วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข

Nursing, Health, and Public Health Journal

NHPHJ

ISSN 2774-082X (online)

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1
Vol. 5 No. 1
มกราคม - เมษายน 2569
January - April 2025

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
90/6 ถนนศรีธรรมไตรปิฎก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000
Email: nhphj@bcnb.ac.th
โทรศัพท์ 055-252-546-8 ต่อ 1207

ที่ปรึกษา

ศ.(พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก

ศ.รอ.พญ.วณิชา ชื่นกองแก้ว
รองอธิการบดีฝ่ายวิจัย
สถาบันพระบรมราชชนก

ผศ.ดร.อัศนี วันชัย
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
พุทธชินราช

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.อัศนี วันชัย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผศ.ดวงใจ พรหมพยัคฆ์
ดร.วิสิฏฐ์ศรี เพ็งนุ่ม
ผศ.สุรีรัตน์ ณ วิเชียร
นางสาวสุพัตรา ระถาพล
นางสาวจีรนันท์ คล้ายทรัพย์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

กองบรรณาธิการ

1. Professor Jane M. Amer — University of Missouri, USA
2. Dr.Elizabeth A. Anderson — University of Missouri, USA
3. ศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์ — คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. รศ.ดร.ปัทมา สุพรรณกุล — คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
5. รศ.ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
6. รศ.ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ — คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
7. รศ.ดร.ศิวพร อึ้งวัฒนา — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
8. รศ.ดร.ชัจคเณศ์ แพรขาว — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
9. ผศ.ทพ.ดร.ภัชรพล สำเนียง — คณะทันตแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
10. ผศ.ดร.วิภาพร สิทธิสาตร์ — 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
14. ผศ.ดร.ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์ — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
15. ผศ.ดร.อินทิรา ปากันทะ — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
16. ผศ.ดร.ภก.ศราวุฒิ อู่พุฒินันท์ — คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
17. ดร.สุรีภรณ์ สุวรรณโอสถ — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
18. ดร.นงลักษณ์ บุญเยีย — โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
19. ดร.นาตยา คำสว่าง — โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
20. ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น — สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก
21. ผศ.ดร.อัญชลี แก้วสระศรี — วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช; คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
22. ผศ.ดร.กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์ — วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช; คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
23. ผศ.ดร.กรวิกา พรมจวง — วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช; คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
24. ดร.เบญญาภา พรมพุก — วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช; คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
25. ดร.ปานจันทร์ คนสูง — วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช; คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
26. ผศ.ดร.กรวิกา พรมจวง — วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช; คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
27. นายแพทย์วิบูลย์ วาณิชย์เจริญพร — โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
28. นายจตุพร เสือมี — โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

บทบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข (Nursing, Health, and Public Health Journal: NHPHJ) ได้ก้าวเข้าสู่ปีที่ 5 โดยบทความวิจัยและบทความวิชาการที่ตีพิมพ์เผยแพร่ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569 นี้เป็นผลงานที่ได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้งานทุกชิ้นมีคุณภาพ เนื้อหาประกอบด้วยบทความวิชาการ 1 เรื่อง คือ สุขภาพจิตคนไทยยุคปัจจุบัน: รูปแบบแนวทางจัดการความเครียดสำหรับบุคคลทั่วไป และบทความวิจัย 9 เรื่อง ดังนี้ 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน จากภาวะกล้ามเนื้อสลาย ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 3) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา 4) ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลมผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ ต่อความพร้อมและความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องหลอดลม 5) การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 6) ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเทศบาลนครพิษณุโลก 7) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโภชนาการเกินต่อการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินสำหรับเด็กวัยเรียน 8) ผลของโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 และ 9) ผลการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความทั้ง 10 เรื่องนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่านในการนำไปใช้พัฒนางานทางการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพต่อไป และขอเชิญทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข ซึ่งตั้งแต่ฉบับนี้เป็นต้นไป โดยสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ https://he03.tci-thaijo.org/index.php/nhphj

ผศ.ดร.อัศนี วันชัย
บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิชาการ	หน้า
สุขภาพจิตคนไทยยุคปัจจุบัน: รูปแบบแนวทางจัดการความเครียดสำหรับบุคคลทั่วไป ***Mental health in contemporary Thailand: a stress management guideline model among Thai people*** มนตรี หลินภู, พระฟูตระกูล พุทธรักขิโต (หลินภู) และปุณยนุช จุลนวล Montree Linpho, Pra Futrakool Buddharakkhito (Linphoo) and Punyanuch Chulnoul	1 - 13

บทความวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ***Factors related to health care behavior of type 2 diabetes patients in Na-Chaliang subdistrict health promoting hospital Nong Phai district, Phetchabun*** วุฒิชัย คำพูน และถาวร มาต้น Wuttichai Kampoon, and Tavorn Maton	13 - 25
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ***Development of clinical nursing practice guideline to critically ill trauma patients with risk of acute kidney injury from rhabdomyolysis in ICU Trauma Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital*** วลัญชนา เสมาทอง, สุวรรณีคุ้มอินทร์, และ ณ บุญ วงศ์วิทย์ Walanchana Samathong, Suwanee Kumin, and Nabun Wongwit	26 - 41
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา ***Development of acaremodel for achieving remission in patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Raman Hospital, Yala Province*** ทิพวดี สีสุข, นิยา สือนิ, รุสนา ธนาธรณ์ทัศศิริ, และ สุไลณี สะแต Thippawadee Seesok, Niya Sueni, Rusna Thanatorntussiri, and Sulainee Satea	42 - 57
ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลมผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ ต่อความพร้อมและความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องหลอดลม ***The effects of an information provision program via LINE application on readiness and anxiety in patient undergoing bronchoscopy*** เบญจวรรณ์ ถิ่นเครือจีน, ลัดดา วิริยะวงษ์, และ จตุรงค์ แก้วบ้านดอน Benjawan Tinkruajeen, Ladda Viriyawong, and Jaturong Kaewbandon	58 - 70

บทความวิจัย	หน้า
การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ***Development of unofficial-time nursing supervision model in Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital*** จิตติมา ภูริทัตกุล, รุ่งทิพย์ โตอิน,สุวรรณี คุ้มอินทร์ และ ฐิติรัตน์ ลิ้มสินทวีคุณ Chittima Phhuritatkul, Rungthip Toin, Suwannee Kumin, and Titirat Limsinthaveekhun	71 - 85
ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเทศบาลนครพิษณุโลก ***The effects of a knowledge competency development program on knowledge in preventing dementia among older adults in Phitsanulok Municipality*** สุรีรัตน์ ณ วิเชียร, กัลยรัตน์ แซ่เจี่ย, ณิชนันทน์ แทบทาม,ดวงกมล เปรมวัง,ทัยไท พุ่มเรือง, ธนภรณ์ บุญมี,ธนภัทร มั่งมี,ธนัญญา พงษ์เสมา, ธีรศักดิ์ ป้อมสีผ่อง, บัญธิตา บุมี,วรรณธกาล สุธาวา, สุภาวดีสุขสุคนธ์, สุภาวดี ชัยอินทร์, และ อิศราวุธ เกศามูล Sureerat Na-Wichian, Kanyarat Saejia,Nitchanan Theaptham, Doungkamon Premwang, Thaitai Phumrueang, Thanaporn Boonmee, Thanaphat Mangmee, Thananya Phongsema, Teerasak Pomsipong, Banthita Bumee, Wanthakan Suthawa, Supawadee Suksukon, Supawadee Chaiin, and Issarawut Kesamoon	86 - 99
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโภชนาการเกินต่อการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินสำหรับเด็กวัยเรียน ***The effects of health belief promoting program on overnutrition prevention perception among school-aged children*** ณฐชา ยศปัญญา,รุ่งทิวา หวังเรืองสถิต และ ทิพรัตน์ ขุนรา Nathacha Yotpanya, Rungtiwa Wangruangsatid, and Thipparat Khunra	100 - 109
ผลของโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ***The Effects of the Somdet Phra Sangharaja 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) Program on Health Literacy of Pregnant Women at Somdet Phra Sangharaja 19 Hospital*** อัจฉราวรรณ ชำนาญกิจ, รุจา แก้วเมืองฝาง, ชัชฎา เย็นบำรุง Atcharawan Chumnanakit, Ruja Kaeomaungfang, Chatchada Yenbumrung	110 - 121

บทความวิจัย	หน้า
ผลการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ***The effectiveness of the preparedness program for knee arthroplasty at Thabo Crown Prince hospital*** อรพรรณ สุวรรณวลัยกร, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และ อัจฉรา คำมะทิตย์ Orapan Suwanwalaikorn, Kittiporn Nawsuwan, Adchara Khammat	122 - 137

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข Nursing, Health, and Public Health Journal
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569, 1 - 12 Vol. 5 No. 1, January - April 2026, 1 - 12

สุขภาพจิตคนไทยยุคปัจจุบัน: รูปแบบแนวทางจัดการความเครียดสำหรับบุคคลทั่วไป

Mental health in contemporary Thailand: A stress management guideline model among Thai people

มนตรี หลินภู[1*], พระฟูตระกูล พุทธรักขิโต (หลินภู)[2], และ ปุณยนุช จุลนวล[3]

Montree Linpho[1], Pra Futrakool Buddharakkhito (Linphoo)[2], and Punyanuch Chulnoul[3]

คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร[1]

Faculty of Education, Kamphaeng Phet Rajabhat University[1]

คณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยศาสนศาสตร์เฉลิมพระเกียรติกาฬสินธุ์[2]

Faculty of Education, Kalasin Buddhist College[2]

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล[3]

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University[3]

[*]**ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: Montreegate@hotmail.com**

(Received: June 19, 2025; Revised: September 22, 2025; Accepted: September 29, 2025)

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพจิตคนไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มสูงขึ้น อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นในรอบ 10 ปี และส่งผลกระทบในมิติต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม สาเหตุสำคัญคือความเครียดซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจ พฤติกรรมการดำเนินชีวิต การทำงานที่ผิดปกติของร่างกายและการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม หากมีความเครียดเรื้อรังและอยู่ในระดับรุนแรงอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่มีความรุนแรงถึงขั้นมีความคิดทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีแนวทางจัดการอย่างเหมาะสม

บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอรูปแบบแนวทางจัดการความเครียดสำหรับบุคคลทั่วไปตั้งแต่ผู้ที่มีความเครียดระดับต่ำที่สามารถจัดการแก้ไขได้ด้วยตนเองโดยใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตให้เกิดความสมดุล เตรียมทักษะการรับมือกับความเครียดไว้ล่วงหน้าจนถึงผู้ที่มีความเครียดระดับสูงหรือรุนแรงที่ไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง จึงจำเป็นต้องใช้เทคนิควิธีการเฉพาะทางและดำเนินการผ่านผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์เท่านั้น หากบุคคลสามารถนำแนวทางเหล่านี้ไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทและความพร้อมของตัวเองจะช่วยบรรเทาความเครียดลงได้ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพจิตและความสุขในการดำเนินชีวิตมากขึ้น สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานหรือพัฒนาความยืดหยุ่นทางจิตใจ สร้างความผ่อนคลายในการอยู่ร่วมกันกับคนอื่น อันจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีอย่างต่อเนื่องยาวนาน

คำสำคัญ : คนไทย, ความเครียด, สุขภาพจิต, รูปแบบแนวทางจัดการความเครียด

Abstract

Mental health problems among Thai people have shown an increasing trend in recent years. The rate of completed suicide has risen over the past decade, resulting in wide-ranging impacts at the individual, family, community, and societal levels. A major contributing factor is stress, which affects mental well-being, behavioral patterns, daily functioning, physical health, and inappropriate emotional or behavioral expressions. When stress becomes chronic and severe, it may lead to serious mental health problems, including thoughts of self-harm or harm to others. Therefore, appropriate stress management strategies are critically necessary.

This article aims to present a comprehensive framework for stress management applicable to the general population, ranging from individuals experiencing low levels of stress, who can manage their stress independently through lifestyle modifications and the promotion of balance in

daily life to those experiencing high or severe levels of stress that cannot be managed without assistance and therefore require specialized techniques delivered by qualified professionals with appropriate knowledge, skills, and experience. If individuals are able to apply these approaches in ways that align with their personal context and readiness, stress can be effectively alleviated. This, in turn, can enhance mental health and overall well-being, improve work performance, strengthen psychological resilience, and promote harmonious relationships with others, ultimately supporting sustained and long-term mental well-being and quality of life.

Keywords: Thai people, stress, mental health, stress management guideline model

บทนำ

สภาพสังคมในยุคปัจจุบันแสดงให้เห็นถึงการใช้ชีวิตของผู้คนที่ต้องดิ้นรนแสวงหาทรัพย์สินเงินทองตลอดจนลาภยศชื่อเสียงและความสำเร็จต่างๆ ในชีวิตส่งผลให้สภาพจิตถูกทับถมด้วยความต้องการ ความเร่งรีบ การแข่งขัน อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี วิทยาศาสตร์ เศรษฐกิจและสังคม ที่เรียกว่า ยุค VUCA หรือ “VUCA World” กล่าวคือ ยุคแห่งความผันผวน (Volatility) ความไม่แน่นอน (Uncertainty) ความสลับซับซ้อน (Complexity) และความคลุมเครือไม่ชัดเจน (Ambiguity) ส่งผลให้ “คน” ที่เป็นทรัพยากรสำคัญได้รับผลกระทบมากที่สุดและต้องเผชิญกับภาวะกดดันและความเครียดมากขึ้นกว่าอดีตทำให้ร่างกาย จิตใจ ตัวตนและชีวิต เกิดความเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย หมดไฟในการทำงาน จนอาจส่งผลต่อสุขภาพจิตของบุคคลได้ (กวินลักษณ์ นาวิชิต และคณะ, 2567)

จากการสำรวจความชุกและแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) พ.ศ. 2563-2565 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 55,333 คน พบว่า มีความชุกของความเครียด ร้อยละ 3.7 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8.2 และความคิดทำร้ายตนเอง ร้อยละ 1.3 โดยมีแนวโน้มสูงขึ้น (วรวรรณ จุฑา และคณะ, 2566) และจากการประเมินสุขภาพจิตและคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5,415 คน พบว่า คนไทยมีความชุกของระดับภาวะสุขภาพจิตมีปัญหา ร้อยละ 1.6-1.7 โดยมีความชุกของพลังใจเสี่ยงระดับสูง ร้อยละ 3.6 ความชุกของภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟเสี่ยงระดับมาก ร้อยละ 1.6 ความชุกของความเครียด ร้อยละ 2.4 ความชุกของอาการของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 7.1 และความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 3.3 (เทิดศักดิ์ เดชคง, 2566) นอกจากนี้ ยังมีการสำรวจสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้อินเทอร์เน็ต จำนวน 548 คน พบว่า มีภาวะกังวลสูงกว่าปกติโดยไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชมาก่อน (นภวรรณ มั่นพรรษา และคณะ, 2567) แสดงให้เห็นว่า ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) และหลังจากนั้นมีแนวโน้มสูงขึ้น สอดคล้องกับการรายงานของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี 2567 เกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพจิตของคนไทย ที่เพิ่มสูงขึ้นจากปี 2558 จำนวน 1.3 ล้านคน เพิ่มเป็นจำนวน 2.9 ล้านคนในปี 2566 และยังพบสัดส่วนผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าสูงสุดร้อยละ 8.9 เพิ่มขึ้นจากปีก่อนที่มีสัดส่วนผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 8.4 ขณะที่ผู้ที่มีความเครียดสูงมีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 8.3 และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.3 จากผู้เข้ารับการประเมินจำนวน 3.9 แสนราย (ไทยรัฐออนไลน์, 2567) จากข้อมูลดังกล่าว แม้ภาวะซึมเศร้าจะมีค่าเฉลี่ยสูงสุดของปัญหาสุขภาพจิต แต่สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายคือความเครียดในระดับรุนแรงที่เรื้อรัง (ศรีแพร เข็มวิชัย และคณะ, 2567) สอดคล้องกับ Nixdorf et al. (2020) กล่าวว่า ความเครียดที่ไม่ได้รับการฟื้นฟู (Lack of recovery) ด้วยกลยุทธ์การรับมือที่เหมาะสมประกอบกับการไม่ได้รับการบำบัดจัดการที่ถูกต้องอาจพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าหรือโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัญหาสุขภาพจิตและระดับความต่ำของคุณภาพชีวิต (Anusaksathien, 2024; Muslimah et al., 2024; Maddock, 2024) กล่าวได้ว่า ความเครียดเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยจากอดีตจนถึงปัจจุบันและหากมีระดับรุนแรงอาจทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายได้

ความเครียดจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถพบได้ในชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นได้ในทุกคนซึ่งเป็นสภาวะของความรู้สึกนึกคิดหรือสภาวะอารมณ์ที่เป็นผลจากภาวะบีบคั้น กดดันและเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ร่างกายและพฤติกรรมตามมา (Kumar & Bawthra, 2020) และกลายเป็นเหมือนระเบิดเวลาที่รอการระเบิดหรือความร้อนมหึมาใต้พิภพที่รอการปะทุออกมาเป็นภูเขาไฟ สร้างหายนะต่อผู้คนและสิ่งรอบข้างอย่างเกรี้ยวกราดรวมถึงต่อตนเองอย่างน่าสะพรึงกลัวที่สุดได้ ดังนั้นหากมีรูปแบบแนวทางจัดการความเครียดซึ่งเป็นสาเหตุได้ ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าและการคิดฆ่าตัวตายจะมีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน

สุขภาพจิตที่ดีเป็นภาวะของความสุขซึ่งแสดงออกถึงความสามารถของบุคคลในการควบคุมอารมณ์ของตนเองให้มั่นคงเป็นปกติ ปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ได้ดีและพร้อมที่จะเผชิญปัญหาโดยปราศจากความขัดแย้งหรือสับสนภายในจิตใจ สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต ยืดหยุ่นและปรับตัวได้ดีภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมพร้อมทั้งรับผิดชอบต่อหน้าที่ ส่งผลต่อความสุขในการดำเนินชีวิตและอยู่ร่วมกับคนอื่นๆ ในสังคมได้อย่างปกติสุข ตรงข้าม เมื่อสภาพจิตเต็มไปด้วยความเครียดจะส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ ความคิดและพฤติกรรมโดยจะแสดงออกในรูปแบบของความกดดัน ความคับข้องใจ ความขัดแย้ง ความวิตกกังวล ความทุกข์ใจและไม่สบายใจ และหากไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้เสียสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างแน่นอน (ดมิสา เพชรทอง และคณะ, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางการจัดการความเครียดประกอบด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการใช้หลักศาสนา เช่น ออกกำลังกาย ปฏิบัติธรรม เป็นต้น การใช้หลักจิตวิทยา เช่น เข้ารับการให้คำปรึกษาหรือบำบัดเป็นรายบุคคลหรือกลุ่ม ดนตรีบำบัด เป็นต้น การใช้หลักการแพทย์ เช่น รับประทานยา กระตุ้นด้วยคลื่นไฟฟ้า เป็นต้น และการใช้หลักสังคมวิทยา เช่น เข้าร่วมประเพณีวันสงกรานต์ วันขึ้นปีใหม่ เป็นต้น (Rogerson et al., 2024; พิชญาภา ธัมมิกะกุล และคณะ, 2566; สุภาวดี ดิสโร และ จตุรพร แสงกุล, 2564) อย่างไรก็ตาม แต่ละแนวทางจะมีรูปแบบและเทคนิควิธีการที่ต่างกัน หากใช้ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับระดับความเครียดและสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคลจะสามารถแก้ไขความเครียดได้

