
2. วัตถุประสงค์และขอบเขตของแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา	4.07	0.92	มาก
3. บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา	4.29	0.99	มากที่สุด
4. การแยกผู้ป่วยและการจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	4.21	0.80	มากที่สุด
5. การทำความสะอาดมือ	4.64	0.63	มากที่สุด
6. การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	4.50	0.65	มากที่สุด
7. การแยกอุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องใช้ต่างๆ	4.29	0.99	มากที่สุด
8. การทำลายเชื้อในอุปกรณ์การแพทย์ หลังใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	4.21	0.80	มากที่สุด
9. การจัดการผ้าที่ใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	4.00	1.11	มาก
10. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	4.00	1.11	มาก
11. การควบคุมและการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	4.21	0.98	มากที่สุด
12. การเก็บสิ่งส่งตรวจผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	4.29	0.73	มากที่สุด
13. ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยและการรายงานข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	4.21	0.80	มากที่สุด
14. การแนะนำผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาและญาติของผู้ป่วย	4.29	0.73	มากที่สุด
15. การหยุดใช้วิธี Contact precaution ของเชื้อดื้อยาที่จำเป็นต้องควบคุมพิเศษ	4.07	0.73	มาก
16. มีความสอดคล้องกับนโยบายการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในระดับประเทศ	4.21	0.89	มากที่สุด
17. มีความสอดคล้องกับนโยบายการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล	4.14	0.86	มาก
18. เป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรนำไปใช้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา	4.43	0.94	มากที่สุด
19. เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล	4.43	0.94	มากที่สุด
20. เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน มีแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน	4.43	0.76	มากที่สุด
มีความชัดเจน ทุกคนนำไปปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ตัวชี้วัดบรรลุตามเป้าหมาย			
21. เป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาล อัตราการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยลดลง ลดอัตราตาย	4.43	0.76	มากที่สุด
ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียน			
ความเหมาะสมในภาพรวม	4.29	0.61	มากที่สุด

จากตาราง 3 พบว่า คะแนนการประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน มีความเหมาะสมโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.29, S.D.=0.61) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 5 การทำความสะอาดมืออยู่ในเกณฑ์ความเหมาะสมมากที่สุด (Mean=4.64, S.D.=0.63) รองลงมาคือ ข้อ 6 การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา อยู่ในเกณฑ์ความเหมาะสมมากที่สุด (Mean=4.50, S.D.=0.65), ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 9 การจัดการผ้าที่ใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และข้อ 10 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมมาก (Mean=4.00, S.D.=1.11)

3.2.3 ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม (N=14)

การประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา	Mean	S.D.	การแปลผล
1. เนื้อหาของแนวปฏิบัติฯ มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย	4.21	0.70	มากที่สุด
2. เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน	3.93	0.92	มาก
3. สามารถนำไปปฏิบัติในหน่วยงานได้จริง	4.00	0.68	มาก
4. สามารถช่วยให้บุคลากรตระหนักในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น	4.50	0.52	มากที่สุด
5. ทำให้ปฏิบัติการลดเชื้อดื้อยาลดลง	4.29	0.61	มากที่สุด
6. สามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้ออื่นได้	4.57	0.65	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในภาพรวม	4.29	0.61	มากที่สุด

จากตาราง 4 พบว่าความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิรามในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.29, S.D.= 0.61) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมาก-มากที่สุด โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ข้อ 6 สามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้ออื่น ๆ ได้ มีความพึงพอใจมากที่สุด (Mean=4.57, S.D.=0.65) ส่วนข้อที่มีคะแนนระดับมาก แต่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 2 เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน มีความพึงพอใจมาก (Mean=3.93, S.D.= 0.92)

3.3 ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย

3.3.1 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

ข้อมูลการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลพรหมพิราม ในปีงบประมาณ 2568 (ตุลาคม 2567 - มีนาคม 2568) ยังไม่พบว่ามีติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล โดยอัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเท่ากับ 0.00 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน

3.3.2 อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

ข้อมูลอัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลพรหมพิราม 2568 (ตุลาคม 2567 - มีนาคม 2568) เท่ากับ 0.00 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน จะเห็นได้ว่าหลังจากมีการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยในแล้วพบว่าโรงพยาบาลพรหมพิรามยังไม่พบมีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเสียชีวิตในโรงพยาบาลพรหมพิราม

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาและความต้องการการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน พบว่า แม้ว่าอุบัติการณ์ของการติดเชื้อดื้อยาจะมีไม่มาก แต่ประเด็นที่ควรต้องแก้ไขและมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติ คือ แนวทางในการวินิจฉัยการติดเชื้อดื้อยาที่ชัดเจน เพราะส่งผลทำให้ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการและอาการแสดงที่น่าจะติดเชื้อดื้อยาไม่ได้รับการวินิจฉัยและการดูแลที่ถูกต้อง สอดคล้องกับที่เทรวาสและคณะ (Trevas et al., 2021) ที่ระบุไว้ว่าการวินิจฉัยการติดเชื้อที่แม่นยำจะช่วยลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นและลดความเสี่ยงของการดื้อยาปฏิชีวนะที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีประเด็นเรื่องการทำงานระหว่างทีมสุขภาพที่อาจยังมีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยที่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยายังไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การทำงานแบบครบวงจรขาดช่วงไป สอดคล้องกับโบนาคอนซาและคณะ (Bonaconsa et al., 2024) ที่พบว่าการปรับปรุงการสื่อสารในทีมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพสามารถส่งผลดีต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อได้ และในขณะเดียวกันแนวปฏิบัติฉบับเดิมอาจขาดรายละเอียดและความชัดเจนบางอย่างที่ไม่ครอบคลุมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาทั้งหมด ทำให้ผู้ปฏิบัตินำไปปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของฮอจตันและคณะ (Houghton et al., 2020) ที่พบว่าความไม่ชัดเจนของแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่ง

ที่ทำให้พยาบาลไม่สามารถนำประเด็นที่สำคัญไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาและส่งผลให้เกิดการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลพรหมพิรามขึ้นได้