บทความฉบับนี้ คณะผู้เขียนได้นำเสนอนิยาม ผลกระทบที่เกิดจากความเครียดเป็นเบื้องต้น จากนั้นนำเสนอรูปแบบแนวทางการจัดการความเครียดในแต่ละระดับเพื่อให้บุคคลทั่วไปสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อบรรเทาความเครียดรวมถึงเยียวยาแก้ไขภาวะความเครียดที่เกิดจากปัญหาต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

นิยามความเครียด

“ความเครียด” (Stress) เป็นสภาวะของร่างกายและจิตใจที่ตอบสนองเมื่อเผชิญความกดดัน บีบคั้น และกลายเป็นความวิตกกังวล ไม่สบายใจหรือกลัว อันเกิดจากปัจจัยภายในบุคคลหรือสภาพแวดล้อมภายนอก เช่น การทำงาน เป็นต้น โดยเป็นผลจากการประเมินสถานการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตกับความสามารถที่บุคคลมี หากเกิดความไม่สมดุลจะก่อให้เกิดความเครียดและส่งผลกระทบต่ออาการทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม นอกจากนี้ยังทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งที่ทำให้รู้สึกหนักใจและประเมินว่าหนักเกินกำลังความสามารถที่จะแก้ไขได้ กล่าวคือ การขาดแคลนทรัพยากรต่างๆ ที่ตัวเองคาดหวังในชีวิตทำให้ยุ่งยากลำบากใจหรือรู้สึกถูกคุกคามจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดเป็นความทุกข์และพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรม (กรมสุขภาพจิต, 2564; Zafar et al., 2021; World Health Organization, 2020) กล่าวได้ว่าเป็นความรู้สึกบีบคั้น กดดัน ไม่พึงพอใจต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตและไม่เป็นไปตามความคาดหวัง เกินความสามารถที่ตัวเองจะรับไหวส่งผลให้เกิดความอึดอัดคับข้องใจ วิตกกังวล รู้สึกถูกคุกคามในชีวิตและกลายเป็นความทุกข์ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม

ผลกระทบจากความเครียด

ความเครียดเกิดจากสาเหตุปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละช่วงวัย เป็นต้นว่าวัยเรียนมีความเครียดทางวิชาการ ได้รับมอบหมายงานมากเกินไป ความคาดหวังของพ่อแม่และครูอาจารย์

กฎระเบียบที่เข้มงวด ห้องเรียนไม่เหมาะสม กังวลอนาคต ทะเลาะกับเพื่อนหรือคนรัก ครอบครัวแตกแยก ส่วนวัยทำงานเกิดจากสัมพันธภาพในครอบครัวและในที่ทำงานรวมถึงบทบาทในองค์กร ความไม่สมดุลระหว่างชีวิตทำงานกับชีวิตส่วนตัว สภาพแวดล้อมและลักษณะงาน ขณะที่วัยสูงอายุเกิดจากการไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีอาชีพ สถานะของคู่ชีวิต ที่อยู่อาศัย โรคระบาดและปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้ ยังพบปัจจัยร่วมในทุกช่วงวัย ได้แก่ รายได้และค่าใช้จ่าย (Meesripong et al., 2024; ลัญชนา พิมพันธ์ชัยยบูลย์ และ ชัยสิทธิ์ ทันศึก, 2567; Ozturk & Aslan, 2024)

เมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียดจะส่งผลต่อความสุขในชีวิตลดลงและหากรุนแรงจะทำให้กลไกต่าง ๆ ของร่างกายทำงานผิดปกติ เกิดปัญหาพฤติกรรม สัมพันธภาพบกพร่องและยังส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ สรุปได้ดังนี้

1. ผลต่อร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียน หน้ามืด ม่านตาขยาย เส้นเลือดบริเวณผิวหนังหดตัวลง เหงื่อออกมากขึ้น กล้ามเนื้อหดเกร็ง ปวดเมื่อยตามร่างกาย เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว หายใจแรงและตื้น หากความเครียดสะสมมากขึ้นจะทำให้เกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง แผลในกระเพาะอาหาร ท้องเสีย โรคภูมิแพ้ หอบหืด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ มะเร็ง เป็นต้น เนื่องด้วยร่างกายหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) และมีการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติชิมพาเธติก (Sympathetic) กระตุ้นฮอร์โมนที่ต่อมหมวกไตส่วนเมดัลลา (Medulla) ให้หลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลิน (Adrenaline) ออกมาในกระแสเลือดมากกว่าปกติซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตประสาทและโรคความเสื่อมทางระบบประสาท หากมีความเครียดรุนแรงมากๆ อาจส่งผลให้เสียชีวิตได้เพราะระบบการทำงานของร่างกายล้มเหลว (Metreveli & Japaridze, 2022)

2. ผลต่อสภาพจิตใจ เช่น โกรธ ตื่นเต้น หดหู่ วิตกกังวล สับสน เบื่อหน่าย เป็นต้น ส่งผลให้อารมณ์และสภาพจิตใจเกิดการเปลี่ยนแปลง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง สนใจสิ่งที่ต้องรับผิดชอบน้อยลง และยังส่งผลต่อความสามารถด้านการตัดสินใจและอาจกลายเป็นคนหงุดหงิดง่าย หมดความภาคภูมิใจในตนเอง หากความเครียดสะสมและรุนแรงอาจนำไปสู่โรคจิตประสาท ความจำเสื่อม โรคซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ ยังส่งผลให้บุคคลขาดสติยั้งคิดที่จะควบคุมตนเอง เกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์และขาดกระบวนการรู้คิดทางวิทยาศาสตร์อีกด้วย (Carvajal & Guedea, 2020)

3. ผลต่อพฤติกรรม เช่น สูบบุหรี่จัด ดื่มสุรามากขึ้น ใช้สารเสพติด นอนไม่หลับ จู้จี้ขี้บ่น ชวนทะเลาะขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อยๆ ดึงผม กัดเล็บ เก็บตัว เป็นต้น เพราะการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีบางอย่างในสมองทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น ความอดทนต่ำ และอาจมีพฤติกรรมหลงผิดและตัดสินใจฆ่าตัวตายในที่สุด นอกจากนี้ความเครียดยังส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง ขาดงาน มาทำงานสายเปลี่ยนงานบ่อย ปฏิบัติงานผิดพลาดและนำไปสู่ความรู้สึกหมดไฟ (Burnout) ในการทำงานได้อีกด้วย

4. ผลต่อสังคมและสัมพันธภาพ เช่น การทำหน้าที่บกพร่องทางสังคม มีปัญหาการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพราะใช้ถ้อยคำไม่เหมาะสม แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อบุคคลในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งนำไปสู่การขัดแย้งหรือทะเลาะวิวาทกับคนอื่นบ่อยๆ ส่งผลให้เกิดความเหินห่างระหว่างคนรอบข้าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Dotterer et al. (2020) ที่ระบุว่า มารดาที่มีปัญหาความเครียดทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดลง

สรุปได้ว่า ความเครียดส่งผลต่อระบบกลไกต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกร่างกายให้ทำงานผิดปกติ และอาจนำไปสู่การเกิดโรคที่รุนแรงได้ อันเนื่องมาจากการหลั่งฮอร์โมนที่ผิดไปจากภาวะปกติ สภาพจิตใจมีปัญหาส่งผลให้กระบวนการทางปัญญาเกิดอาการหลงผิดและสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ รวมถึงการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ประสิทธิภาพการทำงานลดลง อีกทั้ง ยังส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพและการทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่อง หากมีความเครียดเรื้อรังและรุนแรงจะนำสู่โรคจิตประสาทและอาจทำให้ระบบอวัยวะภายในร่างกายล้มเหลวจนเสียชีวิตได้

รูปแบบแนวทางและเทคนิคการจัดการความเครียดระดับต่างๆ

การตระหนักถึงภัยคุกคามของความเครียดและผลกระทบที่เกิดขึ้นดังที่กล่าวมาจะทำให้บุคคลรู้เท่าทันตั้งแต่แรกเริ่ม ไม่สะสมหรือหมกมุ่นจนกลายเป็นความเครียดเรื้อรังที่ยากจะแก้ไขซึ่งความเครียดของบุคคลสามารถวัดได้ตั้งแต่ระดับต่ำสุดที่สามารถควบคุมตัวเองได้จนกระทั่งถึงระดับรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้โดยสามารถประเมินได้ด้วยตนเองจากแบบประเมินความเครียดสวนปรุง (SPST-20) หรือเข้ารับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจำแนกความเครียดเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, ม.ป.ป.)

1. ระดับน้อย (0-23 คะแนน) ความเครียดระดับเล็กน้อยและหายได้ในระยะเวลาสั้นๆ ซึ่งไม่เป็นอันตรายต่อการใช้ชีวิตและยังมีประโยชน์ที่ทำให้เกิดแรงจูงใจนำไปสู่ความสำเร็จได้

2. ระดับปานกลาง (24-41 คะแนน) ความเครียดที่มีสิ่งคุกคามหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลหรือกลัว แต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติที่ไม่เป็นอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ อีกทั้งทำให้เกิดความกระตือรือร้นเพิ่มขึ้น

3. ระดับสูง (42-61 คะแนน) ความเครียดที่ได้รับความเดือดร้อนจากสิ่งต่างๆ หรือเหตุการณ์รอบตัวทำให้วิตกกังวล กลัว รู้สึกขัดแย้งและปรับตัวยากส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันและการเจ็บป่วย เช่น ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

4. ระดับรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป) ความเครียดที่เกิดขึ้นต่อเนื่องเมื่อเผชิญวิกฤตของชีวิต เช่น สูญเสียคนรัก เจ็บป่วยรุนแรง เป็นต้น ส่งผลทำให้เจ็บป่วยทางกายและสุขภาพจิต ชีวิตไม่มีความสุข ฟุ้งซ่าน ยับยั้งอารมณ์ไม่ได้

เมื่อประเมินและทราบระดับความเครียดของตัวเองแล้ว บุคคลสามารถนำรูปแบบแนวทางการจัดการความเครียดไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตัวเองได้ซึ่งจะมีเทคนิควิธีการที่แตกต่างกัน รายละเอียดดังนี้

1. แนวทางจัดการความเครียดด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือใช้หลักศาสนา ประกอบด้วย

1.1 การบริหารจัดการเวลาให้เหมาะสม การบริหารจัดการเวลาในแต่ละวันอย่างเหมาะสมจะทำให้กิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดไว้และทำให้กิจกรรมต่างๆ เป็นระเบียบ เช่น รับประทานอาหารเช้า เวลา 7.00 น. อาหารเที่ยง 12.00 น. อาหารเย็น 18.00 น. พักผ่อนเวลา 22.00 น. ตื่นนอนเวลา 05.00 น. เป็นต้น ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพจิต เมื่อถึงเวลาพักผ่อนต้องพักแม้งานจะยังไม่สำเร็จก็ตาม เมื่อถึงเวลารับประทานอาหารต้องรับประทาน เพราะพฤติกรรมเหล่านี้จะส่งผลต่อระบบอวัยวะภายในของร่างกาย เช่น การหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร เมื่อถึงเวลาเที่ยงแต่ไม่รับประทานอาหาร อาจเกิดโรคกระเพาะตามมา เป็นต้น นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อพฤติกรรมด้านลบที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน เช่น การบริโภคตามใจ รับประทานจุกจิก รู้สึกหิวตลอดเวลา เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นผลมาจากความเครียดและยังเพิ่มวงจรความเครียดให้สูงขึ้นอีกด้วย เข้าทำนอง “ยิ่งเครียดยิ่งกิน ยิ่งกินก็ยิ่งเครียด” หากดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามเวลาที่กำหนดอย่างเหมาะสมจะค่อยๆ เพิ่มนิสัยให้เป็นคนที่มีระเบียบซึ่งทำให้สมองได้รับการจัดระบบความคิดดียิ่งขึ้นเพราะการมีศิลปะในการจัดการเวลาที่มีประสิทธิผลส่งผลให้ความเครียดและความเหนื่อยหน่ายลดลง (ธิติกร อติชาตพงศ์, 2567)

1.2 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ตึงเครียด อาจจะออกกำลังกายในช่วงตอนเช้าหรือตอนเย็นของวันๆ ละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3-4 วัน เป็นอย่างน้อย การเคลื่อนไหวร่างกายจะทำให้อวัยวะส่วนต่างๆ ได้ขยับ ไม่อยู่ในท่าเดิมนานๆ ซึ่งจะทำให้ระบบเลือดไหลเวียนได้สะดวก หัวใจจะทำงานได้ดีขึ้นทำให้การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงสมองและอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ดี ดวงพร สุรพงษ์พิวัฒนะ (2565) กล่าวว่า การออกกำลังกายทำให้ร่างกายหลั่งสารซีโรโนทิน (สารสงบ) ซึ่งช่วยลดความเครียด ยิ่งการออกกำลังกายช่วงเช้าจะทำให้จิตใจเบิกบานเพราะอากาศจะเย็นสบาย บริสุทธิ์ ปอดได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ อีกทั้งช่วยขับเหงื่อตามอวัยวะส่วนต่างๆ และยังเป็นการผลาญไขมันไปในตัวทำให้ไม่เกิดการสะสม ส่วนวิธีการนั้นอาจจะเดินเบา ๆ วิ่งเหยาะ ๆ ฝึกโยคะ กำหมัดให้แน่น เหยียดแขนให้ตึง เอนหลังบนเก้าอี้โดยใช้หลายท่าประกอบกันเพื่อให้อวัยวะทุกสัดส่วนได้ขยับหรืออาจจะใช้อุปกรณ์ออกกำลังกายที่หน่วยงานราชการจัดตั้งไว้ให้ตามสวนสาธารณะ

1.3 การทำงานอดิเรก การทำกิจกรรมที่ชื่นชอบเป็นการระบายความเครียดได้ดีเช่นกัน ไม่จำเป็นต้องจริงจังกับทุก ๆ เรื่องตลอดเวลา การทำงานที่ไม่รู้จักพักผ่อนย่อมสร้างความตึงเครียดได้ เมื่อรับรู้ว่าตนเองเครียด

เกินไปจะต้องรู้จักผ่อนสั้นผ่อนยาว อุปมาเหมือนขับรถไม่ใช่จะเหยียบคันเร่งตลอดเวลาเพื่อไปให้ถึงเป้าหมาย แต่จะต้องรู้จักพักเป็นระยะ ๆ และสร้างความผ่อนคลายจากความตึงเครียดกับหน้าที่การงานเหล่านั้นโดยหันไปทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ชื่นชอบ อาทิ การปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ ปรับแต่งสวน กวาดบ้าน จัดข้าวของ วาดภาพ เล่นดนตรี เล่นกีฬา เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้สภาพจิตใจได้ปรับเปลี่ยนท่าทีจากการหมกมุ่นในการงานมากเกินไปเป็นการทำกิจกรรมเบา ๆ ซึ่งจะทำให้สมองได้หยุดพักและผ่อนคลาย

1.4 การอยู่ในสถานที่ที่สงบไม่วุ่นวาย ปฏิเสธไม่ได้ว่าสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อจิตใจมนุษย์ หากสิ่งแวดล้อมดีสุขภาพจิตจะดีตามไปด้วย ตรงข้ามหากสิ่งแวดล้อมเต็มไปด้วยความวุ่นวาย สับสน พลุกพล่านไปด้วยผู้คน จะส่งผลกระทบเชิงลบต่อจิตใจเช่นเดียวกัน การนำตนเองไปอยู่ในสถานที่ที่สงบ อากาศบริสุทธิ์ เช่น สวนสาธารณะที่เต็มไปด้วยหมู่แมกไม้ร่มรื่น บรรยากาศเย็นสบาย วัดวาอารามที่ไม่พลุกพล่านด้วยผู้คนหรือเป็นแหล่งปฏิบัติธรรมทำกัมมัฏฐาน เป็นต้น จิตใจที่เคร่งเครียดจะได้รับพลังบริสุทธิ์จากธรรมชาติ เป็นอิสระจากความวุ่นวาย จิตสงบผ่อนคลาย ไม่คิดปรุงแต่งตามกระแสสังคมจนไม่เป็นตัวของตัวเอง (Slow life) ความรู้สึกเคร่งเครียดจะค่อย ๆ ลดลงตามสิ่งแวดล้อมรอบข้างท่ามกลางบรรยากาศและสายลมที่เคลื่อนผ่าน โดยจากการศึกษาพบว่า สภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการปรับปรุงสภาพแวดล้อมจะช่วยรองรับความเครียดได้ (พิชญาภา ธัมมิกะกุล และคณะ, 2566)

1.5 การทำบุญให้ทาน การบริจาควัตถุสิ่งของ การทำบุญโดยแบ่งปันวัตถุสิ่งของเป็นการแสดงออกถึงจิตใจที่ไม่ยึดติดในวัตถุ ความเครียดส่วนใหญ่เกิดมาจากความรู้สึกว่าตัวเองต้องได้ต้องมีต้องเป็น เมื่อไม่ได้ไม่มีไม่เป็นตามที่คาดหวังย่อมทำให้รู้สึกผิดหวังและนำไปสู่ความเครียดในชีวิต การทำบุญให้ทาน เช่น การถวายวัตถุสิ่งของแด่พระภิกษุสงฆ์ การทำทานแก่คนยากจนเข็ญใจ การปล่อยนกปล่อยปลา เป็นต้น หรือการร่วมบริจาคปัจจัยเงินทองให้กับหน่วยงานทั้งหลาย อาทิ โรงพยาบาล มูลนิธิ โรงเรียน เป็นต้น ถือเป็นการสละความเห็นแก่ตัวทั้งสิ้น เพราะความสุขเกิดมาจากการรู้จักช่วยเหลือแบ่งปัน การมีน้ำใจต่อกัน การรู้จักเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ไม่เห็นแก่ได้หรือยึดมั่นถือมั่นแต่ตัวเองและการให้ยังเป็นการทำความดีพื้นฐานเพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข

1.6 การฝึกสติ ทำสมาธิ สวดมนต์ภาวนา จิตที่เครียดคือจิตที่ไม่อยู่กับปัจจุบันโดยมักจะคิดถึงแต่อดีตและกังวลกับอนาคตเป็นวงจรซ้ำไปซ้ำมา การฝึกจดจ่อกับสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน ตระหนักรู้ขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่กำลังดำเนินไปจะทำให้ความเครียดลดลง ไม่ปล่อยให้ความคิดฟุ้งซ่านไปกับเรื่องต่าง ๆ การฝึกสติสามารถทำได้ง่าย ๆ เช่น การกำหนดรู้อวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทั้งภายในและภายนอกตั้งแต่ศีรษะและค่อยๆ ไล่ลงไปจนถึงปลายเท้า จากนั้นไล่กลับจากปลายเท้าถึงศีรษะพร้อมรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นบริเวณต่าง ๆ เช่น ฝ่ามือ ฝ่าเท้า แผ่นหลัง บ่า ไหล่ เปลือกตา เป็นต้น หรือกำหนดลมหายใจเข้า-ออกโดยสังเกตลมที่มากระทบปลายจมูกหรือริมฝีปากและให้รับรู้ว่าหายใจออกท้องยุบ หายใจเข้าท้องพอง หากมีความคิดแทรกเกิดขึ้น ให้ปล่อยความคิดนั้นไปเสียด้วยการรู้ตัวไม่คิดตามแล้วกลับมาหยุดคิดโดยตั้งใจรับรู้ลมหายใจใหม่อีกครั้งหนึ่งด้วยการหายใจเข้าออกยาวสัก 1-2 ครั้ง นอกจากนี้การสวดมนต์ตามบทสวดต่าง ๆ เช่น บทสวดพุทธคุณ ธรรมคุณ สังฆคุณ (อิติปิโส) เป็นต้น หรือบทสวดอื่น ๆ ที่ตัวเองสวดได้คล่องปากหรืออาจจะสวดตามหนังสือ/บทสวดออนไลน์ยังช่วยให้จิตสงบจากความเครียดได้โดยนำจิตใจไปจดจ่อกับการเปล่งคำพูดตามบทสวดมนต์นั้น ๆ เมื่อมีความคิดใด ๆ เข้าแทรกให้พยายามนำจิตใจกลับมาจดจ่อกับบทสวดที่กำลังเปล่งอยู่ เมื่อสวดมนต์จบควรต่อด้วยการทำสมาธิ 5-10 นาที เป็นอย่างน้อย ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ (2566) กล่าวว่า การฝึกสมาธิจะทำให้เกิดภาวะผ่อนคลาย สงบ ช่วยดึงพลังจากภายในส่วนลึกของจิตออกมาเพื่อเยียวยาตนเองได้ วิธีการอาจจะนั่งขัดสมาธิเท้าซ้ายทับเท้าขวาบนที่ปูนั่งสบาย ๆ หรือนั่งหย่อนขาบนเก้าอี้ พร้อมหลับตากำหนดลมหายใจเข้าออกแต่ละขณะ เมื่อมีความคิดใด ๆ เกิดขึ้นให้เพียงแต่รับรู้ ไม่ปรุงแต่งเสริมเห็นการเกิด การแปรเปลี่ยนไปและการดับลงของความคิดเหล่านั้นและกลับมาจดจ่อกับลมหายใจที่ปรากฏขึ้น

นอกจากนี้ อาจจะเข้าร่วมหลักสูตรปฏิบัติธรรมเป็นระยะเพื่อฝึกฝนตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น ปฏิบัติธรรม 3 วัน 2 คืน ตามแหล่งปฏิบัติธรรมที่จัดขึ้น เข้าคอร์สวิปัสสนาแบบเข้มข้นตามหลักสูตรท่านโกเอ็นก้า ณ ศูนย์วิปัสสนาประจำจังหวัดที่ตั้งอยู่ ปฏิบัติธรรมในวันสำคัญ อาทิ วันวิสาขบูชา วันมาฆบูชา เป็นต้น การเข้าร่วมกิจกรรมเช่นนี้จะ

ทำให้มีภูมิคุ้มกันความเครียดแบบยั่งยืนและได้ผลจริงจัง แต่อาจจะต้องใช้ความพยายามและอดทนเพิ่มขึ้นสำหรับผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน

1.7 การฟังเสียงสวดมนต์ ฟังธรรม การฟังบทสวดมนต์ซึ่งมีท่วงทำนองและจังหวะน้ำเสียงที่เหมาะสม แม้อาจจะไม่เข้าใจภาษา (บาลี, สันสกฤต, อาหรับ ฯลฯ) ทว่าช่วยให้เกิดความสงบได้ กล่าวคือ ไม่ต้องคิดปรุงแต่งไปตามความหมายของบทสวดนั้น แต่จดจ่อกับคำสวดทีละคำ ทีละประโยคหรือในแต่ละวรรคตอน นอกจากนี้ การฟังธรรมสามารถช่วยผ่อนคลายความเครียดได้เพราะได้ขบคิดพิจารณาความจริงต่าง ๆ แทนที่จะหมกหมุ่นกับเรื่องเครียดที่ตนเองคิดโดยสามารถฟังออนไลน์ได้จากเว็บไซต์ เช่น ยูทูป (www.youtube.com) เป็นต้น อีกทั้งสามารถเลือกฟังจากผู้บรรยายธรรมได้อย่างหลากหลาย อาทิ จากนักบวชหรือฆราวาสที่ทรงภูมิความรู้ในธรรมะเรื่องนั้น ๆ เป็นต้น

2. แนวทางการจัดการความเครียดตามหลักสังคมวิทยา ประกอบด้วย

2.1 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ยุค “สังคมก้มหน้า” ที่ทุกคนต่างให้ความสนใจแต่เทคโนโลยีสมัยใหม่โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์ (Social) ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกแปลกแยก ขาดทักษะสังคมหรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม อาทิ การเข้าร่วมกิจกรรมทอดกฐิน กิจกรรมทำบุญตักบาตรวันขึ้นปีใหม่ กิจกรรมวันครอบครัว รดน้ำดำหัวผู้ใหญ่ในวันสงกรานต์ กิจกรรมจิตอาสา เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้สามารถช่วยให้เกิดการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน ร่วมกันคิดร่วมกันทำและประสานงานเพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ แสดงถึงน้ำใจที่มีในการอยู่ร่วมกันซึ่งจะช่วยลดความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกโดดเดี่ยวเพราะได้รับรู้ปัญหาของแต่ละคนและได้แลกเปลี่ยนมุมมองในการทำงานหรือการดำเนินชีวิตซึ่งช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในแง่มุมใหม่ ๆ จากทัศนะคนอื่น ๆ ส่งผลให้มุมมองของตัวเองกว้างขึ้น อีกทั้ง สามารถนำมาปรับใช้กับชีวิตตัวเองในบางแง่มุมได้เพราะการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือประสบการณ์ การแสดงความรู้สึกเป็นห่วงจะกระตุ้นให้เกิดกำลังใจ ได้ข้อมูลย้อนกลับทำให้รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของคนอื่น มองเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นได้

2.2 การระบายให้เพื่อนสนิทหรือสมาชิกในครอบครัวฟัง เมื่อเกิดความรู้สึกเครียดขึ้น ควรเล่าให้เพื่อนสนิทหรือคนในครอบครัวที่สามารถรับฟังเรื่องราวได้ ไม่ควรเก็บเรื่องเครียดนั้นไว้เพียงลำพังเพราะอาจจะทำให้เก็บกดความรู้สึกลงสู่จิตใต้สำนึกซึ่งไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพจิตเพราะหากเก็บไว้มากๆ อาจจะสะสมความเครียดไว้ในระดับลึกและเป็นชนวนระเบิดให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ เช่น ทะเลาะวิวาท ติดสารเสพติด เป็นต้น นอกจากนี้ การระบายให้คนอื่นฟังยังช่วยให้คนรอบข้างเข้าใจลักษณะจิตใจของตัวเองซึ่งจะทำให้สัมพันธภาพเป็นไปด้านบวก รับรู้ถึงจุดอ่อนจุดแข็ง โดยไม่จำเป็นต้องแสดงว่าตัวเองต้องเข้มแข็งตลอดเวลา เพราะการสนับสนุนจากสายสัมพันธ์ของคนในครอบครัวหรือคนรอบข้างจะทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและรับรู้ว่ายังมีคนที่เข้าใจและพร้อมที่จะให้กำลังใจซึ่งกันและกันอยู่เสมอ

3. แนวทางการจัดการความเครียดตามหลักจิตวิทยา ประกอบด้วย

3.1 ดนตรีบำบัด การฟังดนตรีจะทำให้จิตใจมีสุนทรียภาพตามท่วงทำนองโดยเฉพาะเพลงบรรเลงแนวสมาธิ หากเป็นดนตรีที่มีเนื้อร้องจะต้องมีเนื้อหาที่เหมาะสม มีความหมายที่ช่วยประเทืองปัญญา ไม่ใช่ดนตรีที่มีท่วงทำนองกระทบกระแทกหรือเนื้อหาที่ทำให้เกิดรู้สึกด้านลบ เช่น เพลงเศร้า เพลงที่มีเนื้อหาเชิงอกหักผิดหวังหรือตำหนิติเตียน เป็นต้น จากการศึกษาที่นำดนตรีผ่อนคลาย (Melodic relax music) ไปใช้บำบัดยังพบว่า ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (ปองหทัย จันทร์มณี, 2564) ซึ่งการนำดนตรีมาใช้เพื่อการเยียวยาให้เกิดประสิทธิภาพต้องดำเนินการโดยผู้มีความรู้ความสามารถที่ได้รับการฝึกฝนด้านดนตรีบำบัดมาโดยเฉพาะ

3.2 การให้คำปรึกษาหรือการบำบัด การเข้ารับการให้คำปรึกษาหรือการบำบัดเป็นรายกลุ่ม/บุคคลจากนักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด พยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ จะช่วยให้บุคคลได้เข้าใจปัญหาและรู้วิธีการแก้ไขความเครียดที่เกิดขึ้นภายใต้สัมพันธภาพที่อบอุ่น จริงใจ เปิดเผยตนเอง มีการแลกเปลี่ยนมุมมองระหว่างกันซึ่งต้องดำเนินการโดยผู้ให้คำปรึกษาที่ได้รับการฝึกฝนมาโดยเฉพาะและมีเทคนิควิธีการ ขั้นตอนดำเนินการที่นำมาแก้ไขอย่างเป็นระบบเพื่อให้สอดคล้องกับผู้เข้ารับคำปรึกษาที่มีความเครียดในเรื่องต่างๆ เช่น งานวิจัยของ สุภาวดี ดิสโร และ

จตุรพร แสงกุล (2564) ที่นำการปรึกษาเชิงจิตวิทยามาใช้ลดความเครียดกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า กลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

4. แนวทางการจัดการความเครียดตามหลักการแพทย์ ความเครียดเรื้อรังและรุนแรงจำเป็นต้องรักษาโดยการปรับสารสื่อประสาทในสมองที่หลั่งผิดปกติซึ่งจะต้องให้แพทย์เฉพาะทางทำการประเมินวินิจฉัยและอาจต้องให้คนป่วยรับประทานยาร่วมด้วย บางกรณีอาจจำเป็นต้องใช้การกระตุ้นด้วยคลื่นไฟฟ้า (TMS: Transcranial Magnetic Stimulation) ในห้องปฏิบัติการเฉพาะซึ่งต้องดำเนินการโดยจิตแพทย์หรือแพทย์ผู้ชำนาญการด้านสมองและระบบประสาทที่มีความเชี่ยวชาญเท่านั้น ดังตัวอย่างงานวิจัยของ ศรินรัตน์ โคตะพันธ์ (2564) ที่ศึกษาการใช้พลังบำบัดในอาสาสมัครที่มีระดับความเครียดสูงโดยใช้คลื่นไฟฟ้าอ่อนๆ เพื่อปรับสมดุลและกระตุ้นฟื้นฟูเซลล์โดยกระจายพลังงานไปยังส่วนต่างๆ ของระบบภายในร่างกาย พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิตที่เป็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ตอบสนองต่อความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

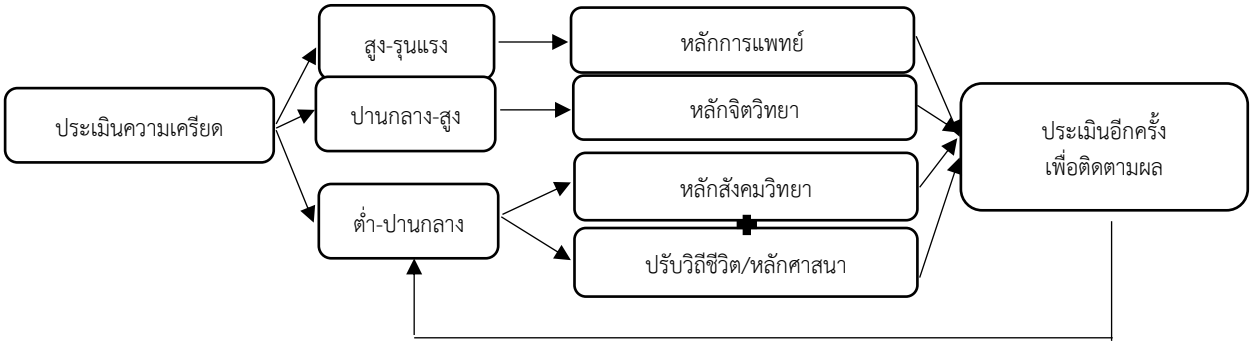
ตามที่ได้เสนอแนวทางและเทคนิควิธีการในการจัดการความเครียด สามารถสังเคราะห์เป็นรูปแบบแนวทางการแก้ไขให้สอดคล้องกับระดับความเครียด ดังนี้

รูปแบบแนวทางจัดการความเครียดที่สอดคล้องกับระดับความเครียด

ลำดับ	แนวทาง	ผู้ดำเนินการ	เทคนิค/วิธีการ	ระดับความเครียด
1	ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือใช้หลักศาสนา	ตัวบุคคล	- บริหารจัดการเวลาให้เหมาะสม เช่น ตื่นนอน รับประทานอาหาร พักผ่อน ทำงาน ใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Social) เป็นต้น - ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เช่น เดิน วิ่งเบาๆ ใช้อุปกรณ์ออกกำลังกาย ฝึกโยคะ เป็นต้น - ทำงานอดิเรก เช่น รดน้ำต้นไม้ วาดรูป จัดสวน เล่นดนตรี เก็บกวาดที่พัก เป็นต้น - พักผ่อนหรืออยู่ในสถานที่ที่สงบเงียบ เช่น วัด สถานที่ปฏิบัติธรรม สวนสาธารณะ อุทยาน แหล่งท่องเที่ยวตามธรรมชาติ เป็นต้น - ทำบุญตักบาตร ถวายวัตถุสิ่งของที่จำเป็นแด่พระภิกษุสงฆ์ - บริจาควัตถุสิ่งของให้ผู้ขาดแคลน ให้ทุนการศึกษานักเรียน/นักศึกษา - ฝึกสติ ทำสมาธิ สวดมนต์ก่อนนอน - ฟังเสียงสวดมนต์/ธรรมะออนไลน์	ต่ำ-ปานกลาง
2	หลักสังคมวิทยา	ตัวบุคคล, ครอบครัว, ผู้นำชุมชน, เพื่อนบ้าน, พระสงฆ์	- เข้าร่วมประเพณีสงกรานต์ กิจกรรมจิตอาสาร่วมรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด กิจกรรมวันขึ้นปีใหม่ วันครอบครัว - พบปะพูดคุย ปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนมุมมองระหว่างสมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อน	
3	หลักจิตวิทยา	นักจิตวิทยา, นักกิจกรรมบำบัด, พยาบาลจิตเวช, จิตแพทย์	- เข้าร่วมกิจกรรมบำบัด เช่น ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด เป็นต้น - เข้าร่วมการปรึกษาหรือบำบัดกลุ่ม/รายบุคคลตามแนวคิดทางจิตวิทยา เช่น จิตวิเคราะห์ ปรับความคิด - พฤติกรรม เป็นต้น	ปานกลาง-สูง

ลำดับ	แนวทาง	ผู้ดำเนินการ	เทคนิค/วิธีการ	ระดับความเครียด
4	หลักการแพทย์	จิตแพทย์, แพทย์ด้านสมองและระบบประสาท	- รับประทานยาลดความเครียดตามแพทย์สั่ง อาทิ ยากลุ่มยับยั้งการเก็บกลับของซีโรโทนินในสมอง (Selective serotonin reuptake inhibitors) ยากลุ่มไตรไซคลิกแอนตี้ดีแพรสเซ็นต์ (Tricyclic Antidepressants) ยากลุ่มเบนโซไดอาซีปีน (Benzodiazepines) - กระตุ้นด้วยคลื่นไฟฟ้าเพื่อปรับคลื่นความถี่ที่ตอบสนองต่อความเครียดทางสรีระ	สูง - รุนแรง

กล่าวได้ว่า แต่ละแนวทางในการจัดการความเครียดจะมีเทคนิควิธีการที่ต่างกันขึ้นอยู่กับระดับความเครียด เป็นสำคัญซึ่งบุคคลสามารถประเมินความเครียดได้ด้วยตัวเองหรือจะเข้ารับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ หากพบว่ามีความเครียดระดับต่ำถึงปานกลาง สามารถนำแนวทางตามหลักศาสนาหรือใช้การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่สามารถดำเนินการได้ด้วยตัวเอง ได้แก่ 1) การบริหารจัดการเวลาให้เหมาะสม 2) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3) การทำงานอดิเรก 4) การอยู่ในสถานที่ที่สงบไม่วุ่นวาย 5) การทำบุญให้ทาน บริจาควัตถุสิ่งของ 6) การฝึกสติ ทำสมาธิ สวดมนต์ ภาวนา และ 7) การฟังเสียงสวดมนต์ ฟังธรรม และยังสามารถนำแนวทางตามหลักสังคมวิทยามาประยุกต์ใช้ได้อีกด้วย ได้แก่ 1) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและ 2) การระบายให้เพื่อนสนิทหรือสมาชิกในครอบครัวฟัง ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับบุคคลต่าง ๆ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ เพื่อนบ้าน เป็นต้น ความเครียดระดับปานกลางถึงสูงจำเป็นต้องเข้ารับการประเมินวินิจฉัยจากนักจิตวิทยาคลินิกหรือพยาบาลจิตเวช และควรเข้าร่วมใช้รูปแบบแนวทางตามหลักจิตวิทยา ได้แก่ 1) ดนตรีบำบัดและ 2) การให้คำปรึกษาหรือการบำบัดแบบกลุ่มหรือรายบุคคล ซึ่งต้องดำเนินการตามกรอบระยะเวลาด้วยกระบวนวิธีอย่างเคร่งครัดโดยนักจิตวิทยา นักบำบัด พยาบาลจิตเวชหรือจิตแพทย์ ขณะที่ความเครียดระดับสูงถึงรุนแรงจำเป็นต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่งเพื่อปรับสารสื่อประสาทที่หลั่งผิดปกติและอาจจำเป็นต้องกระตุ้นด้วยคลื่นไฟฟ้าเพื่อปรับความถี่ที่ตอบสนองต่อความเครียดทางสรีระร่วมด้วยซึ่งจะต้องดำเนินการโดยจิตแพทย์หรือแพทย์ผู้ชำนาญการด้านสมองและระบบประสาทในห้องปฏิบัติการเท่านั้น นอกจากนั้น ภายหลังดำเนินการใช้รูปแบบแนวทางตามที่เลือกแล้วจะต้องประเมินติดตามผลเป็นระยะเพื่อให้ทราบการเปลี่ยนแปลงและนำไปสู่การเลือกรูปแบบแนวทางใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับระดับความเครียดที่เกิดขึ้น สามารถสรุปเป็นรูปแบบแนวทางการจัดการความเครียดแต่ละระดับได้ดังแสดงภาพ 1 ดังนี้



ภาพ 1 แสดงแนวทางการจัดการความเครียดแต่ละระดับ

สรุป

ความเครียดเป็นสาเหตุหลักของปัญหาสุขภาพจิตส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้ารวมถึงปัญหาคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงาน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น และอาจนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตายได้ หากมีอาการเรื้อรังและรุนแรง ความเครียดมีตั้งแต่ระดับที่สามารถควบคุมตัวเองได้จนถึงระดับที่ควบคุมตัวเองไม่ได้ โดยบุคคลสามารถทำแบบประเมินความเครียดของสวนปรุงที่ระบุไว้ 4 ระดับ ได้แก่ น้อย (0-23 คะแนน) ปานกลาง (24-41 คะแนน) สูง (42-61 คะแนน) และรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป) หรือเข้ารับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ทราบระดับความเครียดที่กำลังเผชิญ จากนั้นจึงเลือกรูปแบบแนวทางการจัดการให้สอดคล้องกับความเครียดระดับนั้น ๆ จึงจะประสบความสำเร็จในการแก้ไข หากพบว่า ตัวเองมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติซึ่งไม่จำเป็นต้องไปพบผู้เชี่ยวชาญเพียงแต่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือประยุกต์ใช้หลักศาสนาให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ควรผนวกกิจกรรมทางสังคมเข้าไปในวิถีชีวิตด้วยก็จะช่วยได้อีกทางหนึ่ง ส่วนความเครียดระดับปานกลางถึงสูงจะเริ่มส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต หากไม่รีบแก้ไขจะทำให้เรื้อรังและรุนแรงมากขึ้น จำเป็นต้องเข้าร่วมใช้รูปแบบแนวทางตามหลักจิตวิทยาซึ่งจะดำเนินการไปตามขั้นตอนที่มีเทคนิควิธีการเฉพาะโดยผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี ขณะที่ความเครียดระดับสูงจนถึงรุนแรงสะท้อนให้เห็นว่าอยู่ในภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนและดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายซึ่งจำเป็นต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอและอาจจะต้องกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า (TMS) ภายใต้การดำเนินการโดยแพทย์ผู้ชำนาญการด้านสมองหรือระบบประสาทเท่านั้น อีกทั้ง มีการติดตามประเมินอาการเป็นระยะเพื่อดูการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น หากบุคคลตระหนักรู้และเลือกรูปแบบแนวทางให้สอดคล้องกับระดับความเครียดของตัวเองจะสามารถจัดการแก้ไขได้ซึ่งจะส่งผลให้มีความสุขในการดำเนินชีวิตมากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ความเครียดเป็นทั้งแรงผลักดันให้บุคคลไปสู่เป้าหมายขณะเดียวกันยังกลายเป็นอุปสรรคสำคัญในการใช้ชีวิตให้มีความสุข บทความฉบับนี้ได้นำเสนอรูปแบบแนวทางจัดการให้สอดคล้องกับระดับความเครียดที่เกิดขึ้น ประชาชนทุกเพศทุกวัยสามารถนำไปปรับใช้กับตัวเองและแนะนำคนรอบตัวได้ อีกทั้ง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องดำเนินการเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับเพราะการป้องกันไว้ก่อนย่อมดีกว่าการตามแก้ไขปัญหาทีหลัง จึงขอเสนอแนะไว้ 2 ประการดังนี้