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน พบว่าแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยในที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย แนวปฏิบัติที่มีการแยกเป็นรายด้าน เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการนำสู่การปฏิบัติทั้งหมด 12 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การแยกผู้ป่วยและการจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วย ด้านที่ 2 การทำความสะอาดมือ ด้านที่ 3 การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย ด้านที่ 4 การแยกอุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องใช้ต่าง ๆ ด้านที่ 5 การทำลายเชื้อในอุปกรณ์การแพทย์ ด้านที่ 6 การจัดการผ้าที่ใช้กับผู้ป่วย ด้านที่ 7 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ด้านที่ 8 การควบคุมสิ่งแวดล้อม ด้านที่ 9 การเก็บสิ่งส่งตรวจ ด้านที่ 10 ระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วย ด้านที่ 11 การแนะนำผู้ป่วยและญาติ และด้านที่ 12 การหยุดใช้วิธี Contact precaution ของเชื้อดื้อยาที่จำเป็นต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าวมีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพรหมพิราม และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน สามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติเพื่อสื่อสารให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พนักงนผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงนเปล แม่บ้าน (พนักงนผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงนเปล แม่บ้าน อยู่ภายใต้การกำกับของพยาบาลวิชาชีพ) และใช้เป็นแบบติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้อีกด้วย สารสำคัญของแนวปฏิบัติมีความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพของสถาบันบำราศนราดูร (สถาบันบำราศนราดูร, 2567) และอะเคื่อ อุณหเลขกะ (2561) ซึ่งครอบคลุมในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

3. ผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ด้านพยาบาลวิชาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยในที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก-มากที่สุด และเห็นว่าแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยในมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการพร้อมมีคู่มือการดำเนินการแก่พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อทำความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจึงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพทราบว่าต้องนำประเด็นต่าง ๆ ไปสู่การปฏิบัติอย่างไร สอดคล้องกับอัษฎางค์ สุหนต์ (2565) ที่ระบุว่าการใช้รูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาลด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนความรู้ การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ การกระตุ้นเตือนโดยใช้โปสเตอร์ การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและอุปกรณ์การแพทย์ และการรณรงค์การทำความสะอาดมือเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่สำคัญคือ การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและสื่อสารให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง (วิศรียาพรรณ สืบศิริกุล และคณะ, 2566) และสอดคล้องกับการพัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ โรงพยาบาลเพ็ญที่พบว่า มีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการประเมินผลการพัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพโรงพยาบาลเพ็ญพบว่า มีการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน (ธมลวรรณ คณานิธย์ และคณะ, 2564) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาส่วนงานผู้ป่วยในโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ ใจดี และพิมพ์สุภา ดิตขม (2563) ที่พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนั้นเกิดจากการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้น โดยผู้วิจัยมีการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงความต้องการในการพัฒนาและในระหว่างการพัฒนามีการนำไปทดลองใช้และสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของวิจิตย์ ทองแสน (2564) ที่พบว่าบุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการดำเนินการและแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติทำให้วิธีการส่งเสริมการปฏิบัติที่ใช้ในการดำเนินการมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานจริง จึงทำให้บุคลากรพยาบาลทั้งหมดเห็นด้วยในวิธีการที่ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติ และอาจเป็นเพราะในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการ

ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการและมีคู่มือที่ชี้แจงทำความเข้าใจที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉราวงศ์ สุหนต์ (2565) ที่พบว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติที่หลากหลายสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างดี

4. ผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาส่วนงานผู้ป่วยใน พบว่าในปีงบประมาณ 2568 (ตุลาคม 2567 - มีนาคม 2568) อัตราการติดเชื้อคือยาในโรงพยาบาลเท่ากับ 0.00 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน และข้อมูลอัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อคือยาในโรงพยาบาลพรหมพิรามระหว่างปีงบประมาณ 2562 - 2568 (ตุลาคม 2567 - มีนาคม 2568) เท่ากับ 0.00 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน จะเห็นได้ว่าหลังจากมีการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาส่วนงานผู้ป่วยในแล้วพบว่าโรงพยาบาลพรหมพิรามยังไม่พบมีผู้ป่วยติดเชื้อคือยาในโรงพยาบาลพรหมพิรามเสียชีวิต ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นอย่างเคร่งครัดในทุกขั้นตอนทั้ง 12 ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิมล อรรถพรกุลและคณะ (2564) ที่พบว่า เมื่อพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีมีการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อคือยาด้านจุลชีพอ่างครบถ้วนทำให้สามารถลดการแพร่กระจายเชื้อและส่งผลให้การติดเชื้อคือยาลดลงได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริหาร สามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อคือยาส่วนงานผู้ป่วยในและส่วนงานอื่นทั้งโรงพยาบาลต่อไป รวมทั้งการกำหนดนโยบายการส่งต่อผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อคือยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ด้านบริการ สามารถนำแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อคือยาที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป โดยอาจมีการขยายการนำแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อคือยาส่วนงานผู้ป่วยในไปปรับใช้ในหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยติดเชื้อคือยาด้วยเช่นกันเช่น งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โดยนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายของเชื้อคือยาลงให้ครอบคลุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อคือยา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อคือยาส่วนงานผู้ป่วยในไปใช้ในทางปฏิบัติ โดยมีการติดตามซ้ำในระยะยาว เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในระยะสั้นเพียง 6 เดือน

2. พัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อคือยาสำหรับผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อคือยามากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ

3. พัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อคือยาซ้ำโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบทดลอง เพื่อให้ได้หลักฐานผลการวิจัยที่มีระดับความน่าเชื่อถือมากขึ้น นำมาปรับปรุงหรือพัฒนาแนวปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพและทันสมัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กำธร มาลาธรรม, วีรวัฒน์ มโนสุทธิ, กำพล สุวรรณพิมลกุล, คัคณางค์ นาคสวัสดิ์, จิตรลดา รุจิทิพย์, ชาญวิทย์ ตรีพุทธรัตน์, จิตติพงษ์ ยิ่งยง, ดวงพร จินตโนทัยถาวร, เทพนิมิต จูแดง, นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, พิริยาพร จงตระกูล, ไพฑูรย์ บุญมา, ยงค์ รงค์รุ่งเรือง, รณณีย์ ชัยวาฤทธิ์, เลลานี ไพฑูรย์พงษ์, วราภรณ์ พุ่มสุวรรณ, วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, วราภรณ์ เทียนทอง, วันทนา ปวีณกิตติพร, . . . อัมไพวรรณ พวงกำหยาด. (2562). *การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ ดีไซน์.
- ปาริชาติ ใจดี และ พิมพ์สุภา ทิตชม. (2563). การพัฒนาและประเมินผลแนวทางป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาล ตึกผู้ป่วยอายุรกรรมและตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ. *วารสารวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมทางสุขภาพ*, 1(3), 53-61.
- ธมลวรรณ คณานิตย์, ประจักษ์ บัวผัน, และชลการ ทรงศรี. (2564). การพัฒนาทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โรงพยาบาลเพ็ญ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 29(2), 232-248.
- พรพิมล อรรถพรกุล, พรนภา เอี่ยมลออ, จิราภรณ์ คุ่มศรี, สิ้นจัย เชื้อนเพชร, นิภาพร ช่างเสนา, และนัยนา วัฒนากุล. (2564). ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.*, 3(3), 1-15.
- ภัศราภรณ์ ศิริษา. (2564). ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาแบบบูรณาการของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(2), 95-102.
- มาลีวรรณ เกษตรทัต, ศศิประภา ต้นสุวัฒน์และศิรินนท ยิ้มโกศล. (2566). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาลลำพูน. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมนานาชาติ*, 13(1), 17-30.
- โรงพยาบาลพรหมพิราม. (2568). *ข้อมูลเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก*. โรงพยาบาลพรหมพิราม.
- วิจิตย์ ทองแสน. (2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาล อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, 4(1), 19-28.
- วิศรียาพรรณ สืบศิริกุล, ประภัสสร ควาญช้าง, วิมลพรรณ สังข์สกุล, และเบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร. (2566). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา: การทบทวนแบบบูรณาการ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 29(3), 112-129.
- สถาบันบำราศนราดูร. (2567). *Updating IPC Guidelines for Thailand 2024* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- อะเคื่อ อุณหเลขกะ. (2561). *แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 4). มิ่งเมือง นวัตกรรม
- อัษฎางค์ สุหนต์. (2565). ผลของการปฏิบัติด้วยวิธีผสมผสานเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลอ่างทอง. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 6(12), 70-80.
- Bonaconsa, C., Mbamalu, O., Surendran, S., George, A., Mendelson, M., & Charani, E. (2024). Optimizing infection control and antimicrobial stewardship bedside discussion: A scoping review of existing evidence on effective healthcare communication in hospitals. *Clinical Microbiology and Infection*, 30(3), 336-352. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2023.12.011>