1. สำหรับประชาชนทั่วไปจะต้องหมั่นตรวจสอบสภาพจิตใจของตัวเองเมื่อเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตประจำวันอันเกิดจากการศึกษาเล่าเรียน การทำงานหรือสภาพทางสังคม หากรู้สึกคับข้องใจ วิตกกังวล แม้เพียงเล็กน้อยควรหาวิธีการจัดการเบื้องต้นตามแนวทางที่ได้เสนอไว้เพื่อไม่ให้กลายเป็นความเครียดสะสม ขณะเดียวกันยังต้องหมั่นสังเกตคนรอบข้างที่อาจจะแสดงอาการที่บ่งบอกถึงความเครียดในระดับต่าง ๆ ซึ่งสามารถประเมินได้ด้วยตัวเอง หากพบว่าความเครียดเกินกว่าปกติจะต้องเข้ารับการวินิจฉัยจากผู้เชี่ยวชาญและจะต้องเข้ารับการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทันที

2. สำหรับหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมสุขภาพจิต นักจิตวิทยา จิตแพทย์ พยาบาลสุขภาพจิต นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น จะต้องจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางจัดการ วิธีป้องกันแก้ไขภายในสถานที่ตั้งที่ประชาชนมารับบริการ นอกจากนี้ จะต้องออกพื้นที่เพื่อให้บริการในแหล่งชุมชนต่างๆ เมื่อตรวจพบว่ามีประชาชนคนใดที่เผชิญความเครียดตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรงจะต้องรับเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างเร่งด่วนกับหน่วยงานหรือบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะเพื่อป้องกันการลุกลามของปัญหาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2564). *เครียด...คลายเครียด.* ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. https://www.tobenumber1.net/dataservice/files/ds2-manualAndTech/manual/56.2564%20เครียดคลายเครียด%20(%205.64).pdf

กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แบบประเมินความเครียดกรมสุขภาพจิต*. https://dmhpd.dmh.go.th/wp-content/uploads/2024/10/แบบประเมินความเครียด-SPST-20-โรงพยาบาลสวนปรุง.pdf

กวินลักษณ์ นาวิชิต, รัชนี ศรีตะวัน, และ นภัทร เตี๋ยนุกูล. (2567). การศึกษาเพื่อจิตสำนึกใหม่: ดูแลด้วยหัวใจในยุค VUCA World. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 4*(1), 1-10.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แผ จันทร์สุข, และ ศุกร์ใจ เจริญสุข. (2566). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* (ฉบับปรับปรุง) *เล่มที่ 1*. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

ดมิสา เพชรทอง, ดาราวดี รักวงค์, นูไรดา แสสาเหตุ, อาริสา พันธุสะ, สมเกียรติยศ วรเดช, และ ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2563). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: ความเครียดและแนวทางจัดการความเครียด. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 6*(1), 1-11.

ดวงพร สุรพงษ์พิวัฒนะ. (2565). *เคล็ดลับบอกลาความเครียด*. *วารสารหมอชาวบ้าน, 43*(513), ไม่ปรากฏเลขหน้า.

เทิดศักดิ์ เดชคง. (2566). *สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย ผ่าน Mental Health Check in* (รายงานการวิจัย). สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.

ไทยรัฐออนไลน์. (2567). *สุขภาพจิต หนึ่งในปัญหาสำคัญที่สังคมไทยควรเฝ้าระวัง*. https://www.thairath.co.th/lifestyle/life/2789509

ธิติกร อติชาตพงศ์. (2567). SPTLEOBC: ศิลปะการบริหารเวลาสู่ความสำเร็จ. *Leadership Educational Administration Development Journal, Ramkhamhaeng University, 1*(3), 1-15.

นภวรรณ มั่นพรรษา, พณิดา โยมะบุตร, กลกรณ์ วงศ์ภาติกะเสรี, กีรติ ปัทมเรขา, และ อธิพัฒน์ มูลเชื้อง. (2567). การสำรวจสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ใช้อินเตอร์เน็ต. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 18*(1), 1-16.

ปองหทัย จันทร์มณี, และ สุนิสา ไทยจินดา. (2564). *ผลของการฟังดนตรีผ่อนคลายเพื่อลดภาวะความเครียดในวัยทำงาน.* https://postgrads.mfu.ac.th/wp-content/uploads/2022/12/6252003270.pdf

พิชญาภา ธัมมิกะกุล, ปนวัฒน์ สุธิกุญชร, และ พันธ์ศักดิ์ ภัคดี. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมกับความเครียดของนักศึกษาปริญญาตรี คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์และการออกแบบสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาแม่โจ้. *วารสารสถาปัตยกรรม การออกแบบและการก่อสร้าง คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ ผังเมืองและนฤมิตศิลป์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 5*(2), 101-116.

ลัญชนา พิมพันธ์ชัยยบูลย์ และ ชัยสิทธิ์ ทันศึก. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 25*(48), 45-57.

วรวรรณ จุฑา, กมลลักษณ์ มากคล้าย, ดวงดาว ศรีเรืองรัตน์, และ เรวดี จายานะ. (2566). ความชุกและแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563-2565. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 31*(3), 227-239.

ศรินรัตน์ โคตะพันธ์. (2564). การศึกษาประสิทธิผลของการใช้พลังบำบัดในอาสาสมัครที่มีระดับความเครียดสูง. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 16*(2), 12-17.

ศรีแพร เข็มวิชัย, เชษฐา แก้วพรม, และสายฝน อินศรีชื่น. (2567). การศึกษาภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความมีคุณค่าในตนเองในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแพร่. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 16*(1), 1-16.

สุภาวดี ดิสโร และ จตุรพร แสงกุล. (2564). การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย, 3*(2), 14-24.

Anusaksathien, K. (2024). A study of the relationship between stress and mental health of students at Naresuan University during the spread of the Covid-19. *Journal of Social Science Naresuan University, 20*(1). 33-58. https://doi.org/10.69650/jssnu.2024.263312

Carvajal, R. F. P., & Guedea, M.T.D. (2020). Stress in university research professors: A systematic review. *Salud Mental, 44*(5), 249-256. https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2021.032

Dotterer, A. M., Juhasz, A. C., Murphy, K. N., Park, S., & Boyce, L. K. (2020). Stress and family relationships among college student parents: A mixed methods study. *Journal of Social and Personal Relationships*, *38*(3), 888-911. https://doi.org/10.1177/0265407520975198

Kumar, M. A., & Bawthra, R. (2020). A study on stress management strategies of students. *Asian Journal of Science and Technology, 11*(1), 10788-10791.

Maddock, A. (2024). The relationships between stress, burnout, mental health, and well-being in social workers. *British Journal of Social Work, 54*(23), 668-686. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcad232

Meesripong, N., Tansittipan, B., Sitasuwan, P., Thamprasert, W., Boonpairoj, P., & Smithisukul, K. (2024). The impact and the causes of stress among high school students. *International Journal of Social Science and Humanities Research, 12*(3), 398-403. https://doi.org/10.5281/zenodo.13861129

Metreveli, L., & Japaridze, K. (2022). Stress as an Integral part of our life. ESI Preprints. https://doi.org/10.19044/esipreprint.9.2022.p812

Muslimah, A. U., Kesehatan, F. I., Masysrakat, P. K., Besar, A., & Aceh. (2024). Relationship between stress and mental health. *Public Health Journal, 1*(2), 1-5. https://doi.org/10.62710/2239zr95

Nixdorf, I., Beckmann, J., & Nixdorf, R. (2020). Psychological predictors for depression and burnout among German junior elite athletes. *Frontiers in Psychology, 11*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00601

Öztürk, A., & Aslan, S. (2024). Determining the concerns and stress levels of the elderly population about COVID-19: A sectional study. *Kafkas Journal of Medical Sciences, 14*(2), 101-108.

Rogerson, O., Wilding, S., Prudenzi, A., & O'Connor, D. B. (2024). Effectiveness of stress management interventions to change cortisol levels: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology, 159*, 106415. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2023.106415

World Health Organization (WHO). (2020). Doing what matters in times of stress: An illustrated guide. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331901/9789240003910-eng.pdf?sequence=1

Zafar, M. S., Nauman, M., Nauman, H., Nauman, S., Kabir, A., Shahid, Z., Fatima, A., & Batool, M. (2021). Impact of stress on human body: A review. *European Journal of Medical and Health Science, 3*(3), 1-7. http://dx.doi.org/10.24018/ejmed.2021.3.3821

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

Factors related to health care behavior of type 2 diabetes patients in Na-Chaliang subdistrict health promoting hospital Nong Phai district, Phetchabun

วุฒิชัย คำพูน[1*] และ ถาวร มาต้น[2]
Wuttichai Kampoon[1*], Tavorn Maton[2]
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง จังหวัดเพชรบูรณ์[1*], คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง[2]
Na Chaliang Subdistrict Health Promoting hospital, Phetchabun[1*], Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University[2]
*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: wuttichaikampoon@gmail.com

(Received: May 22, 2025; Revised: June 13, 2025; Accepted: June 27, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 140 คน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน และการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลการรับรู้ด้านสุขภาพ และข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.40, S.D. = 0.39) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.07, S.D. = 0.67) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านของโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (p = 0.01) และการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = 0.40, p < 0.01)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพ จะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, การรับรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

This correlational descriptive study examined factors associated with self-care behaviors among patients with type 2 diabetes receiving services at Na Chaliang Subdistrict Health Promoting Hospital, Nong Phai District, Phetchabun Province, Thailand. A total of 140 patients were selected using simple random sampling based on the Krejcie and Morgan sample size table. Data were collected using a structured questionnaire comprising three sections: demographic data, health perception, and self-care behaviors. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square test, and Pearson's correlation. Statistical significance was set at p < 0.05.

The results indicated that overall health perception was at a very high level (Mean = 4.40, S.D. = 0.39), and overall self-care behavior was also at a very high level (Mean = 4.07, S.D. = 0.67).

The presence of comorbidity was significantly associated with self-care behavior (p = 0.01). In addition, overall health perception was moderately and positively correlated with self-care behavior (r = 0.40, p < 0.01).

These findings suggest that enhancing health perception among patients with type 2 diabetes may improve self-care behaviors and can inform the development of effective health promotion strategies for this population.

Keywords: type 2 diabetes, self-care behavior, health perception

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความสำคัญต่อสุขภาพและเศรษฐกิจระดับโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งสามารถทำให้ผู้ป่วยสูญเสียคุณภาพชีวิตและอายุขัย การรักษาผู้ป่วยเบาหวานยังส่งผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายสาธารณสุขที่สูง และมีผลกระทบต่อภาคแรงงานจากการสูญเสียผลผลิต การควบคุมโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญในการลดภาระทางสุขภาพและเศรษฐกิจทั่วโลก จากรายงานสถานการณ์โรค NCDs ปี พ.ศ.2566 ระบุว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 463 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 629 ล้านคนในปี พ.ศ.2588 หากไม่มีมาตรการควบคุมที่มีประสิทธิภาพ (World Health Organization, 2023)

ในประเทศไทย พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มากกว่า 300,000 รายต่อปี โดยมีผู้ป่วยในระบบกระทรวงสาธารณสุขกว่า 3.2 ล้านคน คิดเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึงปีละ 47,596 ล้านบาท และเมื่อรวมกับโรค NCDs อื่นจะมีภาระค่าใช้จ่ายรวมกว่า 302,367 ล้านบาทต่อปี (กองควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2566) จังหวัดเพชรบูรณ์มีแนวโน้มผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยช่วงปี 2565–2567 พบอัตราผู้ป่วยต่อแสนประชากรอยู่ที่ 6,011.72, 6,319.80 และ 6,682.36 ตามลำดับ (กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2567) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง จากรายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในช่วงปี 2565-2567 พบว่า อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในพื้นที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 481.72, 411.56 และ 456.11 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยมีการติดตามกลุ่มสงสัยที่ได้รับการยืนยันการป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่าอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มสงสัยมีอัตราร้อยละ 22.45, 22.22 และ 19.18 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง, 2567) ในแต่ละปีพบอัตราผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่มากสะท้อนถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดในอนาคต รวมถึงการปรับกลยุทธ์การดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานซึ่งส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม มีงานวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากยังคงประสบปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมอารมณ์ และการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว (ศิริพร สวัสดิ์สุข, 2560) หากผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น เบาหวานขึ้นตา (diabetic retinopathy), เบาหวานลงไต (diabetic nephropathy), เบาหวานลงเท้า (diabetic foot) และโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียอวัยวะ ความพิการ หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (American Diabetes Association, 2023) ในทางตรงกันข้าม การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ตามแนวทาง 3อ. 2ส. ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มความสามารถในการควบคุมโรค ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (กรมอนามัย, 2563)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและระดับการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิง

ประจักษ์ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่การลดภาระโรคและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์วิจัย

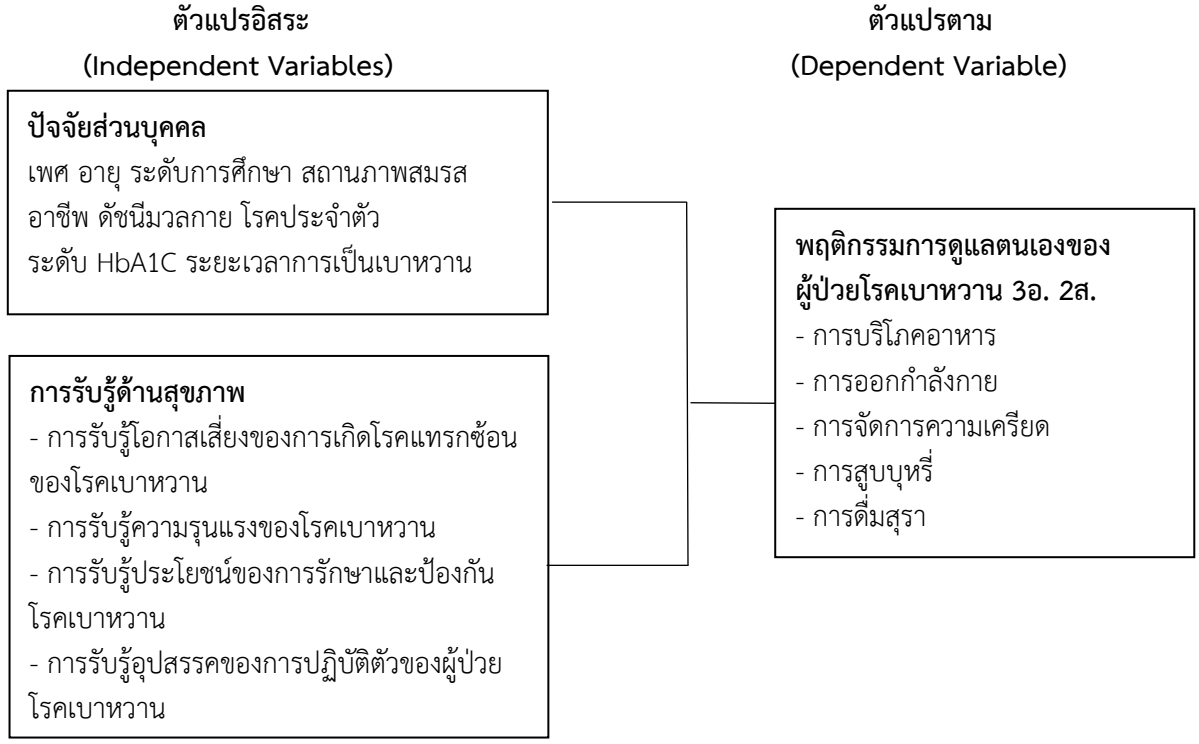
1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระดับ HbA1C ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

สมมติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล และระดับการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model: HBM) ของ Rosenstock (1974) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมุ่งเน้นการประเมินองค์ประกอบหลักของ HBM จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งได้นำมาเป็นตัวแปรอิสระในการศึกษา เพื่อนำไปทดสอบหาความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3อ. 2ส. ตามกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive study) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 220 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 140 คน ซึ่งได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970) ที่ความเชื่อมั่น 95% และโดยการคำนวณหาสัดส่วน (probability proportional to size) ของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยนำชื่อของประชากรที่ใช้ในการวิจัยมาทำการจับสลากแบบไม่ใส่คืนจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

- เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
- เข้ารับการรักษาหรือขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วย ณ สถานพยาบาลที่ทำการศึกษา
- สามารถอ่านออกเขียนได้
- ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

- เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดอื่นที่ไม่ใช่เบาหวานชนิดที่ 2
- มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันซึ่งไม่เหมาะสมต่อการเข้าร่วมการวิจัย
- มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือภาวะทางจิตเวชที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน
- ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนดหรือขอถอนตัวระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จัดทำแบบสอบถาม (questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสอบถามให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และสอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวตามกรอบแนวคิด โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) และแบบสอบถามแบบเติมตัวเลขและข้อความ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จำนวน 7 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน จำนวน 5 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 5 ข้อ และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 5 ข้อ มีทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ตามแบบของลิเคิร์ท (Likert, 1967) ประเมินคำตอบ โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว กำหนดให้แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับการรับรู้	คะแนนการรับรู้เชิงบวก	คะแนนการรับรู้เชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 9 ข้อ 2) ด้านการจัดการอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านการสูบบุหรี่ จำนวน 2 ข้อ และ5) ด้านการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 4 ข้อ มีทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบของลิเคิร์ท (Likert, 1967) ประเมินคำตอบ โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว กำหนดให้แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับพฤติกรรม	คะแนนพฤติกรรมเชิงบวก	คะแนนพฤติกรรมเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ 6-7 วัน/สัปดาห์	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4-5 วันต่อสัปดาห์	4	2
ปฏิบัติบางครั้ง 3 วันต่อสัปดาห์	3	3
ปฏิบัติน้อยครั้ง 1-2 วันต่อสัปดาห์	2	4
ปฏิบัติน้อยครั้งที่สุดหรือไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

การแปลผลคะแนน

ผลการตอบแบบสอบถามในส่วนที่ 2 และ 3 แปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1981) แบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ มีคะแนนตั้งแต่ 1.00 – 2.33 คะแนน
ระดับปานกลาง มีคะแนนตั้งแต่ 2.34 – 3.66 คะแนน
ระดับสูง มีคะแนนตั้งแต่ 3.67 – 5.00 คะแนน

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง ไปตรวจสอบหาค่าความเที่ยงตรงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาว่าเนื้อหาในเครื่องมือวิจัย ครอบคลุมและเป็นตัวแทนของเนื้อหาสาระที่ต้องการ โดยการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) หรือ Index of item-objective congruence โดยมีค่าความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.67 - 1 และนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากทบทวนไปปรับแก้ไขและนำไปทดสอบ (try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.77 และทั้งฉบับค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. จัดทำหนังสือราชการเพื่อขอความร่วมมือไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย

2. จัดการอบรมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงลายมือชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.2 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างชัดเจน และมีผู้ช่วยวิจัยคอยอำนวยความสะดวก ดูแลความเรียบร้อยในการตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนในทุกข้อ และเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง

4. ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งก่อนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่

วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test = χ^2) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient: *r*) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงเส้น (linear relationship) ระหว่างตัวแปร 2 ตัว โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น คือ ตัวแปรทั้งสองต้องเป็นตัวแปรต่อเนื่อง อยู่ใน มาตราอันตรภาคชั้น (interval scale) ขึ้นไป และมีการแจกแจงปกติสองตัวแปร (bivariate normal distribution) ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับ HbA1C ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05 และกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์จากเดวี่ (Davies, 1971) ดังนี้

1. ค่า *r* มีค่าตั้งแต่ 0.01 ถึง 0.09 มีความสัมพันธ์กันต่ำมาก
2. ค่า *r* มีค่าตั้งแต่ 0.10 ถึง 0.29 มีความสัมพันธ์กันต่ำ
3. ค่า *r* มีค่าตั้งแต่ 0.30 ถึง 0.49 มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
4. ค่า *r* มีค่าตั้งแต่ 0.50 ถึง 0.69 มีความสัมพันธ์กันสูง
5. ค่า *r* มีค่าตั้งแต่ 0.70 ถึง 1.00 มีความสัมพันธ์กันสูงมาก

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพร เขตรอุดมศักดิ์ หนังสือรับรองเลขที่ 042/2568 รหัสโครงการวิจัย CPH-EC-040/2568 ลงวันที่ 20 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยดำเนินการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับพร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น โดยไม่มีผลกระทบใดทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ดังแสดงตาราง 1

ตาราง 1 แสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 140)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	35	25.00
หญิง	105	75.00
2. อายุ		
35-44 ปี	3	2.10
45-54 ปี	14	10.00
55-64 ปี	49	35.00

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
65-74 ปี	55	39.30
75 ปี ขึ้นไป	19	13.60
Mean = 65.21 ปี, S.D. = 8.79, Min = 37 ปี, Max = 90 ปี		
3. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	7	5.00
ประถมศึกษา	120	85.72
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	5.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2	1.42
อนุปริญญา/ปวส.	3	2.14
ปริญญาตรี	1	0.72
4. สถานภาพสมรส		
โสด	2	1.40
คู่ /แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	111	79.30
หม้าย/ หย่า/แยกกันอยู่	27	19.30
5. อาชีพ		
เกษตรกรรม	47	33.60
รับจ้าง	41	29.30
ค้าขาย	23	16.40
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	0.70
พนักงานบริษัทเอกชน	26	18.60
ธุรกิจส่วนตัว	2	1.40
6. ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 18.5	6	4.28
18.5 – 22.9	46	32.86
มากกว่า 23	88	62.86
7. โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	16	11.40
โรคเบาหวานความดัน	27	19.30
โรคเบาหวาน ความดัน ไขมัน	85	60.70
โรคเบาหวาน ไขมัน	12	8.60
8. ระดับHbA1C		
น้อยกว่า 5.7	16	11.40
5.7 – 5.9	4	2.90
6.0 – 6.4	31	22.10
มากกว่า 6.5	89	63.60
Mean = 7.13, S.D. = 1.52 Min = 5.00, Max = 13.60		
9. ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน		
1 – 5 ปี	53	37.86
6 – 10 ปี	48	34.28
11 – 15 ปี	32	22.86
มากกว่า 16 ปีขึ้นไป	7	5.00
Mean = 7.71, S.D. = 4.60, Min = 1 ปี, Max = 13 ปี		

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไป พบว่า ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.00) มีอายุเฉลี่ย 65.21 ปี โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 65–74 ปี (ร้อยละ 39.30) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 85.72) และมีสถานภาพสมรสหรืออยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 79.30) ในด้านอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 33.60) รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 29.30) ค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากกว่า 23 (ร้อยละ 62.86) รองลงมาอยู่ในช่วง 18.5–22.9 (ร้อยละ 32.86) กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 60.70) ระดับ HbA1C ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงมากกว่า 6.5 (ร้อยละ 63.60) ค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C เท่ากับ 7.12 (ค่าต่ำสุด 5.00 สูงสุด 13.60) ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5–10 ปี (ร้อยละ 37.86) และ 11–13 ปี (ร้อยละ 34.86) โดยมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการเป็นโรคอยู่ที่ 7.71

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล การรับรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามรายด้านและและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 140)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน	4.53	0.41	สูง
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	4.53	0.39	สูง
3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคเบาหวาน	4.49	0.37	สูง
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	3.98	0.79	สูง
รวม	**4.40**	**0.39**	**สูง**

ตาราง 2 แสดงการวิเคราะห์ข้อมูล การรับรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (Mean = 4.53, S.D. = 0.41) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน (Mean = 4.53, S.D. = 0.39) รองลงมา ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคเบาหวาน (Mean = 4.49, S.D. = 0.37) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน (Mean = 3.98, S.D. = 0.79) และค่าเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.40, S.D. = 0.39)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวน และร้อยละ ของระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 140)

ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	137	97.90
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	3	2.10
ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	0	0.00
Mean = 4.40, S.D. = 0.39, Min = 3.64, Max = 5.00		

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง จำนวน 137 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.90 และระดับปานกลาง จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.10 (Mean = 4.40, S.D. = 0.39) โดยไม่พบระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำแนกรายด้าน ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 140)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านการบริโภคอาหาร	4.17	0.57	สูง
ด้านการจัดการอารมณ์	4.38	0.45	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	3.28	1.58	ปานกลาง
ด้านการสูบบุหรี่	3.96	1.06	สูง
ด้านการดื่มสุรา	4.44	0.61	สูง
รวม	**4.07**	**0.67**	**สูง**

ตาราง 4 การวิเคราะห์ข้อมูลระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำแนกรายด้าน พบว่า ส่วนมากมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการดื่มสุรา (Mean = 4.44, S.D. = 0.61) รองลงมาได้แก่ ด้านการจัดการอารมณ์ (Mean = 4.38, S.D. = 0.45) และการบริโภคอาหาร (Mean = 4.17, S.D. = 0.57) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย (Mean = 3.28, S.D. = 1.58) และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับสูง (Mean = 4.07, S.D. = 0.67)

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงจำนวนร้อยละ ของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่ม (n = 140)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	86	61.40
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	54	38.60
ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	0	0.00
Mean = 4.07, S.D. = 0.67, Min = 2.62, Max = 4.92		

ตาราง 5 แสดงการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูงจำนวน 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.40 และระดับปานกลางจำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.60 (Mean = 4.07, S.D. = 0.67) โดยไม่พบระดับต่ำ

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 6

ตาราง 6 ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 140)

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน		
	x^2	*p*	แปลผล
ปัจจัยส่วนบุคคล			
เพศ	1.01	0.32	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	1.45	0.23	ไม่มีความสัมพันธ์
สถานภาพสมรส	0.01	0.93	ไม่มีความสัมพันธ์
อาชีพ	5.96	0.11	ไม่มีความสัมพันธ์
โรคประจำตัว	10.12	0.01	มีความสัมพันธ์

* $p < 0.05$

ตาราง 6 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (*p = 0.01*) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ด้าน เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 7 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ ปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังตาราง 7

ตาราง 7 ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานของ กลุ่มตัวอย่าง (n = 140)

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน		
	r	*p*	แปลผล
ปัจจัยส่วนบุคคล			
อายุ	- 0.09	0.28	ไม่มีความสัมพันธ์
ดัชนีมวลกาย	0.02	0.83	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับ HbA1C	0.12	0.15	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน	0.02	0.80	ไม่มีความสัมพันธ์

** p < 0.05*

ตาราง 7 แสดงผลการทดสอบความสัมพันธ์ ปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ ดัชนีมวลกาย ระดับ HbA1C และระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพรายด้านและโดยรวม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ *0.05* (*r = 0.23, p 0.01*) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน กับพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ($r = 0.33$, $p < 0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคเบาหวาน กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง (r = 0.35, p < 0.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง (r = 0.38, p < 0.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 8 การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ดังตาราง 8

ตาราง 8 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพรายด้านและโดยภาพรวม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (n = 140)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน		
	r	*p*	แปลผล
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน	0.23*	0.01	มีความสัมพันธ์
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	0.33*	< 0.01	มีความสัมพันธ์
3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคเบาหวาน	0.35*	< 0.01	มีความสัมพันธ์
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	0.38*	< 0.01	มีความสัมพันธ์
5. การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	0.40*	< 0.01	มีความสัมพันธ์

* p < 0.05

ตาราง 8 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพรายด้านและโดยภาพรวม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง (r = 0.40, p < 0.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ มีการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง โดยเฉพาะการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน ซึ่งมีสอดคล้องกับงานวิจัย นาตยา ดวงประทุม และเฟื่องฟ้า รัตนาคณหุตานนท์ (2562) พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ตามแนวคิดของ Health Belief Model ที่ระบุว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะดำเนินการป้องกันและดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Rosenstock, 1974) ซึ่งจากการศึกษาของสุธิชาติ มงคล (2565) พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าโปรแกรม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักรู้ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของตนเอง การรับรู้ด้านสุขภาพทั้งในแง่ของโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงสูง ในขณะที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สาครนันทโกวัฒน์ และ นิลภา จิระรัตนวรรณะ (2565) ที่ระบุว่าปัจจัยส่วนบุคคลแม้จะไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่สามารถส่งผลในทางอ้อมผ่านตัวแปรอื่น เช่น การรับรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการ หรือแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า โรคประจำตัว (comorbidities) เป็นปัจจัยส่วนบุคคลเดียวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าผู้ที่มีโรคร่วมหลายชนิดมีแนวโน้มรับรู้ถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ พจนีย์ ผาสุขดี และ พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์ (2566) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคประจำตัวร่วม มีแนวโน้มรับบริการสุขภาพบ่อยครั้งและได้รับข้อมูลความรู้ที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีโรคร่วม

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหาร การจัดการอารมณ์ และการหลีกเลี่ยงบุหรี่และสุรา ซึ่งสะท้อนถึงการปรับตัวของผู้ป่วยในการปฏิบัติเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน แต่ด้านการออกกำลังกายยังอยู่ในระดับต่ำกว่าด้านอื่น อาจเนื่องจากข้อจำกัดด้านสุขภาพหรือสภาพแวดล้อม การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีนั้น สอดคล้องกับ แนวคิด 3อ. 2ส. และแนวทางของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2567) ที่เน้นการจัดการสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมีความสอดคล้องกับ วิษณุ เฉลิมนนท์ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

กล่าวโดยสรุปผลการศึกษาชี้ว่า การรับรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะในด้านความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model ที่เน้นบทบาทของการรับรู้ในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การให้คำปรึกษา และการวางนโยบายที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้และการรับรู้ที่ถูกต้องในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อยกระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง โดยเฉพาะในด้านการบริโภคอาหารและการจัดการอารมณ์ ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ควรนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2. ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการวางแผนและกำหนดนโยบายสุขภาพในระดับอำเภอและจังหวัด โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ตรงกับปัญหาที่พบจริง เช่น การจัดสรรงบประมาณเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายหรือจัดตั้งชมรมสุขภาพในชุมชน และส่งเสริมบทบาทของครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ จึงควรมีการขยายผลโดยดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ความเชื่อ แรงจูงใจ หรือประสบการณ์การดูแลตนเอง

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการสนับสนุนจากครอบครัวกับระดับการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้ได้แนวทางที่ครอบคลุมมากขึ้นในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). *การจัดการสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน.* https://hss.moph.go.th/index2.php

กรมอนามัย. (2563). *คู่มือการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สำหรับแกนนำสุขภาพ*. กองสุขศึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กองควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2566). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์.

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. (2567). สรุปผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อประจำปี 2567. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์.

นาตยา ดวงประทุม และ เฟื่องฟ้า รัตนาคณหุตานนท์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลห้วยขมิ้นอำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 9*(2), 53 – 67.

พจนีย์ ผาสุกดี และ พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสุขศึกษา, 46*(1), 131–142.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง. (2567). *รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในช่วงปี 2565-2567*. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง.

วิษณุ เฉลิมนนท์. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลโคกสลุง อำเภอพันานิคม จังหวัดลพบุรี. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 5*(2), 137-144.

ศิริพร สวัสดิ์สุข. (2560). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน.* สำนักพิมพ์สุขภาพดี.

สาคร นันทโกวัฒน์ และ นิลภา จิระรัตนวรรณะ. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก. *วารสารสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 36*(123), 55-80.

สุธิชาติ มงคล. (2565). ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระโคล่ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข, 1*(1), 1-13.

American Diabetes Association. (2023). Standards of care in diabetes 2023. *Diabetes Care, 46*(Supplement 1), S1–S291. https://doi.org/10.2337/dc23-S001

Best, J. W. (1981). *Research in Education* (4th ed.). Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

Davies, D. (1971). Educational research: Theoretical and practical perspectives. *Journal of Educational Research*, *64*(2), 123–135.

Likert, R. (1967). The method of constructing an attitude scale. In M. S. Shaver (Ed.), *Measurement and Prediction* (pp. 12–16). Yale University Press.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education & Behavior*, *2*(4), 328–335. https://doi.org/10.1177/109019817400200403

World Health Organization. (2023). *Global Report on Diabetes*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Development of clinical nursing practice guideline to critically ill trauma patients with risk of acute kidney injury from rhabdomyolysis in ICU Trauma Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

วลัญชนา เสมาทอง*, สุวรรณี คุ้มอินทร์, และ ณ บุญ วงศ์วิทย์
Walanchana Samathong*, Suwanee Kumin, and Nabun Wongwit
ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
Trauma Intensive Care Unit, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital
*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: walanchana_mph5@hotmail.com

(Received: May 23, 2025; Revised: February 19, 2026; Accepted: February 21, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 3) ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 4) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ 17 คน 2) ผู้ป่วย 60 คน กลุ่มก่อนและหลังพัฒนา กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย 2) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล และ 3) แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ Relative risk (RR)

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลตามระยะของภาวะกล้ามเนื้อสลาย หลังการใช้แนวปฏิบัติ อัตราการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีค่า RR เท่ากับ 0.333 (95% CI: 0.100–1.112) แสดงว่าแนวปฏิบัติสามารถลดความเสี่ยงการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ร้อยละ 66.7 เมื่อเทียบกับก่อนพัฒนา สรุปได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยและส่งผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้คือ ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานดูแลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยและส่งผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ, ภาวะไตวายเฉียบพลัน, ภาวะกล้ามเนื้อสลาย

Abstract

This research and development study aimed to develop and study the effects of developing nursing practice guidelines for critically ill trauma patients at risk of acute kidney injury from rhabdomyolysis. The study was conducted in four phases: 1) situational analysis, 2) development of nursing practice guidelines, 3) implementation of nursing practice guidelines, and 4) evaluation of the use of nursing practice guidelines. The sample consisted of two groups: 1) 17 registered nurses, and 2) 60 patients, divided into a pre-implementation and post-implementation group (30 patients each). The research implementation tool was the developed nursing practice guidelines. Data collection tools included: 1) a patient data collection form, 2) a questionnaire assessing opinions towards the nursing practice guidelines, and 3) a nursing practice record form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and Relative risk (RR).

The research results revealed that the developed nursing practice guidelines consisted of patient assessment, nursing diagnosis, planning, implementation, and evaluation according to the phases of rhabdomyolysis. After using the guidelines, the incidence rate of acute kidney injury decreased statistically significantly ($p < 0.05$) with an RR of 0.333 (95% CI: 0.100–1.112), indicating that the guidelines could reduce the risk of acute kidney injury by 66.7% compared to before the development.

The recommendation for implementing the research findings is that these developed nursing practice guidelines should be applied in critical care settings to help increase the efficiency of patient care and result in better clinical outcomes.

Keywords: clinical nursing practice guideline, critically ill trauma patients, acute kidney injury, rhabdomyolysis

บทนำ

ผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ เป็นผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บทางร่างกาย มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางถนน การตกจากที่สูง การจมน้ำ แผลไหม้ ความรุนแรงระหว่างบุคคล การทำร้ายร่างกาย หรือการใช้อาวุธ (World Health Organization, 2024) ภายหลังได้รับบาดเจ็บร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาอย่างซับซ้อน เพื่อตอบสนองต่อการบาดเจ็บและรักษาสมดุลของระบบต่าง ๆ หากไม่ได้รักษาอย่างทันท่วงที อาจส่งผลกระทบต่อหลายระบบอวัยวะ นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลให้ระบบภายในร่างกายล้มเหลว และเกิดภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต (ไสว นรสาร, 2565) ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย (Rhabdomyolysis) ซึ่งเกิดจากการทำลายของกล้ามเนื้ออย่างเฉียบพลัน ทำให้สารภายในเซลล์กล้ามเนื้อ ถูกปล่อยเข้าสู่กระแสเลือด หากมากเกินไปอาจทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (ศิรกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์, 2564) ในประเทศไทย พบว่าภาวะกล้ามเนื้อลายสลายเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะไตวายเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต คิดเป็นร้อยละ 15–20 โดยพบมากในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลที่มีศูนย์อุบัติเหตุ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565) นอกจากนี้ การศึกษาในผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุรุนแรงมีภาวะกล้ามเนื้อสลายร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน ร้อยละ 12–28 (ณัฐปภัสร์ โคตรหลักคำ, 2567) โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 3–11 ที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (ศิรกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์, 2564) ภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลายสามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงได้ หากมีการประเมินและเฝ้าระวังตั้งแต่ระยะแรกเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา รวมทั้งการบริหารสารน้ำอย่างเพียงพอและเหมาะสม การติดตามความผิดปกติของเกลือแร่ และการดูแลระบบไหลเวียนโลหิตอย่างมีประสิทธิภาพ การมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและชัดเจนจึงมีบทบาทสำคัญในการลดอัตราการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันและการเสียชีวิตของผู้ป่วย (อรทัย สืบกินร และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2562)

แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นแนวทางการปฏิบัติงานที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิก เพื่อให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ประกอบด้วยการประเมินภาวะผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ (สภาการพยาบาล, 2562) จากการศึกษาของอรทัย สืบกินร และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2562) พบว่า การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยมีการประเมินสมดุลสารน้ำในร่างกายและการให้สารน้ำทดแทน คงความสมดุลของระบบไหลเวียน และลดการทำลายไตสามารถลดและป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิรกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์ (2564) พบว่าการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วและเหมาะสม ได้แก่ การให้สารน้ำที่เพียงพอ การทำให้ปัสสาวะเป็นด่าง การให้ยาขับ ปัสสาวะ การติดตามสมดุลกรดด่างและค่าอิเล็กโทรไลต์ รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ซึ่งจะช่วยลดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อลายสลายได้ โดยสรุป การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถลดการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลายได้