- Houghton, C., Meskell, P., Delaney, H., Smalle, M., Glenton, C., Booth, A., Chan, X. H. S., Devane, D., & Biesty, L. M. (2020). Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: A rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD013582. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013582>
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (eds). (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press
- Trevas, D., Caliendo, A. M., Hanson, K., Levy, J., & Ginocchio, C. C. (2021). Diagnostic tests can stem the threat of antimicrobial resistance: Infectious disease professionals can help. *Clinical Infectious Diseases*, 72(11), e893–e900. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1527>

ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์

The relationship between community-based elderly care and quality of life among older adults in Wang Tha Di Subdistrict, Phetchabun Province

รุ่งทิวา บุญประคม*, ดวงพร ปิยะคง, อัมราภรณ์ ภูระย้า และสุกฤตา ว่องวิทย์การ

Roongtiva Boonpracom*, Duangporn Piyakong, Amaraporn Puraya, & Sugritta Wongwiggan

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Faculty of Nursing, Naresuan University

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

(Received: April 9, 2025; Revised: June 10, 2025; Accepted: June, 16, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 330 คน ใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย และแบบสัมภาษณ์การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.86 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค์อัลฟา ได้เท่ากับ 0.94 และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้เท่ากับ 0.77 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางทั้งในภาพรวมและรายด้านอย่างไรก็ตามพบว่ามีความพึงพอใจต่อสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมากและคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี 2) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าการดูแลจากชุมชนในระดับมาก และ 3) การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.50$)

ข้อเสนอแนะ หน่วยงานในชุมชนควรส่งเสริมและดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก

Abstract

This descriptive research aimed to examine the quality of life among older adults and to investigate the relationship between community-based elderly care and their quality of life in Wang Tha Di Subdistrict, Phetchabun Province. The sample consisted of 330 older adults selected through stratified random sampling. The research instruments included the Thai version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF-THAI) interview for older adults and a community-based elderly care interview form developed by the researcher. The community care interview form was validated by six experts, yielding a Content Validity Index (CVI) of 0.86, and its reliability was confirmed using Cronbach's alpha coefficient of 0.94. The reliability coefficient of the WHOQOL-BREF-THAI interview was 0.77. Data were analyzed using descriptive statistics, and Pearson's correlation coefficient was used to assess the relationship.

The results revealed that: 1) older adults had a moderate overall quality of life, though they reported high satisfaction with their health and overall well-being; 2) the majority perceived a high level of care from the community; and 3) community-based elderly care had a moderate positive correlation with quality of life, which was statistically significant at the .01 level ($r = 0.50$).

Recommendations: Community organizations should promote and sustain community-based elderly care programs to further enhance the quality of life of older adults.

Keywords: community care, quality of life, elderly, WHOQOL-BREF-THAI

บทนำ

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปีพ.ศ.2565 ไทยมีประชากร 66 ล้านคน ในจำนวนนี้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ถือว่าไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Completed Aged Society) ในปี พ.ศ. 2576 ไทยจะมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 28 อายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 20 ไทยจึงอยู่ในสภาวะการมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง (พงศ์สุรีย์ จีรวินพัฒนลักษณ์, 2566) นอกจากนี้ยังมีปัญหาโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลง ครอบครัวยุคใหม่มีลูกคนเดียวมากขึ้น จำนวนประชากรวัยทำงานก็มีน้อยลง และยังมีการย้ายถิ่นฐานเพื่อเข้าไปประกอบอาชีพในเมือง โดยมีแรงผลักดันหลายด้าน เช่น ความยากจน การว่างงาน และการแสวงหางานทำเพื่อรายได้ที่ดีกว่า เพราะปัญหาสภาพทางเกษตรกรรม มีการขาดแคลนน้ำ ดินฟ้าอากาศไม่เอื้ออำนวยต่อการเพาะปลูก ปัญหาความบกพร่องของตลาด ราคาพืชผลเกิดการระเหินในภาคเกษตรกรรม (พรพิมล พิณเสนาะ, 2560) ทำให้การพัฒนาประเทศก็จะช้าลง ทำให้เศรษฐกิจก็จะโตช้าลงด้วย เช่นเดียวกับในตำบลวังท่าดี ที่พบว่ามีผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังและต้องดูแลคนพิการในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 28.32 ของจำนวนครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุทั้งหมด นอกจากนี้เมื่อประเมินจากภาวะเศรษฐกิจพบว่าประชาชนในตำบลวังท่าดีมีรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน 80,000 บาทต่อปี มีภาระหนี้สินครัวเรือนประมาณ 120,000 บาทต่อปี ซึ่งภาระหนี้สินมาจากการลงทุน ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์เพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพด้วยตนเอง 89.13 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด และมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนคิดเป็นร้อยละ 0.90 ของจำนวนครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุทั้งหมด และเมื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีคิดเป็นร้อยละ 40 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด และผู้สูงอายุที่มีความพิการด้านการเคลื่อนไหว การสื่อสาร การมองเห็นและจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 6.25 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (องค์การบริหารส่วนตำบลวังท่าดี, 2567)

การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นโดยองค์การบริหารส่วนตำบลวังท่าดี ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐาน หมายถึงการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นซึ่งเกิดจากการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลวังท่าดี ร่วมกับศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (ศวช.) และได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุน ส่งเสริม และช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความเป็นอยู่ที่ดี มีความพึงพอใจ และมีความสุขในชีวิต ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นการรวบรวมองค์ความรู้ที่เกิดจากการสังสรรค์ประสบการณ์การดำเนินงานของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ได้แก่กลุ่มมหาวิทยาลัย และตำบลต้นแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยท้องถิ่น จำนวน 5 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และกลุ่มศูนย์ประสานงานและจัดการเรียนรู้ (ศปง.) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น จำนวน 8 อปท. (ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2561) จากการทำดำเนินงานของพื้นที่ข้างต้น มีรูปแบบของงานและกิจกรรมที่แตกต่าง และหลากหลายภายใต้การสานพลังของภาคีในชุมชนจากหลายภาคส่วน ก่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นครอบคลุมงานและกิจกรรมหลัก 6 ชุดกิจกรรมคือ 1) การพัฒนาศักยภาพ 2) การพัฒนาสภาพแวดล้อม 3) การพัฒนาระบบบริการ 4) การจัดตั้งกองทุนหรือจัดให้มีสวัสดิการช่วยเหลือกัน 5) การพัฒนาและนำใช้ข้อมูลในการส่งเสริมแก้ไข/จัดการปัญหาผู้สูงอายุ และ 6) การมีกฎระเบียบ แนวปฏิบัติเพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานกิจกรรมเสริมความเข้มแข็งชุมชนท้องถิ่น พร้อมทั้งได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม 10 ชุดปฏิบัติการ: 5อ 5ก สูงวัยสร้างเมือง โดยกิจกรรม 5 อ. ประกอบด้วย อ: อาชีพผู้สูงอายุ

อ: อาหารสำหรับผู้สูงอายุ อ: ออกกำลังกายผู้สูงอายุ อ: ออมสำหรับผู้สูงอายุ และ อ: อาสาสร้างเมือง และส่วนกิจกรรม 5ก. ประกอบด้วย ก: การป้องกันและลดอุบัติเหตุให้ผู้สูงอายุ ก: การพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุ ก: การพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ ก: การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และ ก: การบริการกายอุปกรณ์ซึ่งทุกกิจกรรมมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้รับความสนใจอย่างมากในระบบสุขภาพ สืบเนื่องจากความทันสมัยของเทคโนโลยีที่สามารถยืดอายุของผู้คนออกไปได้มาก ผลที่ตามมาคือมีผู้คนจำนวนมากที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องการการจัดการให้สามารถอยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น จึงควรเพิ่มคุณภาพชีวิตให้เป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่ง ให้เหมือนกับอัตราการตาย และอัตราความพิการ ในการประเมินผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ (World Health Organization [WHO], 2020) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีชีวิตที่ความสมบูรณ์ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของตนเอง การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบในหลากหลายพื้นที่ของประเทศไทย เช่น 1) ศันสนีย์ โอถาวรวงษ์ (2565) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหัวกุญแจ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี 2) ปทุมวรรณ กาลปัก และวรัชยา ศิริวัฒน์ (2563) ทำการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับดี มีเพียงการศึกษาในบางพื้นที่ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (มณฑลญา กงลา, 2564) ขณะที่ในต่างประเทศ Attafuah et al. (2021) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสลัมของเมือง Ghanaian พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่นเดียวกับ Acharya et al. (2022) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่ในชนบทของประเทศเนปาล พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ดี เมื่อพิจารณาเครื่องมือที่นำมาประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก WHOQOL BREF (1996) ที่มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (WHO, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่นี้ จากนโยบายการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบลวังท่าดี จำเป็นต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลของการดูแลผู้สูงอายุที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ประกอบการตัดสินใจในการปรับปรุง และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานที่ถูกทิศทางเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลวังท่าดี และค้นหาคำตอบว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นมีความสัมพันธ์อย่างไรต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลวังท่าดี เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการกำหนดนโยบาย แผนกลยุทธ์ ตลอดจนแผนปฏิบัติการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นตำบลวังท่าดี และยังสามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นขององค์กรปกครองท้องถิ่นอื่นๆได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์วิจัย

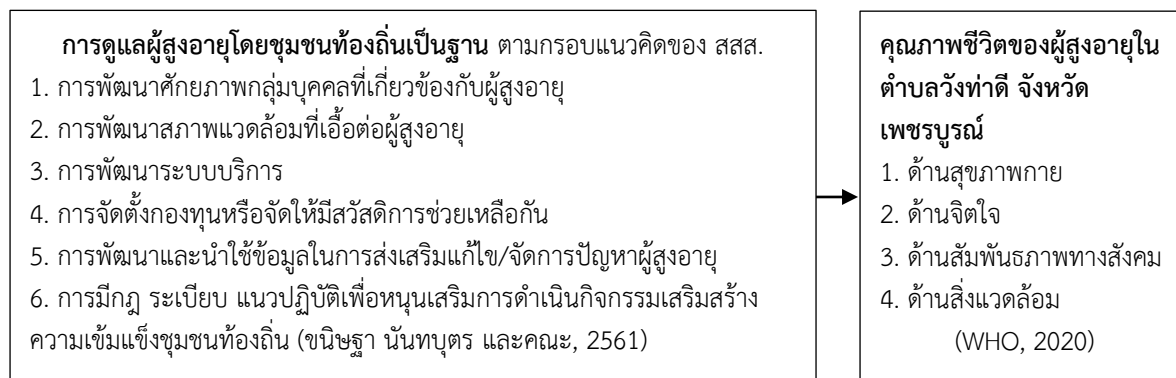
1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อศึกษาระดับการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานของผู้สูงอายุในตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์