สำหรับห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระหว่างปี พ.ศ. 2561–2565 มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 442, 468, 492, 400 และ 354 ราย พบผู้ป่วยเกิดภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย จำนวน 9, 16, 12, 10 และ 6 ราย และผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลันต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 1, 2, 0, 2 และ 5 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น 1.24 เท่า มีภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตร้อยละ 62.5 (โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, 2567) การวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าการดูแลผู้ป่วยยังขาดระบบการประเมินและเฝ้าระวังตั้งแต่ระยะแรกเมื่อเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย รวมถึงการบริหารสารน้ำที่เพียงพอและเหมาะสม ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุมีแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ มีข้อจำกัดเนื่องจากไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงในการป้องกันภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย เช่น เกณฑ์ประเมินปัจจัยเสี่ยง การติดตามค่า Creatine Phosphokinase (CPK) และการเฝ้าระวังการทำงานของไตอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ไม่สามารถระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างครอบคลุม หรือแม้สามารถระบุได้แต่ยังขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลจึงมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์และดุลยพินิจของพยาบาลแต่ละคน อาจส่งผลต่อความครอบคลุม คุณภาพ และประสิทธิภาพของการดูแล รวมทั้งการป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุได้อย่างเหมาะสม

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อลายสลายในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อให้บุคลากรพยาบาลมีแนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ การพัฒนาแนวปฏิบัตินี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินและจัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ลดอัตราการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย นอกจากนี้ การนำแนวปฏิบัติดังกล่าวมาใช้จะช่วยลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา และช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

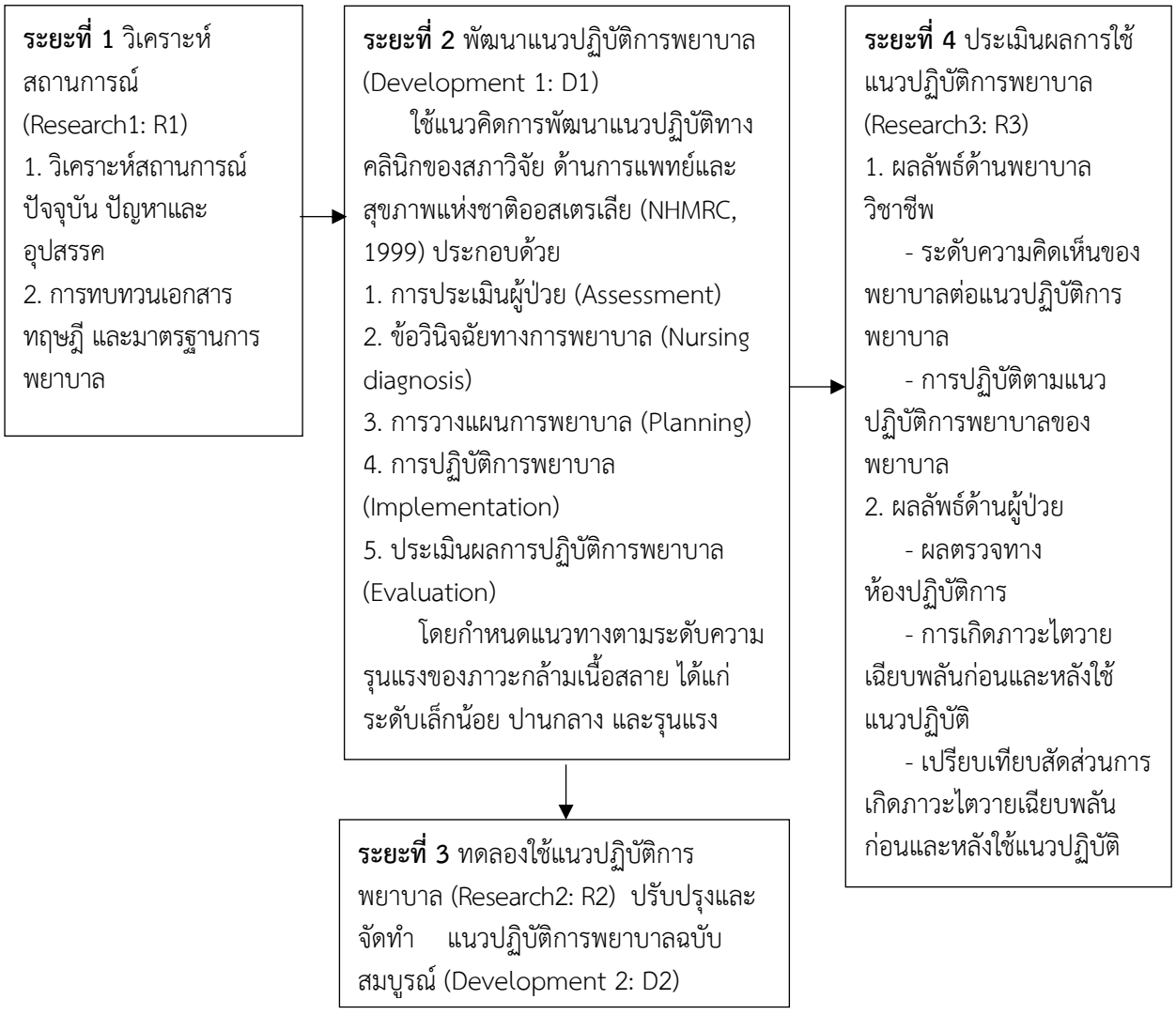
1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

สมมติฐาน

การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันของกลุ่มหลังได้รับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุน้อยกว่ากลุ่มก่อนได้รับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 3) ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และ 4) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยประยุกต์จากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัย ด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council, 1999) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการ 4 ระยะ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 3) ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และ 4) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ โดยศึกษาสถานการณ์จากแบบบันทึกข้อมูลย้อนหลังการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในช่วง 5 ปี คือ ปี พ.ศ. 2562 – 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย

กลุ่มตัวอย่าง เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลายเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในช่วง 5 ปี คือ พ.ศ. 2562 – 2566 จำนวน 53 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เลขเวชระเบียน เพศ อายุ การวินิจฉัย โรคประจำตัว คะแนน Injury Severity Score (ISS) การผ่าตัด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย เป็นแบบบันทึกตารางเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียน และนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ สรุปผล และดำเนินการจัดทำแผนการดำเนินการวิจัย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 - 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 16 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ผู้วิจัยนำข้อมูลในระยะที่ 1 โดยประยุกต์จากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council, 1999) ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 3) กำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 4) กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ 5) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ 6) กำหนดร่างแนวปฏิบัติบนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ 7) จัดทำแผนการเผยแพร่และการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 8) จัดทำแผนการประเมินผลและการปรับปรุงแก้ไข 9) จัดทำรายงานรูปเล่มของแนวปฏิบัติทางคลินิก 10) การจัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ 11) การประเมินแนวปฏิบัติ และ 12) ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา เพื่อร่วมกันพิจารณาตัดสินใจข้อเสนอแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลระหว่างวันที่ 6 - 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การประเมินผู้ป่วย (Assessment) 2) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) 3) การวางแผนการพยาบาล (Planning) 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และ 5) ประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation) โดยกำหนดแนวทางตามระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อสลาย ได้แก่ ระดับ Mild Rhabdomyolysis (CPK 1,000 – 5,000 unit/L) ระดับ Moderate Rhabdomyolysis (CPK 5,001-15,000 unit/L) และระดับ Severe Rhabdomyolysis (CPK > 15,001 unit/L) โดยมีการประเมินแรกรับในผู้ป่วยที่เสี่ยงเกิดภาวะกล้ามเนื้อสลาย ลักษณะกล้ามเนื้อลายที่ได้รับบาดเจ็บ สัญญาณชีพ สมดุลสารน้ำเข้าออกในร่างกาย ความเจ็บปวด การให้สารน้ำทดแทนเพื่อความสมดุลของระบบไหลเวียน ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CPK, Creatinine, Electrolyte) ให้มีความสอดคล้องกับแนวทางการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีภาวะกล้ามเนื้อสลาย กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล ความตรงของเครื่องมือ (Validity) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน จากนั้นคำนวณ ค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) =1 ก่อนนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และทำแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ
2. มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ลาออกหรือย้ายหน่วยงานระหว่างศึกษาวิจัย
2. ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัย โรคประจำตัว คะแนน Injury Severity Score (ISS) และการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบเฝ้าระวังและติดตามการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลายของผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบเฝ้าระวังของ อรทัย สืบกินร และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2562)

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของพยอม บุญสุด (2554)

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

1. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) มีรายละเอียดการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้

1.1 แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย ตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ประเมินผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ จำนวน 10 ราย โดยพยาบาลที่เข้าร่วมวิจัยทุกคนประเมินผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ โดยใช้แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลายในผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุคู่กันกับผู้วิจัย คำนวณค่าแคปป้า (Kappa) ได้ค่า 0.80

1.2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย ตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ทำแบบสอบถามความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล ในส่วนความชัดเจนของแนวปฏิบัติ (จำนวน 5 ข้อ) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่า 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปทดลองใช้ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุและพยาบาลวิชาชีพ จำนวนละ 10 คน ระยะเวลา 1 เดือน ประเมินผลและวิเคราะห์ปัญหาหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลปรับปรุงก่อนที่นำไปใช้จริงในขั้นต่อไป เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 - 15 ธันวาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล จากปัญหา อุปสรรคของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำมาปรับปรุงอีกครั้ง และจัดทำแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ 2) ผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวน 17 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ที่ปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2568

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1) ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ

2) มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1) ลาออกหรือย้ายหน่วยงานระหว่างศึกษาวิจัย

2) ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ระหว่างวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2567 - 31 มีนาคม พ.ศ. 2568 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Version 3.1.9.2 กำหนดให้ 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน ขนาดของ Effect size เป็น 0.8 ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการสุ่มตัวอย่างเป็น 0.05 กำลังทางสถิติเป็น 0.80 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มก่อนพัฒนา ระหว่าง 16 ธันวาคม พ.ศ. 2567 - 31 มกราคม พ.ศ. 2568 จำนวน 30 คน และกลุ่มหลังพัฒนา ระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ - 31 มีนาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1) อายุ 15 - 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2) เป็นผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

3) ผู้ป่วยหรือผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1) ผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ (Ruptured bladder) และมีการบาดเจ็บของไตระดับ 5 (Kidney injury grade V)

2) ผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่อยู่ในระยะตั้งครรภ์

3) อยู่รักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ น้อยกว่า 72 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย เป็นเครื่องมือในระยะที่ 3

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลายห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัย โรคประจำตัว คะแนน Injury Severity Score (ISS) และการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบเฝ้าระวังและติดตามการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลายของผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบเฝ้าระวังของ อรทัย สืบกินร และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2562) มาปรับปรุงใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย Creatine Phosphokinase (CPK), BUN, Creatinine, Electrolyte, Urine output/เวร โดยติดตามวันที่ 1 (0-24 ชั่วโมง), 2 (24-48 ชั่วโมง) และ 3 (48-72 ชั่วโมง) จากนั้นนำข้อมูลมาสรุปผลการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันและระดับ (Stage) ของไตวายเฉียบพลัน ได้แก่ ไม่เกิด เกิดระดับ 1 เกิดระดับ 2 และเกิดระดับ 3 โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไตวายเฉียบพลัน ของ Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) ปี ค.ศ. 2012

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ สอบถามพยาบาลหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของพยอม บุญสุด (2554) ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลอาสาสมัคร ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ และการศึกษาหลักสูตรเฉพาะทาง

ส่วนที่ 2 ระดับความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล วัดระดับความคิดเห็นของพยาบาลอาสาสมัครต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล มีเนื้อหา 10 ข้อ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นข้อความที่เข้าใจได้ง่าย ไม่ซับซ้อน 2) แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย 3) แนวปฏิบัติช่วยให้การตัดสินใจทางคลินิกในการเลือกปฏิบัติง่ายขึ้น 4) แนวปฏิบัติช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการปฏิบัติ 5) แนวปฏิบัติใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน 6) แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย 7) แนวปฏิบัติสามารถนำมาใช้ร่วมกับทีมสุขภาพได้ 8) แนวปฏิบัติช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่าย 9) แนวปฏิบัติช่วยให้การบริการมีคุณภาพและมีประสิทธิผลมากขึ้น และ 10) ท่านมีความพึงพอใจโดยรวมในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ระดับความคิดเห็นแต่ละข้อเป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับดังนี้

ระดับ 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด
ระดับ 4 คะแนน หมายถึง มาก
ระดับ 3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง
ระดับ 2 คะแนน หมายถึง น้อย
ระดับ 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนความคิดเห็น เป็นดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติ ระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติ ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติ ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติ ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติ ระดับน้อยที่สุด

2.3 แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน โดยลงบันทึกเครื่องหมาย ✓ คือ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ และเครื่องหมาย X คือ ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เครื่องหมาย - คือ ไม่จำเป็นต้องปฏิบัติ เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ด้วยวิธีการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาล การให้คะแนนเป็นดังนี้

ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล = 1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล = 0 คะแนน
ไม่จำเป็นต้องปฏิบัติ จะไม่นำมาคำนวณคะแนน
จากนั้นคำนวณร้อยละของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ความตรงของเครื่องมือ (Validity) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน จากนั้นคำนวณค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) โดยพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา 1.0 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) มีรายละเอียดการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้

2.1 แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย ตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ประเมินผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ จำนวน 10 ราย โดยพยาบาลที่เข้าร่วมวิจัยทุกคนประเมินผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ โดยใช้แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลายในผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุคู่กันกับผู้วิจัย คำนวณค่าแคปป้า (Kappa) ได้ค่า 0.82

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย ตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ทำแบบสอบถามความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล ในส่วนความชัดเจนของแนวปฏิบัติ (จำนวน 5 ข้อ) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่า 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปใช้กับผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุและประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯของพยาบาล และผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. ระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในห้องผู้ป่วยหนักต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: S.D.)

3. การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย สถิติที่ใช้เป็นสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

4. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ COA No. 116/2567, HREC No. 134/2567 วันที่รับรอง 29 ตุลาคม พ.ศ. 2567 การเข้าร่วมการวิจัยเป็นตามความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาตามปกติ นำเสนอผลวิจัยในภาพรวมและเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลลัพธ์ด้านพยาบาลวิชาชีพ

1.1 ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ (n=17)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	11.80
หญิง	15	88.20
อายุ		
21 – 25 ปี	5	29.50
26- 30 ปี	4	23.50
31 – 35 ปี	0	0
36 – 40 ปี	4	23.50
> 40 ปี	4	23.50
การศึกษา		
ปริญญาตรี	15	88.20
ปริญญาโท	2	11.80
ระยะเวลาการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ		
< 5 ปี	5	29.40
5 – 10 ปี	4	23.50
11 – 15 ปี	4	23.50
16 – 20 ปี	1	5.90
> 20 ปี	3	17.60
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ		
< 5 ปี	5	29.40
5 ปี ขึ้นไป	12	70.60
การศึกษาหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต		
ผ่านการอบรม	10	58.80
ไม่ผ่านการอบรม	7	41.20

จากตาราง 1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 33.24 ปี ศึกษาปริญญาตรี ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ 5 ปีขึ้นไป และผ่านหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

1.2 ระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในห้องผู้ป่วยหนักต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล

ตาราง 2 ระดับความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล (n=17)

ความคิดเห็น	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ความคิดเห็น
1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นข้อความที่เข้าใจได้ง่ายไม่ซับซ้อน	4.71	0.47	มากที่สุด
2. แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย	4.65	0.49	มากที่สุด
3. แนวปฏิบัติช่วยให้การตัดสินใจทางคลินิกในการเลือกปฏิบัติง่ายขึ้น	4.76	0.44	มากที่สุด
4. แนวปฏิบัติช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการปฏิบัติ	4.65	0.49	มากที่สุด
5. แนวปฏิบัติใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน	4.71	0.47	มากที่สุด
6. แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย	4.65	0.49	มากที่สุด
7. แนวปฏิบัติสามารถนำมาใช้ร่วมกับทีมสุขภาพได้	4.47	0.51	มาก
8. แนวปฏิบัติช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่าย	4.41	0.62	มาก
9. แนวปฏิบัติช่วยให้การบริการมีคุณภาพและมีประสิทธิผลมากขึ้น	4.47	0.51	มาก
10. ความพึงพอใจโดยรวมในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	4.88	0.33	มากที่สุด

จากตาราง 2 พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ค่าเฉลี่ย 4.88 อยู่ในระดับมากที่สุด ความคิดเห็นรายข้อ แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นข้อความที่เข้าใจได้ง่ายไม่ซับซ้อนและใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ส่วนแนวปฏิบัติช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่าย มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

1.3 การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

ตาราง 3 ข้อมูลการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

รายการ	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ	
	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
1. ประเมินลักษณะของกล้ามเนื้อลายที่ได้รับบาดเจ็บ ลักษณะของแผล ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (6P) หรือมีการตายของกล้ามเนื้อลาย	83 (92.22)	7 (7.78)
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 1 - 2 ชั่วโมง, motor power, ความผิดปกติของกล้ามเนื้อ (กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก, เป็นตะคริว)	90 (100.00)	0 (0)
3. ประเมินสัญญาณชีพทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง, monitor EKG, ลักษณะและอัตราการหายใจ (หายใจลำบาก, น้ำเกิน), ลักษณะของเสมหะ, ฟังปอด, O2 sat ประเมินระดับความรู้สึกตัว	90 (100.00)	0 (0)
4. ประเมินลักษณะและสีของปัสสาวะ (สีแดงหรือน้ำตาลกว่าปกติ) และบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออก (ปัสสาวะ) ทุก 1-2 ชั่วโมง (keep ≥ 1-3 ml/kg/hr)	83 (92.22)	7 (7.78)
5. ประเมิน Pain score ทุก 2 - 4 ชั่วโมง แนะนำเทคนิคการจัดการความปวด ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา	85 (94.44)	5 (5.56)
6. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxemia) และดูแลให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอตามแผนการรักษา, O2 Saturation ≥95%	89 (98.89)	1 (1.11)
7. ให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วย Trauma ที่มีภาวะ Rhabdomyolysis กลุ่มงานศัลยกรรม	90 (100.00)	0 (0)
8. ติดตามสมดุลสารน้ำ CVP ทุก 2-4 ชั่วโมง (keep 8 – 12 mmHg)	79 (87.78)	11 (12.22)
9. ประเมินอาการหรืออาการแสดงของภาวะเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์	86 (95.56)	4 (4.44)
10. ให้ข้อมูลสภาวะของโรคและแผนการรักษากับผู้ป่วยและญาติ	85 (94.44)	5 (5.56)

รายการ	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ	
	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
11. จำกัดการเคลื่อนไหวของอวัยวะที่มีพยาธิสภาพ	87 (96.67)	3 (3.33)
12. ติดตามระดับ CPK, Creatinine อีก 12 - 24 ชั่วโมง เพื่อประเมินความเสี่ยงของภาวะไตวาย เฉียบพลันและติดตามความก้าวหน้าจากการรักษา	90 (100.00)	0 (0)
13. ติดตามค่าอิเล็กโทรไลต์, Lab อื่นๆ อีก 12 - 24 ชั่วโมง	90 (100.00)	0 (0)
14. รายงานแพทย์หากมีอาการผิดปกติ (ภายในเวลาที่กำหนด)	86 (95.56)	4 (4.44)
15. กรณีค่า Creatinine (Cr≥2) ปรึกษาแพทย์ Nephrologist ตามแผนรักษา	-	0 (0)
ค่าเฉลี่ย	**86.64 (96.27)**	**3.36 (3.73)**

จากตาราง 3 ประเมินจากสัดส่วนของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล เฉลี่ยร้อยละ 96.3