สมมติฐาน

การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย แบบศึกษาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์ ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) ระดับการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานของผู้สูงอายุในตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์ ตามกรอบแนวคิดของ สสส. (ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2561) และหาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานตามกรอบแนวคิดของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์ จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ สรุปได้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้อย่างแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิง และเพศชาย จำแนกออกเป็น 3 กลุ่มตามการใช้ความสามารถในการทำหน้าที่เป็นตัวกำหนด ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี หรือกลุ่มติดสังคม 2) กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และ 3) กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ตามแบบรายงานของข้อมูลสถานะสุขภาพของชุมชนด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (TCNAP) ตำบลวังท่าดี ปี พ.ศ.2561 จำนวนทั้งสิ้น 883 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิง และเพศชาย โดยใช้เทคนิคการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มจากประชากรตามสัดส่วนของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม ซึ่งทำการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามาเน่ (Yamane) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 275 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือสูญหาย (Dropout rate) จึงเผื่อขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Beck, 2004) คิดเป็น 55 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 330 คนโดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มจากประชากรตามสัดส่วนกลุ่มผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มติดสังคม จำนวน 314 คน จากจำนวนประชากร 841 คน 2) กลุ่มติดบ้านจำนวน 11 คน จากจำนวนประชากร 28 คน 3) กลุ่มติดเตียงจำนวน 5 คน จากจำนวนประชากร 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ ประเภทของผู้สูงอายุ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย ลักษณะของครอบครัว โรคประจำตัว คนดูแลในบ้าน การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเป็นสมาชิกฅาปนกิจสงเคราะห์ การเป็นสมาชิกกองทุน การเป็นนักเรียนในโรงเรียนชราภิบาล การมีบัตรสวัสดิการรัฐ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความลงในช่องว่าง มีข้อความจำนวน 16 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านสุขภาพจิต 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ให้คะแนนออกเป็น 5 ระดับ (สวิตซ์ นัตตินันต์กรู และคณะ, 2541) ได้แก่ 1 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกไม่พอใจมาก ท่านรู้สึกแย่มาก ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึงรู้สึกพอใจมากที่สุด/ชอบมากที่สุด ผลรวมของคะแนนทั้งแบบสอบถามเป็นไปตั้งแต่ 5 - 120 การแปลผลคะแนนรวมของทั้งแบบวัด สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ 24 - 55 คะแนน หมายถึงกลุ่มผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 59-88 คะแนน หมายถึงกลุ่มผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และ 89 - 120 คะแนน หมายถึงกลุ่มผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. แบบสัมภาษณ์การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างตามกรอบแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐาน ของ สสส. (ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2561) ประกอบด้วยข้อความอันเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานซึ่งเกิดจากการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลวังท่าดี ร่วมกับศูนย์วิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (ศวช.) และได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ประกอบด้วย 6 ชุดกิจกรรมการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพ 2) การพัฒนาสภาพแวดล้อม 3) การพัฒนาระบบบริการ 4) การจัดตั้งกองทุนหรือจัดให้มีสวัสดิการช่วยเหลือกัน 5) การพัฒนาและนำใช้ข้อมูลในการส่งเสริมแก้ไข/จัดการปัญหาผู้สูงอายุ และ 6) การมีกฎ ระเบียบ แนวปฏิบัติเพื่อหนุนเสริมการดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชนท้องถิ่น โดยสร้างเป็นลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 48 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์ในการพิจารณาอยู่ 4 ระดับ ได้แก่ 1 คะแนน ไม่มีสิ่งนั้นเกิดขึ้นในหมู่บ้านของท่าน หรือน้อยที่สุด ไปจนถึง 4 คะแนน หมายถึง สิ่งนั้นเกิดขึ้นในหมู่บ้านของท่านมากที่สุด อย่างครบถ้วน สมบูรณ์ ค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งแบบสัมภาษณ์ เป็นไปตั้งแต่ตั้งแต่ 0 - 4 การแปลผลคะแนนรวม สามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ค่าเฉลี่ย 0 - 1.0 หมายถึงสิ่งนั้นไม่เกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.1 - 2.0 หมายถึงสิ่งนั้นเกิดขึ้นบางส่วน ค่าเฉลี่ย 2.1 - 3.0 หมายถึงสิ่งนั้นเกิดขึ้นมากหรือเป็นส่วนใหญ่ และค่าเฉลี่ย 3.1 - 4.0 หมายถึงสิ่งนั้นเกิดขึ้นมากที่สุด ครบถ้วน สมบูรณ์

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย 2 วิธีการ ได้แก่

1. การหาความตรงของเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐาน เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาใหม่ จึงต้องมีการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน เพื่อหาค่า Content Validity Index (CVI) โดยมีเกณฑ์ค่า CVI ที่ยอมรับคือ $\geq .80$ (Polit & Beck, 2008) ผลจากการตรวจหาความตรงของเครื่องมือ พบว่าได้ค่า CVI ของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับเท่ากับ 0.86 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยมีค่า CVI รายข้อตั้งแต่ 0.5 - 1 ไม่มีข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ตัดทิ้ง แต่ให้ย้ายข้อความบางข้อให้ไปตรงกับคำนิยามในแต่ละกิจกรรม

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ หลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และนายกองการบริหารส่วนตำบลวังท่าดีในการทดสอบเครื่องมือ การศึกษานำร่องจะเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้รวมอยู่ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มตามสัดส่วน รวม 30 คนด้วยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาร์ค อัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสัมภาษณ์การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐาน และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีเกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาร์ค อัลฟา ที่ยอมรับคือ $\geq .80$ (Polit & Beck, 2008) ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งสองฉบับใน

การศึกษานำร่อง 30 คน พบว่าแบบสัมภาษณ์การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อัลฟาเท่ากับ 0.94 และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.77 จึงทำการทดสอบซ้ำในกลุ่มการศึกษาหลัก จำนวน 330 คน พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อัลฟา เท่ากับ 0.95 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมที่ NU-IRB No. 0730/62 ผู้วิจัยดำเนินการทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้กลุ่มอาสาสมัครผู้ช่วยวิจัยที่เป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และกลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ทั้ง 9 หมู่บ้าน จำนวน 20 คน ของตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยมีขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบลวังท่าดี เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประชุมทีมงาน และอบรมกลุ่มอาสาสมัครผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวิธีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ การชี้แจงข้อมูลและวัตถุประสงค์การวิจัย การให้เอกสารแสดงความยินยอมกับกลุ่มผู้สูงอายุ และวิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างตามแบบสัมภาษณ์ในแต่ละข้อตามสภาพของผู้สูงอายุในแต่ละคน หลังการอบรมให้กับอสม. และอผส. ผู้ช่วยเก็บข้อมูลมีความมั่นใจ และมีการใช้แบบสัมภาษณ์ได้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งหมด

3. กลุ่มอสม. และ กลุ่มอผส. เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด 330 คนโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มตามจำนวนที่กำหนดไว้ และมอบค่าตอบแทนให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ

4. เมื่อเก็บข้อมูลกับกลุ่มอาสาสมัครผู้สูงอายุครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์กลับมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ในแต่ละชุดก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล

5. เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ทำการคืนข้อมูลและรับฟังเสียงสะท้อนจากทีมสุขภาพและประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลวังท่าดี กลุ่มอสม. และกลุ่มอผส. ที่เป็นผู้ช่วยวิจัย เพื่อทราบผลการวิจัย และแนวทางในการนำผลการวิจัยไปใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ.05 ข้อมูลส่วนบุคคล และค่าคะแนนของแต่ละตัวแปร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, อันดับ, และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ค่าคะแนนของแต่ละตัวแปรคุณภาพชีวิต และการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐาน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, อันดับ, และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในแต่ละตัวแปร

3. การทดสอบสมมติฐาน ด้วยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันหาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐาน กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ว่าตัวแปรทั้งสองตัวแปรเป็นตัวแปรแบบค่าต่อเนื่อง หรือเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งข้อมูลของทั้งสองตัวแปรเป็นค่าคะแนนที่มีค่าต่อเนื่อง และความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปรเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ด้วยการทดสอบ F test พบว่าค่า F-test = 110.531 มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .000) แสดงว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง และค่า Deviation from Linearity มีค่า F-test = 1.123 (p-value = .257) ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ตัวแปรทั้งสองไม่มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นโค้ง แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมในการใช้สถิติ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับหมายเลขรับรอง NU-IRB No. 0730/62 รับรองวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มประชากรที่ศึกษาโดยชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรับทราบวัตถุประสงค์ของ การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอม และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บ ไว้เป็นความลับนาน 1 ปี ทำลายเอกสารตามระบบของวิทยาลัย และนำเสนอเป็นภาพรวมตามความเป็นจริง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 314 คน คิดเป็นร้อยละ 70 อายุเฉลี่ยของกลุ่มผู้สูงอายุ 70.27 ปี เป็นเพศหญิง จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรสหม้าย จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 49.4 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 79.1 มีอาชีพเป็น แม่บ้าน/พ่อบ้าน จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1000 จำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 51.8 มีความเพียงพอของรายได้ในระดับไม่พอใช้จ่าย และมีหนี้สิน จำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 48.8 มีบ้านเป็นของตนเอง จำนวน 325 คน คิดเป็นร้อยละ 98.5 ลักษณะครอบครัวเป็นอยู่กับสามี/ภรรยา มีลูกหลานอยู่ด้วย จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 76.4 มีโรคประจำตัว จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 59.4 มีผู้ดูแล จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 76.4 เป็นสมาชิกฌาปนกิจสงเคราะห์ จำนวน 288 คน คิดเป็นร้อยละ 87.3 และเป็นสมาชิกกองทุน จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 70.0 แต่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 266 คน คิดเป็นร้อยละ 80.6 ไม่เป็นนักเรียนในโรงเรียนชราภิบาล จำนวน 279 คน คิดเป็นร้อยละ 84.5 และไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ จำนวน 224 คน คิดเป็น ร้อยละ 67.9

2. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีความพึงพอใจกับภาวะสุขภาพของตนเองในระดับพอใจมาก เมื่อจำแนกในแต่ละกลุ่ม พบว่า กลุ่มติดสังคมมีความพึงพอใจกับภาวะสุขภาพของตนเองในระดับพอใจมาก ส่วนกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงมีความพึงพอใจกับภาวะสุขภาพของตนเองในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อจำแนกในแต่ละกลุ่ม พบว่า กลุ่มติดสังคมมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับดี ส่วนกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลรวมของคะแนนทั้งฉบับ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกในแต่ละกลุ่ม พบว่าทั้งสามกลุ่มก็มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวมในระดับปานกลาง ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่ม (n = 330)

ระดับคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)/การแปลผล			
	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง	รวมทุกกลุ่ม
ข้อ 1 ความพอใจกับสุขภาพ	3.49 (1.08)	2.64 (0.92)	2.00 (1.023)	3.44 (1.10)
การแปลผล	พอใจมาก	พอใจปานกลาง	พอใจปานกลาง	พอใจมาก
ข้อ 26 คุณภาพชีวิตในภาพรวม	3.34 (0.91)	2.09 (0.83)	2.40 (1.14)	3.28 (0.94)
การแปลผล	ดี	ปานกลาง	ปานกลาง	ดี
1. ด้านสุขภาพทางกาย	22.57 (4.61)	17.73 (3.50)	16.20 (2.86)	22.31 (4.70)
การแปลผล	ปานกลาง	ปานกลาง	ไม่ดี	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ	18.95 (3.68)	15.27 (3.64)	14.00 (4.18)	18.75 (3.78)
การแปลผล	ปานกลาง	ปานกลาง	ไม่ดี	ปานกลาง
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	11.90 (2.53)	8.55 (3.27)	8.60 (2.51)	11.74 (2.65)
การแปลผล	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	28.59 (6.79)	20.73 (7.16)	19.60 (7.27)	28.19 (7.01)
การแปลผล	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง
ภาพรวม	88.84 (17.60)	67.00 (18.06)	62.80 (11.43)	87.72 (18.20)
การแปลผล	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง

3. ระดับการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานของผู้สูงอายุในตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุรับรู้ว่าการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นมีการดำเนินการในหมู่บ้านของตนเองในระดับมาก (Mean = 2.48, S.D. = 0.92) เมื่อจำแนกในแต่ละกลุ่ม พบว่ากลุ่มติดสังคม (Mean = 2.51, SD = 0.92) และกลุ่มติดเตียง (Mean = 2.20, S.D. = 1.18) รับรู้ว่าการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นในหมู่บ้านของตนเองเกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่ มีเพียงกลุ่มติดบ้านที่รับรู้ว่าการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นในหมู่บ้านของตนเองเกิดขึ้นเป็นบางส่วน (Mean = 1.91, S.D. = 0.73) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นจำแนกตามกลุ่ม

ระบบการดูแลผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) /การแปลผล			
	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง	รวมทุกกลุ่ม
1) การพัฒนาศักยภาพ การแปลผล	2.28 (1.09) ส่วนใหญ่	1.80 (0.84) บางส่วน	2.08 (1.26) ส่วนใหญ่	2.26 (1.09) ส่วนใหญ่
2) การพัฒนาสภาพแวดล้อม การแปลผล	2.30 (1.05) ส่วนใหญ่	1.64 (0.88) บางส่วน	2.12 (1.20) ส่วนใหญ่	2.28 (1.05) ส่วนใหญ่
3) การพัฒนาระบบบริการ การแปลผล	2.83 (0.83) ส่วนใหญ่	2.44 (0.64) ส่วนใหญ่	2.44 (0.99) ส่วนใหญ่	2.82 (0.83) ส่วนใหญ่
4) การจัดตั้งกองทุน/มีสวัสดิการ การแปลผล	2.43 (1.01) ส่วนใหญ่	1.54 (0.94) บางส่วน	2.09 (1.37) ส่วนใหญ่	2.39 (1.02) ส่วนใหญ่
5) การพัฒนาและนำใช้ข้อมูล การแปลผล	2.46 (1.05) ส่วนใหญ่	1.86 (0.67) บางส่วน	2.20 (1.26) ส่วนใหญ่	2.44 (1.05) ส่วนใหญ่
6) การมีกฎ ระเบียบฯ ทั้งฉบับ การแปลผล	2.57 (1.24) 2.51 (0.92) ส่วนใหญ่	1.51 (0.92) 1.91 (0.73) บางส่วน	2.00 (1.41) 2.20 (1.18) ส่วนใหญ่	2.53 (1.24) 2.48 (0.92) ส่วนใหญ่

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.50, p = 0.01$) และชุดกิจกรรมทั้ง 6 ชุดของการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานรายด้านกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์ ($n = 330$)

กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐาน	คุณภาพชีวิต	
	ระดับความสัมพันธ์ (r)	การแปลผล
1. การพัฒนาศักยภาพกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ	.49**	ระดับต่ำ
2. การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ	.42**	ระดับต่ำ
3. การพัฒนาระบบบริการ	.46**	ระดับต่ำ
4. การจัดตั้งกองทุนหรือจัดให้มีสวัสดิการช่วยเหลือกัน	.44**	ระดับต่ำ
5. การพัฒนาและนำใช้ข้อมูลในการส่งเสริมแก้ไข/จัดการปัญหาผู้สูงอายุ	.44**	ระดับต่ำ
6. การมีกฎ ระเบียบ แนวปฏิบัติเพื่อหนุนเสริมการดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชนท้องถิ่น	.45**	ระดับต่ำ
รวม	.50**	ระดับปานกลาง

** ระดับนัยสำคัญ 0.01

อภิปรายผล

ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางทั้งในภาพรวมและรายด้านอย่างไรก็ตาม พบว่า มีความพึงพอใจต่อสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก และคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ในประเทศไทยที่พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ทั้งในผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหัวกัญแจ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี (ศันสนีย์ โอถาวรวงษ์, 2565) ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร (ปทุมวรรณ กาลปิก และ วรัชยา ศิริวัฒน์, 2563) ในขณะที่การศึกษาของมณฑลยูนนาน (2564) พบว่าคุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานีอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ไม่ดีทั้งในเมือง Ghanaian (Attafuah et al., 2021) และในประเทศเนปาล (Acharya et al., 2022) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) เป็นกลุ่มติดสังคม ซึ่งสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี เดินไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีบ้านเป็นของตนเอง ลักษณะครอบครัวเป็นแบบสามี/ภรรยา มีลูกหลานอยู่ด้วย แม้จะมีโรคประจำตัวแต่ก็มีลูกหลานคอยช่วยเหลือ ทำให้ได้รับความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกครอบครัว เนื่องจากอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรัก ความอบอุ่นในครอบครัวส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2562) แต่เมื่อพิจารณาด้านเศรษฐกิจพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลมีรายได้/เดือน น้อยกว่า 1,000 บาทซึ่งไม่พอใช้จ่าย และมีหนี้สิน ไม่มีบัตรสวัสดิการรัฐ ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และไม่ได้เข้าร่วมในโรงเรียนชราภิบาล ซึ่งเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่กลุ่มผู้สูงอายุสามารถมาทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้สูงอายุคนอื่นๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองได้ แต่กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าเป็นสมาชิกของกองทุนหมู่บ้าน ซึ่งสามารถช่วยเหลือ และบรรเทาความทุกข์ยากได้บางส่วน จากปัจจัยที่กล่าวมา กลุ่มผู้สูงอายุจึงพิจารณาคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นมีการดำเนินการในหมู่บ้านของตนเองในระดับมาก และชุดกิจกรรมทั้ง 6 ชุดล้วนเกิดขึ้นในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ทั้งสิ้น โดยกิจกรรมที่กลุ่มผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นหมู่บ้านของตนเองมากที่สุด ได้แก่กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาระบบบริการ และกิจกรรมที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด ได้แก่กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาศักยภาพกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาแยกในแต่ละกลุ่มพบว่าการพัฒนาศักยภาพกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเกิดขึ้นมากเป็นส่วนใหญ่ในกลุ่มติดสังคม และกลุ่มติดเตียง ส่วนกลุ่มติดบ้านเกิดขึ้นเป็นบางส่วน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มติดเตียงได้รับความช่วยเหลืออย่างเป็นรูปธรรม เพราะความเจ็บป่วยกระทบความเป็นอยู่อย่างมาก หากทางองค์การบริหารส่วนตำบลวังท่าดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล หรือกลุ่ม อสม/อผส ไม่เข้าไปช่วยเหลือ ดูแล อาจมีผลต่อความปลอดภัยของชีวิตผู้สูงอายุได้ กลุ่มคนเหล่านี้จึงรับรู้ได้ว่าการจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเกิดขึ้นในชุมชน ส่วนกลุ่มติดบ้านที่ประเมินว่ากิจกรรมเกิดขึ้นเป็นบางส่วน อาจเนื่องมาจากว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ แม้มีโรคประจำตัว แต่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี อาจไม่ได้ร่วมรับรู้ในกิจกรรมทั้งหมดที่ทางองค์การบริหารส่วนตำบลวังท่าดี ได้จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่นจัดทำคู่มือการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ หรืออบรมสมาชิกในครอบครัวเพื่อพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากองค์การบริหารส่วนตำบลวังท่าดีร่วมกับศูนย์วิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (ศวช.) และได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เริ่มดำเนินการจัดทำโครงการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นมาเป็นเวลา 3 ปีกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร่วมรับรู้และเข้าร่วมในชุดกิจกรรมทั้ง 6 ชุด ผู้สูงอายุบางท่านเป็นแกนนำสำคัญในโรงเรียนชราภิบาล และร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารงานของตำบลเพื่อให้เกิดการบริหารที่โปร่งใสและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์ และทั้ง 6 ชุดกิจกรรมของระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต เมื่อจำแนกตามกลุ่ม พบว่า

กลุ่มติดบ้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง และกลุ่มติดเตียงมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเกิดจากการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ โดยใช้ข้อมูลจริงจากระบบข้อมูลตำบล (TCNAP) ได้แก่ (1) สถานการณ์ด้านจำนวนผู้สูงอายุ และครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย (2) สัดส่วนของผู้สูงอายุ ในแต่ละช่วงอายุ และอัตราการพึ่งพิง (3) สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง โรคเรื้อรังที่สำคัญ ความพิการ และพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุ ส่วนข้อมูลจากการวิจัยชุมชน (RECAP) ของศูนย์ประสานงานเฉพาะประเด็นผู้สูงอายุ 7 พื้นที่ถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์วิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน และสถานะ 5 ด้านของผู้สูงอายุในสังคมไทย ประกอบด้วยด้านสังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม สุขภาพ และการเมือง การปกครองของผู้สูงอายุในสังคมไทย (ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2561) จึงทำให้การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานยังสอดคล้องกับปรัชญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 (สุจิตา แจ้งประจักษ์, 2566) ที่กล่าวว่า ข้อ 1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี สอดคล้องกับกิจกรรมที่ 2 และ 3 ของการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น ข้อ 2 ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัว โดยได้รับความรัก ความเข้าใจ ข้อ 3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษา เรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง ข้อ 4 ผู้สูงอายุควรได้รับการถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ให้สังคม และข้อ 5 ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง จะเห็นว่าทั้ง 4 ข้อนี้สอดคล้องกับกิจกรรมที่ 1 ของระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น ข้อ 6 ผู้สูงอายุควรมีบทบาท และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม สอดคล้องกับกิจกรรมที่ 6 ของระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น ข้อ 7 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ สอดคล้องกับกิจกรรมที่ 5 และ 6 ของระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น และข้อ 8 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุเป็นหลักประกัน และบังคับใช้การพิทักษ์สิทธิคุ้มครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิภาพให้แก่ผู้สูงอายุ สอดคล้องกับกิจกรรมที่ 4 ของระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น จะเห็นได้ว่าทุกกิจกรรมของระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นสอดคล้องกับปรัชญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 ทุกข้อ ดังนั้นการดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 ชุดกิจกรรมของระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ในการศึกษานี้กลุ่มผู้สูงอายุรับรู้ว่าการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นในหมู่บ้านของตนเองเกิดขึ้นในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ในทุกกิจกรรม ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนในทุกพื้นที่ จึงเป็นโอกาสที่ดีในการพัฒนาต่อยอด เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สูงขึ้นต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านสุขภาพทางกายและจิตใจที่อยู่ในระดับไม่ดี ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบลวังท่าดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ควรเร่งดำเนินการให้ความช่วยเหลือ
2. จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุรับรู้กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นในหมู่บ้านของตนเองในระดับต่ำที่สุดใน 3 กิจกรรม ได้แก่มีการจัดการตลาดเพื่อจำหน่ายอาหารปลอดภัย หรือตลาดชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ มีการเก็บเงินเข้าชมรมเดือนละ 40 บาท เพื่อจัดสวัสดิการกรณีเสียชีวิตสามารถที่จะได้รับเงินชดเชยจากกองทุนเพื่อนช่วยเพื่อน และมีการจัดลานกิจกรรมหรือลานกีฬาให้ผู้สูงอายุ เช่นกายบริหารโดยใช้ไม้พลอง ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบลวังท่าดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการผู้สูงอายุ ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์หรือชักชวนผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรม
3. จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 80.6) ไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนชราภิบาล (ร้อยละ 84.5) ไม่มีบัตรสวัสดิการรัฐ (ร้อยละ 67.9) และมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท (ร้อยละ 51.8) ซึ่งไม่พอใช้จ่าย และมีหนี้สิน (ร้อยละ 48.8) ดังนั้น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการผู้สูงอายุ

ควรจัดโครงการสำรวจกลุ่มผู้สูงอายุในทั้ง 9 หมู่บ้าน เพื่อเข้าถึงกลุ่มที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียน ชุมชน หรือผู้ที่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการรัฐ ในกรณีที่กลุ่มผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ควรจัดโครงการสำรวจโครงสร้างหนี้ และให้คำปรึกษาด้านการเงินอย่างตรงจุด เพื่อช่วยแก้ปัญหาหนี้สินอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุตำบลวังท่าดี จังหวัดเพชรบูรณ์ เพิ่มเติม เพื่อให้เข้าใจบริบททางสังคม วัฒนธรรม และความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง อันจะช่วยเสริมข้อมูลเชิงลึกให้กับผลการวิจัยเชิงปริมาณที่ได้ในครั้งนี้นี้ และนำไปสู่การออกแบบแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริงและสภาพปัญหาอย่างแท้จริง

2. ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นที่ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อเปรียบเทียบและยืนยันผลการวิจัยในครั้งนี้ อีกทั้งเป็นการยืนยันทิศทางการดำเนินงานของชุมชนกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). 'สูงวัยสร้างเมือง' สานพลังผู้สูงอายุ ด้วยกลยุทธ์ 5อ.

<https://www.dop.go.th/th/know/15/502>

ชนิษฐา นันทบุตร, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, นิศาชล บุบผา, และอรุณณี ใจเที่ยง. (2561). การวิจัยชุมชนด้วยวิธีวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน (Rapid Ethnographic Community Assessment Process: RECAP).

สำนักสนับสนุนสุขภาพชุมชน (สำนัก ๓) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

บุญใจ ศรีสถินรากุล. (2553). ระเบียบการวิจัยทางการแพทย์ศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์.

ปทุมวรรณ กาลปัก และวรัชยา ศิริวัฒน์. (2563). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารรัชต์ภาคย์, 14(36), 302-316.

พงศ์สุรีย์ จีระวัฒนลักษณ์. (2566). สสส. - มส.ผล. สานพลังสร้างคุณภาพชีวิต สังคมสูงวัยมีความสุขยั่งยืน พัฒนาฝีมือแรงงาน ผลักดันบ้านอายุ ชับเคลื่อนเมืองน่าอยู่ 4 มิติ. <https://www.thaihealth.or.th/?p=347953>

พรพิมล พิณเสนาะ. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ามาทำงานในชุมชนเมือง กรณีศึกษา: บ้านยะฟู หมู่ 11 ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. [ประกาศนียบัตรบัณฑิต]. วิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มณฑิลา กงลา. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท เขตเทศบาลอำเภอศรีธาตุจังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 18(3), 75-85.

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2562). ผู้สูงอายุ กำลังได้รับผลกระทบ จากเทรนด์ครอบครัวเดี่ยว. <https://www.longtunman.com/17788>

คันสนีย์ โอถาวรวงษ์. (2565). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลห้วยภูเฒ่า อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุธิดา แจ้งประจักษ์. (2566). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย: มุมมองด้านนโยบาย* long-term care for the elderly in Thailand: A policy perspective, วารสารมหาจุฬานาครทรรค์, 10(5), 233-243.

สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปะกิจ, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2545). คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. ทนสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.

<https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>

องค์การบริหารส่วนตำบลวังท่าดี. (2567). รายงานการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ (TCNAP Plus) โดยตำบลวังท่าดี อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์. องค์การบริหารส่วนตำบลวังท่าดี.

- Acharya, S. S. C., Taechaboonsermsak, P., Tipayamongkholgul, M. & Yodmai, K. (2022). Quality of life and associated factors amongst older adults in a remote community, Nepal. *Journal of Health Research*, 36(1), 56-67. <https://doi.org/10.1108/JHR-01-2020-0023>
- Attafuah, P. Y. A., Everink, I., Abuosi, A. A., Lohrmann, C., & Schols, J. M. G. A. (2022). Quality of life of older adults and associated factors in Ghanaian urban slums: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(2), e057264. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057264>
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. (7th Edition). Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th Edition). Lippincott Williams & Wilkins.
- WHOQOL BREF. (1996). *WHOQOL BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment*. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
- World Health Organization (WHO). (2020). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Retrieved from <https://www.who.int/tools/whoqol>