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 4 แสดงข้อมูลทั่วไปของวิกฤตอุบัติเหตุก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย

คุณลักษณะผู้ป่วย	กลุ่มก่อนพัฒนา (n = 30)		กลุ่มหลังพัฒนา (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	27	90.00	25	83.33
หญิง	3	10.00	5	16.67
อายุ				
15 – 20 ปี	5	16.67	7	23.33
21 – 40 ปี	16	53.33	17	56.67
41 – 60 ปี	9	30.00	6	20.00
	($\bar{X}$ = 40.97, S.D.= 13.97)		($\bar{X}$ = 37.03, S.D.= 14.82)	
การวินิจฉัย				
Multiple organ injury	11	36.67	16	53.33
Chest injury	7	23.34	2	6.67
Abdomen injury	4	13.33	6	20.00
Traumatic brain injury	4	13.33	4	13.33
Vascular injury	4	13.33	2	6.67
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	28	93.34	29	96.67
ความดันโลหิตสูง	1	3.33	1	3.33
ไขมันในเลือดผิดปกติ	1	3.33	0	0
Injury Severity Score (ISS)				
Mild injury (<16)	1	3.33	3	10.00
Moderate injury (16 - 24)	8	26.67	5	16.67
Severe injury (25 – 49)	15	50.00	17	56.66
Massive injury (≥ 50)	6	20.00	5	16.67

คุณลักษณะผู้ป่วย	กลุ่มก่อนพัฒนา (n = 30)		กลุ่มหลังพัฒนา (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การผ่าตัด				
ไม่ได้รับการผ่าตัด	10	33.34	9	30.00
ผ่าตัดช่องท้อง	1	3.33	3	10.00
ผ่าตัดศีรษะ	3	10.00	3	10.00
ผ่าตัดรยางค์	12	40.00	9	30.00
ผ่าตัดหลายตำแหน่ง	4	13.33	6	20.00

จากตาราง 4 พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 21-40 ปี วินิจฉัย Multiple organ injury ไม่มีโรคประจำตัว Injury Severity Score (ISS) ระดับ Severe injury การผ่าตัดรยางค์

2.2 ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ

ตาราง 5 แสดงข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	กลุ่มก่อนพัฒนา (n=30)		กลุ่มหลังพัฒนา (n=30)	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
Creatine Phosphokinase (CPK)				
0 – 24 ชั่วโมง (U/L)	8,702	5,117	5,977	4,068
24 – 48 ชั่วโมง (U/L)	7,553	3,068	4,835	3,329
48 – 72 ชั่วโมง (U/L)	5,930	2,218	3,631	2,741
Blood Urea Nitrogen (BUN)				
0 – 24 ชั่วโมง (mg/dL)	21.99	7.95	18.37	3.29
24 – 48 ชั่วโมง (mg/dL)	19.36	7.74	16.87	2.34
48 – 72 ชั่วโมง (mg/dL	17.22	6.10	16.20	1.98
Creatinine (Cr)				
0 – 24 ชั่วโมง (mg/dL)	1.16	0.54	0.91	0.21
24 – 48 ชั่วโมง (mg/dL)	1.01	0.55	0.80	0.20
48 – 72 ชั่วโมง (mg/dL)	0.88	0.48	0.73	0.16

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มหลังพัฒนามีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการน้อยกว่ากลุ่มก่อนพัฒนา

2.3 การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ตาราง 6 การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน	กลุ่มก่อนพัฒนา (n=30)		กลุ่มหลังพัฒนา (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน				
ไม่เกิด	21	70.00	27	90.00
เกิด				
Stage 1	5	16.67	3	10.00
Stage 2	4	13.33	0	0
Stage 3	0	0	0	0

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มหลังพัฒนาเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันน้อยกว่ากลุ่มก่อนพัฒนา

2.4 เปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ตาราง 7 เปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

กลุ่ม	การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน				RR	95% Confidence Interval	p-value
	เกิด		ไม่เกิด				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
กลุ่มหลังพัฒนา (n=30)	3	10	27	90	0.333	0.1 - 1.112	0.049
กลุ่มก่อนพัฒนา (n=30)	9	30	21	70			

จากตาราง 7 พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล อัตราการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันลดลงจากร้อยละ 30 ในกลุ่มก่อนพัฒนา (9/30 ราย) เหลือร้อยละ 10 ในกลุ่มหลังพัฒนา (3/30 ราย) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.049) ความเสี่ยงสัมพัทธ์เท่ากับ 0.333 (95% CI: 0.1–1.112) แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติสามารถลดความเสี่ยงการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ ร้อยละ 66.7 เมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนา

อภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ

จากการทบทวนวิเคราะห์สถานการณ์ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลายแบบเดิม พบปัญหา 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พบปัญหาคือ การปฏิบัติการพยาบาลไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันและขาดการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีการปฏิบัติการพยาบาลที่หลากหลาย ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน พยาบาลพร่องความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ครอบคลุมความรู้และทักษะในการประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ 2) ด้านการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ พบปัญหาคือ การติดต่อประสานงานระหว่างแพทย์กับพยาบาลยังขาดความเชื่อมโยงในการดูแลรักษา เนื่องจากมีแนวทางการรักษาผู้ป่วย Trauma ที่มีภาวะ Rhabdomyolysis กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก แต่แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลยังไม่สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันทั้งหมด 3) ด้านระบบสนับสนุนการปฏิบัติงาน พบปัญหาคือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นรูปแบบชัดเจน ทำให้เข้าใจและปฏิบัติตามยาก และไม่ได้รับการทบทวนปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน จึงได้จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลายฉบับสมบูรณ์ และนำแนวปฏิบัติการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติกับผู้ป่วยต่อไป ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาจากเอกสารงานวิจัยเป็นระบบจะได้แนวปฏิบัติที่มีความครอบคลุม ระบุการพยาบาลที่ชัดเจน เป็นขั้นตอนส่งผลให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยวิกฤตเป็นทิศทางเดียวกัน ไม่เกิดงานซ้ำซ้อน ผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นไปตามมาตรฐาน พยาบาลสามารถวางแผนปฏิบัติงานสอดคล้องกับการศึกษาของสายลม รุจิพรรณ และโสพิศ เวียงโอสถ (2563) การมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนง่ายต่อการนำไปใช้ ช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น (วันเพ็ญ ทิพม่อม, 2564)

2. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันของกลุ่มก่อนได้รับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และกลุ่มหลังได้รับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันของกลุ่มหลังได้รับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ น้อยกว่ากลุ่มก่อนได้รับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า คะแนนความพึงพอใจค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง มีระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระบบมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.88) สอดคล้องกับการศึกษาของนวลทิพย์ ธีระเดชากุล และคณะ (2561) พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจสูงต่อการใช้แนวปฏิบัติ ในด้านของการนำแนวปฏิบัติไปใช้แล้วเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและแนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้จริง การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เฉลี่ยร้อยละ 96.3 พยาบาลมีความตระหนักต่อการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลายในผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ เนื่องจากมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลเกี่ยวกับเนื้อหาแนวปฏิบัติ วิธีการปฏิบัติและความสำคัญของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติโดยการพัฒนาศัลยภาพของพยาบาลจัดอบรมการใช้แนวปฏิบัติ จะเห็นได้ว่าการมีแนวทางการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ ทำให้พยาบาลสามารถรับรู้ได้อย่างรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย และมีการตอบสนองโดยการรายงานแพทย์และวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว (อรทัย สืบกินร และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2562) และจากการใช้แนวปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่องโดยบูรณาการกลยุทธ์ที่เหมาะสมเข้ากับบริบทหน่วยงานโดยเริ่มตั้งแต่เตรียมความพร้อมในหน่วยงานทั้งบุคลากร อุปกรณ์และสถานที่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่เป็นระบบ รวมถึงการจัดระบบนิเทศติดตามการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (วันเพ็ญ ทิพม่อม, 2564) โดยสรุปการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลายสามารถป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุโดยการป้องกันภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลายมีความสำคัญมาก ควรประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักและควรมีการติดตามและเฝ้าระวังภาวะไตวายเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง

2. การนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุไปใช้ ผู้ใช้จะต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาล จึงควรมีการจัดการอบรมการใช้แนวปฏิบัติให้แก่พยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้มีสมรรถนะในการป้องกันภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลาย และจะต้องมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อให้เกิดวินัยในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

3. การนำผลการศึกษานี้ไปใช้ควรมีการปรับเพิ่มรายละเอียดกิจกรรมในบางองค์ประกอบให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้การปฏิบัติสามารถทำได้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาให้ครอบคลุมตลอดระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และวัดผลลัพธ์อื่น ๆ เช่น จำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในห้องผู้ป่วยหนัก จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา อัตราการเสียชีวิต อัตราการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต เป็นต้น

2. ควรศึกษาผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อสลายในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป วิกฤตอายุรกรรม วิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เป็นต้น โดยปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและห้องผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

ณัฐปภัสร์ โคตรหลักคำ. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อลายย่อยสลายจากอุบัติเหตุรุนแรงร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. *วารสารทางการแพทย์และบริหารจัดการระบบสุขภาพโรงพยาบาลขอนแก่น*, *2*(1), 16-27.

นวลทิพย์ ธีระเดชากุล, นุชศรา พรมชัย และนงลักษณ์ พลแสน. (2561). ประสิทธิผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบด้วย Multiple Injury Nursing Management Guideline แผนกอุบัติและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, *33*(2), 165-177.

พยอม บุญสุด, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. (2554). ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, *29*(4), 50-57.

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. (2567). รายงาน*สถิติจำนวนผู้ป่วยประจำปี 2561-2567*. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

วันเพ็ญ ทิพม่อม. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหืด โรงพยาบาลสกลนคร. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, *24*(1), 1-10.

ศิรกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย Nursing Care for Patients with Rhabdomyolysis. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ*, *27*(2), 94-104.

สายลม รุจิพรรณ และโสพิศ เวียงโอสถ. (2563). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บวิกฤตตามหลักฐานเชิงประจักษ์ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *เชียงรายวารสาร*, *12*(3), 81-97.

สภาการพยาบาล. (2562). *มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์*. สภาการพยาบาล.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). *รายงานสถานการณ์โรคไตในประเทศไทย*. สำนักงานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.

ไสว นรสาร. (2565). *การพยาบาลผู้บาดเจ็บ Trauma Nursing* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์รามาธิบดี.

อรทัย สืบกินร และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2562). ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37*(2). 208-217.

National Health and Medical Research Council. (1999). *A Guide to the Development Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guidelines*. NHMRC Publications.

World Health Organization. (2024). *Injuries and Violence*. World Health Organization. Retrieved June 2024, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569, 42 - 57
Nursing, Health, and Public Health Journal
Vol. 5 No. 1, January - April 2026, 42 - 57

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา

Development of a care model for achieving remission in patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Raman Hospital, Yala Province

ทิพวดี สีสุข*, นิยา สือนิ, รุสนา ธนาธรณ์ทัศศิริ, และ สุไลณี สะแต
Thippawadee Seesok*, Niya Sueni, Rusna Thanatorntussiri, and Sulainee Satea
โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา
Raman Hospital Yala Province
***ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: tipwawadee@gmail.com**

(Received: September 4, 2025; Revised: February 24, 2026; Accepted: March 17, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบต่อค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และระดับ HbA1c ดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสภาพการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้เข้าสู่ระยะสงบ โดยสหวิชาชีพและผู้ป่วยต้นแบบ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบต่อ BMI และ HbA1c กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะที่ 1 จำนวน 147 ราย ระยะที่ 2 จำนวน 13 ราย และระยะที่ 3 จำนวน 59 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามและสมุดบันทึกสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่อง 1) ความรู้ในการควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรต 2) การจัดการตนเองด้านโภชนาการและออกกำลังกาย 3) ขาดแรงจูงใจในการติดตามตนเองอย่างต่อเนื่อง ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบได้รูปแบบกิจกรรม 3 ขั้นตอน คือ 1) พัฒนารูปแบบจากข้อมูล 2) กำหนดกิจกรรมการดูแลตามกรอบแนวคิด 3) ทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบ ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผล พบว่า ค่าดัชนีมวลกายหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่า HbA1c หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถใช้รูปแบบนี้เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพ ครอบครัวสามารถนำรูปแบบไปใช้ในการสนับสนุนและติดตามผู้ป่วย และบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปใช้ในการเสริมพลังให้ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบ, โรคเบาหวานสงบ, อาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ, การจัดการตนเอง

Abstract

This research and development study aimed to develop a care model for patients with type 2 diabetes to achieve remission and to evaluate the effectiveness of the model on body mass index (BMI) and HbA1c levels. The study was conducted in three phases: 1) a situational analysis of self-management among patients with type 2 diabetes using questionnaires and interviews; 2) development of a care model to achieve remission, involving a multidisciplinary team and role model patients; and 3) evaluation of the model's effectiveness on BMI and HbA1c levels. The sample consisted of patients with type 2 diabetes, including 147 patients in Phase 1, 13 patients in Phase 2, and 59 patients in Phase 3. The research implementation tool was the developed care model for achieving diabetes remission. Data collection tools included questionnaires and a health logbook. Data were analyzed using the paired t-test.

The results revealed that in Phase 1, patients experienced problems related to: 1) knowledge of carbohydrate portion control, 2) self-management of nutrition and exercise, and 3) lack of motivation for continuous self-monitoring. In Phase 2, the model development resulted in a three-step process: 1) model development based on situational data, 2) formulation of care activities based on the conceptual framework, and 3) pilot testing and refinement of the model. In Phase 3, the effectiveness evaluation showed that post-intervention BMI was significantly lower than pre-intervention BMI ($p < .001$). Similarly, HbA1c levels after the intervention were significantly lower than before ($p < .001$).

The findings suggest that patients with diabetes can use this model to modify their health behaviors. Families can also apply the model to support and monitor patients, while healthcare providers can utilize it to effectively empower patients.

Keywords: system development, DM remission, low-carbohydrate diet, self-management

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus: T2DM) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยกว่า 422 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 570 ล้านคนในปี 2030 (World Health Organization, 2023) ในประเทศไทย มีผู้ป่วยมากกว่า 5 ล้านคน แต่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ (HbA1c < 7%) เพียงร้อยละ 32 (กรมควบคุมโรค, 2567) โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง (ระดับ F2) ที่ดูแลประชากร 50,000–80,000 คน มีบทบาทสำคัญในการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยข้อมูลจาก HDC–Service Plan NCD ปี 2567 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนเฉลี่ย 2,800–4,500 รายต่อแห่ง รายใหม่ปีละ 200–350 ราย ผู้ควบคุม HbA1c < 7% ได้ร้อยละ 32–40 ผู้มีภาวะแทรกซ้อนไต (CKD ≥ stage 3) ร้อยละ 20–25 ภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 12–18 และการสูญเสียจากโรค (ตัดขา/เสียชีวิต) ร้อยละ 0.4–0.8 ต่อปี (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567) อำเภอรามันมีผู้ป่วย T2DM มากกว่า 3,900 ราย โดยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับ HbA1c ให้ต่ำกว่า 6.5% ได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2566) พิชญ์ชญานิษฐ์ เรืองเริงกุลฤทธิ์ และคณะ (2567) กล่าวว่า จากการศึกษาพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงการเกิดเบาหวานพบว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมักเกิดจากกลุ่มที่รับประทานอาหารไม่เหมาะสม

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ (remission) หมายถึง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้ปกติโดยไม่ต้องใช้ยาลดน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง (เช่น HbA1c < 6.5%) ผ่านการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก และการติดตามสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการจัดการตนเองและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

(Lean et al., 2019) การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อให้เข้าสู่ระยะสงบจึงมุ่งออกแบบระบบสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการโรคได้ด้วยตนเองอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การจัดการตนเอง เช่น การตั้งเป้าหมายสุขภาพและติดตามระดับน้ำตาล 2) โภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมคาร์โบไฮเดรตและออกกำลังกายสม่ำเสมอ และ 3) การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ เพื่อสร้างแรงจูงใจและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ งานวิจัยเกี่ยวกับการเข้าสู่ระยะสงบของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทยยังมีจำกัด ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลจากต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Lean และคณะ (2018) จึงสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลเชิงองค์รวม แม้โรงพยาบาลรามันจะมีระบบดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่แล้ว แต่ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ต่อเนื่อง (HbA1c ส่วนใหญ่ >7%) การดูแลที่มุ่งเน้นการให้ยาและคำแนะนำทั่วไป ขาดการติดตามพฤติกรรมผู้ป่วยและการทำ Self-monitoring อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การเข้าสู่ภาวะเบาหวานสงบยังอยู่ในระดับต่ำ ทั้งที่ภาวะดังกล่าวช่วยลดค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อราย 4,078–6,044 บาท/ปี และยกระดับคุณภาพชีวิต (กรมควบคุมโรค, 2567) ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิผลผ่านกระบวนการตั้งเป้าหมาย เก็บข้อมูล ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติ และสะท้อนผล โดยมีทีมสุขภาพคอยสนับสนุน ขณะเดียวกัน การจำกัดคาร์โบไฮเดรต (Low-Carbohydrate Diet: LCD) ได้รับการยืนยันว่าสามารถลดน้ำหนัก BMI และ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญ (Tay et al., 2015; Huntriss et al., 2018;) สอดคล้องกับทฤษฎี Energy Balance และ Behavioral Change ที่เน้นความสมดุลพลังงานและการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการบริการครั้งนี้จึงมีความจำเป็น เพื่อสร้างระบบดูแลเชิงองค์รวมที่ผสานการจัดการตนเอง โภชนบำบัดแบบ LCD และการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ต่อเนื่อง ลดการพึ่งพายา และเพิ่มโอกาสเข้าสู่ภาวะเบาหวานสงบอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา ต่อค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และระดับ HbA1C ของผู้ป่วย

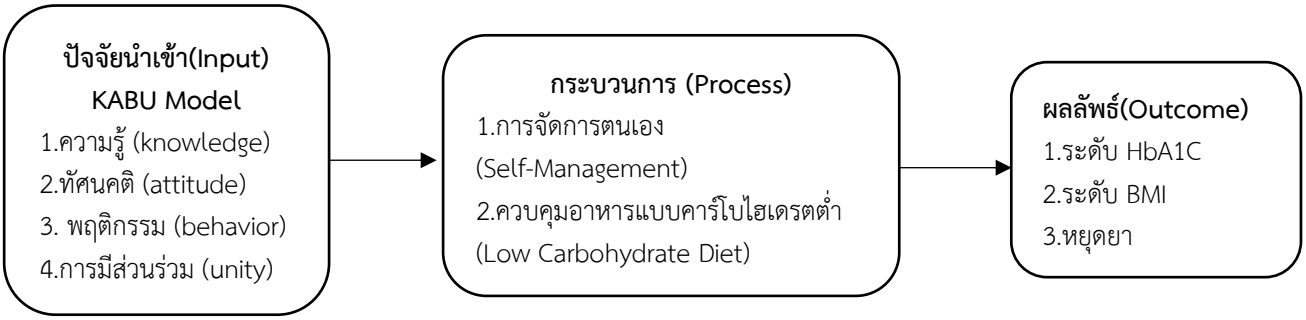
สมมติฐาน

1. หลังเข้าร่วมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1c ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม
2. หลังเข้าร่วมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้พัฒนากรอบแนวคิดโดยบูรณาการทฤษฎีการจัดการตนเอง (self-management theory) ร่วมกับแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Health Promotion Model: HPM) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ทางคลินิก (Pender, 2021; Powers et al., 2022) ปัจจัยนำเข้า (input) ใช้กรอบ KABU model ประกอบด้วย ความรู้ (knowledge) ทัศนคติ (attitude) พฤติกรรม (behavior) และการมีส่วนร่วม (unity) ซึ่งมีพื้นฐานจากแนวคิดของ Pender ที่อธิบายว่าความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2021) ปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลผ่านกระบวนการ (process) คือ การจัดการตนเอง (self-management) ซึ่งครอบคลุมการกำหนดเป้าหมาย การตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการติดตามประเมินผลตนเอง (Powers et al., 2022) รวมถึงการปฏิบัติควบคุมอาหารแบบคาร์โบไฮเดรตต่ำ ซึ่งเป็นแนวทางโภชนบำบัดที่มีหลักฐานสนับสนุนว่า

สามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดน้ำหนักในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2024) กระบวนการนี้คาดว่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ (outcome) ได้แก่ การลดระดับ HbA1c การลดค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และในบางรายอาจสามารถลดหรือหยุดยาลดระดับน้ำตาลในเลือดภายใต้การดูแลของแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2024; International Diabetes Federation, 2023)



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ ระยะเวลาการดำเนินงาน 2 มกราคม 2568 – 31 สิงหาคม 2568

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-Methods Sequential Explanatory Design) วิเคราะห์ข้อมูลรวบรวมประเด็นที่เป็นปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน วิธีการแก้ปัญหา กระบวนการ ขั้นตอน เครื่องมือที่จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน สามารถดูแลตนเองและเข้าสู่ระยะสงบได้

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ทีมสหวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้องรัง (Non-Communicable diseases: NCDs) จากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอรามัน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล จำนวน 19 คน 2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในโรงพยาบาลรามัน จำนวน 3,933 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. ทีมสหวิชาชีพเนื่องจากจำนวนประชากรมีขนาดเล็ก (N = 19) ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด (Total Population Sampling) (Polit & Beck, 2021)

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ ปฏิบัติงานในคลินิก NCDs ≥ 2 ปี

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1) อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อหรือลาระยะยาวในช่วงเก็บข้อมูล

2) ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง Krejcie & Morgan (Daniel & Cross, 2018) กำหนดขอบเขตความคลาดเคลื่อน 0.05 และสัดส่วนประชากร 0.90 ได้กลุ่มตัวอย่าง 133 คน เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 147 คน ได้จากการสุ่มรายชื่อผู้ป่วยจากทะเบียนคลินิก NCD โรงพยาบาลรามัน โดยใช้โปรแกรมสุ่มตัวเลข (random number generator)

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1) อายุระหว่าง 19-65 ปี

2) ได้รับการวินิจฉัย โรคเบาหวาน< 6 ปี

3) BMI > 25 kg/m^2

4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

5) ใช้ยา DM 1 ตัว

6) มีภูมิลำเนาในอำเภอรามัน

7) ผ่านดุลยพินิจของแพทย์

8) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1) ผู้ที่ตั้งครรภ์

2) ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้

3) ขอถอนตัวออกจากวิจัยระหว่างดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พัฒนาโดยอิงแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) และแนวคิดของ Pender (2021)

1. แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคร่วม ระยะเวลาป่วย ชื่อยา จำนวนมื้อของยา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แบบให้เลือกตอบ ประกอบด้วยด้านที่ 1 ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเบาหวานจำนวน 4 ข้อ ด้านที่ 2 ทัศนคติต่อการจัดการโรคเบาหวานจำนวน 4 ข้อ ด้านที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองจำนวน 4 ข้อ ด้านที่ 4 การมีส่วนร่วม และคำถามปลายเปิด (เติมคำในช่องว่าง) จำนวน 3 ข้อ 1) ปัญหาหรืออุปสรรคที่ท่านพบในการดูแลโรคเบาหวานคืออะไร 2) ท่านต้องการให้ หน่วยบริการสาธารณสุขช่วยเหลือในเรื่องใดเพิ่มเติม 3) สิ่งที่ท่านคิดว่าทำให้เบาหวานของท่าน “สงบ” หรือควบคุมได้ดีคืออะไร ใช้ช่วงคะแนนแบบ Likert Scale 5 ระดับ: 5 = ทำเสมอ, 4 = ทำบ่อย, 3 = บางครั้ง, 2 = นาน ๆ ครั้ง, 1 = ไม่เคยทำ แปลผลคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมกำหนดเกณฑ์การแปลผลตามช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ช่วงคะแนน 4.50 – 5.00 การแปลผลเชิงพฤติกรรม ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ระดับการจัดการตนเองดีมาก

ช่วงคะแนน 3.50 – 4.49 การแปลผลเชิงพฤติกรรม ปฏิบัติบ่อยครั้ง ระดับการจัดการตนเอง ดี

ช่วงคะแนน 2.50 – 3.49 การแปลผลเชิงพฤติกรรม ปฏิบัติบางครั้ง ระดับการจัดการตนเองปานกลาง

ช่วงคะแนน 1.50 – 2.49 การแปลผลเชิงพฤติกรรม ปฏิบัตินานๆครั้ง ระดับการจัดการตนเองค่อนข้างน้อย

ช่วงคะแนน 1.00 – 1.49 การแปลผลเชิงพฤติกรรม ไม่เคยปฏิบัติ ระดับการจัดการตนเองต่ำ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยจำนวน 147 รายแล้วเก็บแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์พบว่าได้รับแบบสอบถามกลับมา 147 ชุด

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้แนวคำถามแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ ได้แก่คำถามหลัก ท่านมีวิธีการจัดการตนเองอย่างไรในชีวิตประจำวันเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คำถามรอง อะไรคือสิ่งที่ท่านคิดว่า “ยากที่สุด” ในการดูแลตนเองเมื่อต้องอยู่กับโรคเบาหวาน ท่านได้รับข้อมูลหรือความรู้เรื่องเบาหวานจากที่ใด และข้อมูลเหล่านั้นช่วยท่านในการดูแลตนเองอย่างไร ท่านได้รับการสนับสนุนหรือแรงจูงใจจากครอบครัวหรือชุมชนอย่างไรในการจัดการโรคเบาหวาน หากมีคำแนะนำหรือข้อเสนอแนะถึงเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อช่วยให้การดูแลตนเองของท่านดีขึ้น ท่านอยากบอกว่าอะไร บันทึกเสียง/วิดีโอ (โดยขออนุญาตผู้เข้าร่วมก่อน) และจดบันทึกประกอบ ถามเสริมเพื่อเจาะลึกข้อมูลหากผู้ร่วมสนทนาให้คำตอบไม่ชัดเจน

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อายุรแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่านเพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความชัดเจน และความครอบคลุมของข้อคำถาม ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ผลดังนี้

1. แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับด้วย Cronbach's alpha เท่ากับ 0.84 นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในโรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ระหว่างวันที่ 6-10 มกราคม 2568

2. แบบสัมภาษณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับด้วย Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86 ได้มีการทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วยกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อปรับปรุงคำถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา สร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

2. หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ แล้ว ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่ผู้ช่วยวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมโครงการ จำนวน 1 ครั้ง ในวันที่ 31 มกราคม 2568

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณตามเครื่องมือที่สร้างไว้

4. ผู้วิจัยจัดการสนทนากลุ่มเพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึก โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมที่มีความพร้อมในการสื่อสาร และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม การเก็บข้อมูลใช้เครื่องอัดเสียงและมีผู้จดบันทึก 1 คน ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมก่อนเริ่มสนทนา และอธิบายขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมอย่างชัดเจน

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อสรุปสถานการณ์พื้นฐานก่อนเข้าสู่ระยะถัดไปของการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แบบสอบถาม ด้านข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดย หาค่าความถี่ ร้อยละ อธิบายระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนคำถามปลายเปิดใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อสกัด theme ประกอบการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

2. แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis / thematic analysis)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ โรงพยาบาลรามัน

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ โดยอาศัยข้อมูลจากระยะที่ 1 และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพ ร่วมกันระดมสมอง และการทบทวนความรู้ วรรณกรรมทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มากำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ โดย 1) กำหนดกระบวนการที่เหมาะสมกับปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและบริบทของการให้บริการด้านสุขภาพของพื้นที่ (การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย กิจกรรม การสื่อสาร การนัดหมาย การติดตามและประเมินผล) 2) กำหนดรูปแบบกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบจากแนวคิดการดูแลตนเอง (Creer. L. 2000) ร่วมกับแนวคิดการรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำภายใต้มาตรฐานการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบของกรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ 3) ทดลองใช้รูปแบบฯ ที่กำหนดก่อนนำไปใช้จริงกับผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วมทดลองใช้รูปแบบฯ จำนวน 13 คนเพื่อประเมินความเป็นไปได้และปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานทุก 1 เดือน หลังทดลองใช้มีการปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมให้ความรู้ จำนวนครั้ง

การทำ SMBG และรูปแบบการติดต่อสื่อสารผ่าน Line group และ 4) สรุปเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ โรงพยาบาลรามัน

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ทีมสหวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้องรัง จากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอรามัน จำนวน 19 คน 2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลรามัน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ทีมพัฒนารูปแบบฯ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอรามัน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ต้องมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ≥ 2 ปี ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล จำนวน 19 คน 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ทดลองใช้รูปแบบฯ จำนวน 13 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ผู้ป่วยมีความสมัครใจและสามารถใช้สมุดบันทึกสุขภาพได้ เพื่อประเมินความเป็นไปได้และปรับปรุงรูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ ร่วมกับสหวิชาชีพ โดยการนำผลการสังเคราะห์ จากระยะที่ 1 มายกร่างเป็นรูปแบบร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รูปแบบ KABU Model แบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน ดังนี้

1. goal selection (กำหนดเป้าหมาย) ช่วงเวลาเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 กิจกรรมหลักประชุมกลุ่มใหญ่ครั้งที่ 1 (ระยะเวลา 1 วัน ประมาณ 6 ชั่วโมง) รายละเอียดสำคัญ คือ 1) ให้ความรู้เรื่องแนวทางการรับประทานอาหารแบบ low carbohydrate 2) ประเมิน BMI และ HbA1C ครั้งที่ 1 (Baseline) 3) จัดตั้งไลน์กลุ่ม/ชมรม “คนอ่อนหวาน อ่อนวัย” เพื่อเป็นช่องทางสื่อสารและสนับสนุน และ 4) ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายส่วนบุคคล เช่น ลดคาร์โบไฮเดรต ≤ 130 กรัม/วัน

2. information collection (เก็บรวบรวมข้อมูล) ช่วงเวลาเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 กิจกรรมหลักเริ่มปฏิบัติ low carb และติดตามระดับน้ำตาล (ต่อเนื่อง 4 สัปดาห์) รายละเอียดสำคัญ คือ 1) สอนวิธีนับคาร์โบไฮเดรต (carbohydrate counting) 2) บันทึกอาหารที่รับประทานประจำวัน 3) เจาะน้ำตาลปลายนิ้ววันเว้นวัน และ 4) เริ่มปรับลดหรือหยุดยาภายใต้การดูแลของแพทย์

3. information processing & evaluation (วิเคราะห์และประเมินผล) ช่วงเวลาเดือนมีนาคม–เมษายน พ.ศ. 2568 กิจกรรมหลักเยี่ยมบ้านและประเมินรายบุคคล รายละเอียดสำคัญ คือ 1) ทีมสหวิชาชีพ (พยาบาล นักโภชนาการ แพทย์) ลงเยี่ยมบ้าน 2) วิเคราะห์เมนูอาหาร และคำนวณคาร์โบไฮเดรตโดยนักโภชนาการ 3) ปรับเมนูให้เหมาะสมกับบริบทครอบครัวและวัฒนธรรมพื้นที่ และ 4) จัดกิจกรรมกลุ่มระดับตำบลเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้

4. decision making (ตัดสินใจเลือกแนวทาง) ช่วงเวลาเดือนมีนาคม–มิถุนายน พ.ศ. 2568 (ต่อเนื่อง) กิจกรรมหลักเลือกเมนู low carb ที่เหมาะสมรายบุคคล รายละเอียดสำคัญ คือ 1) ผู้ป่วยเลือกแนวทางอาหารตามบริบทตนเอง 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตรวจสอบและให้คำแนะนำเพิ่มเติม และ 3) ปรับเป้าหมายตามผลการติดตาม

5. action (ลงมือปฏิบัติ) ช่วงเวลาเดือนมีนาคม–กรกฎาคม พ.ศ. 2568 กิจกรรมหลัก workshop ทำอาหาร low carb (เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3–4 ชั่วโมง) รายละเอียดสำคัญ คือ 1) ฝึกจัดสัดส่วนอาหารอย่างเหมาะสม 2) ใช้กระบวนการเสริมพลัง (empowerment) 3) ใช้ระบบเพื่อนช่วยเพื่อน (peer support) และ 4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

6. self-reaction (สะท้อนผลและเสริมแรง) ช่วงเวลาตลอดโครงการ กิจกรรมหลักสมุดบันทึกสะท้อนผลรายบุคคลรายละเอียดสำคัญ คือ 1) บันทึกความรู้สึกหลังรับประทานอาหาร 2) บันทึกระดับน้ำตาลและการเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก 3) สะท้อนผลรายบุคคลและรายกลุ่มผ่านไลน์กลุ่ม และ 4) เสริมแรงทางบวกและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

7. outcome evaluation (ประเมินผลลัพธ์) ช่วงเวลาเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 กิจกรรมหลักประชุมกลุ่มใหญ่ ครั้งที่ 2 (1 วัน ประมาณ 6 ชั่วโมง) รายละเอียดสำคัญ คือ 1) ประเมิน BMI และ HbA1C ครั้งที่ 2 2) ประเมินการเข้าสู่ระยะสงบของโรค (diabetes remission) 3) คัดเลือกผู้ที่ประสบความสำเร็จเป็นต้นแบบ (role model) และ 4) มอบรางวัลและประกาศเกียรติคุณ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านเหมือนขั้นตอนที่ 1 เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา ผลการตรวจสอบร่างรูปแบบพบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) = 1.00 แสดงว่ารูปแบบ KABU Model มีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดีเยี่ยม รูปแบบมีความเหมาะสมและเป็นไปได้และประโยชน์ต่อผู้รับบริการร้อยละ 90 เสนอแนะในประเด็นทัศนคติอาจเปลี่ยนได้ชั่วคราว ควรมีการติดตามประเมินผลในระยะยาว และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการเจาะเลือด การส่งภาพอาหาร

2. สมุดบันทึกสุขภาพ จากการระดมสมองของสหวิชาชีพ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล การระดมสมอง (brainstorming) ดำเนินการ 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 นำเสนอผลระยะที่ 1 (สภาพปัญหาและพฤติกรรมการจัดการตนเอง) ให้ทีมสหวิชาชีพ วิเคราะห์สาเหตุและแนวทางส่งเสริมการจัดการตนเอง ครั้งที่ 2 พัฒนาและร่าง “KABU Model” ระดมความเห็นเรื่องชื่อองค์ประกอบ แนวคิดกิจกรรมหลักและเครื่องมือประเมิน ได้แก่ 1) แบบบันทึกการประชุม (meeting record form) และ 2) แบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ (expert opinion form) ข้อสรุปจากระดมสมองถูกสรุปเชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อเป็นฐานพัฒนารูปแบบขั้นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มสหวิชาชีพ ถอดเทปเป็นตัวหนังสือ (verbatim), อ่านทวนหลายรอบ, จัดกลุ่มข้อความเป็นหมวดเนื้อหา (categories) และประเด็นหลัก (themes) โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Krippendorff, 2004) เพื่อสรุปปัญหา ปัจจัยหนุน/อุปสรรค และข้อเสนอแนะสำหรับออกแบบรูปแบบ ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert Review):

1) เชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Mean, SD) และคำนวณดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) 2) เชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อเสนอแนะด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อปรับปรุงแบบร่าง ข้อมูล 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมานเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเองกับระดับน้ำตาลในเลือด

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงธีม (thematic Analysis) เพื่อสังเคราะห์แนวโน้มปัญหาและความต้องการการดูแล ผลลัพธ์ที่ได้จากขั้นตอนข้างต้นถูกรวมเป็นฐานข้อมูลเชิงคุณภาพ เชิงปริมาณเพื่อออกแบบและปรับปรุงรูปแบบ KABU ให้สมบูรณ์และเหมาะสมต่อการประยุกต์ใช้จริง

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ โรงพยาบาลรามัน

นำรูปแบบที่ปรับปรุงในระยะที่ 2 มาทดลองใช้ โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง(the one group pre-test post-test design) ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2568 ถึงเดือนกรกฎาคม 2568 และการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องในเดือนที่ 6

ประชากร ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD clinic) โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา ซึ่งมีคุณลักษณะสอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมให้เข้าสู่ระยะสงบของโรค

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่ระยะสงบโรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis 13 กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 54 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มขณะทำการทดลองได้จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 60 คน การสุ่มตัวอย่างเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive)

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1) อายุระหว่าง 19-65 ปี

2) ได้รับการวินิจฉัย DM < 6 ปี

3) BMI > 25 kg/m2

4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

5) ใช้ยา DM 1 ตัว

6) มีภูมิลำเนาและที่อยู่จริงในอำเภอรามัน

7) ผ่านดุลยพินิจของแพทย์

8) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและเซ็นยินยอม

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1) ผู้ที่ตั้งครรภ์

2) ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้

3) ขอถอนตัวออกจากวิจัยระหว่างดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย ข้อคำถามแบบเลือกเติม ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคร่วม ระยะเวลาในการป่วย ชื่อยาที่รับประทาน จำนวนมื้อที่รับประทานยา

2. สมุดบันทึกสุขภาพมี 7 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัว การให้ความรู้ ผลการเจาะน้ำตาลที่ปลายนิ้ว ดัชนีมวลกาย ผลระดับน้ำตาลสะสม และการใช้ยา ก่อนและหลังทดลอง 6 เดือน ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยฝึกให้ผู้ป่วยเป็นผู้บันทึก

3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ โรงพยาบาลรามัน ที่พัฒนาขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ระหว่างร้อยละ 0.67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับด้วย Cronbach's alpha เท่ากับร้อยละ 0.84

2. สมุดบันทึกสุขภาพ จากการระดมสมองของสหวิชาชีพ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกาย ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลองครบ 6 เดือน ในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยการประชาสัมพันธ์โครงการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสนใจผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดโครงการ และชี้แจงข้อมูลพร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามจนเกิดความเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรม

2. นัดหมาย รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง

3. ดำเนินการตามรูปแบบ 7 ขั้นตอน โดยใช้เวลา 6 เดือน

4. นัดหมายเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการเข้าร่วมโครงการครบตามกำหนด

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา เลขที่ 11 /2568 ลงวันที่ 2 มกราคม 2568 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดย อธิบายรายละเอียดโครงการและกิจกรรม ประโยชน์ที่จะได้รับ การเก็บข้อมูลเป็นความลับ มีการทำลายข้อมูลภายใน 5 ปี สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธโดยไม่กระทบต่อสิทธิในการรักษา

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 98 คน ร้อยละ 66.67 เพศชาย 49 คน ร้อยละ 33.33 มีอายุเฉลี่ย 50.2 ± 6.4 ปี และโรคร่วมพบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูงร้อยละ 60 และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 55.10 ตามลำดับ ระยะเวลาป่วยเป็นเบาหวานส่วนใหญ่ไม่เกิน 1 ปี ร้อยละ 60 รองลงมาไม่เกิน 2 ปี ร้อยละ 20.00 ทุกรายรับประทานยาเบาหวาน 1 ตัว ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรู้ปานกลางร้อยละ 58.50 โดยเฉพาะเรื่องการเลือกอาหารและการควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรตยังเป็นข้อจำกัด ด้านทัศนคติ พบว่าส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลตนเอง ร้อยละ 61.90 แต่ยังมองว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยร้อยละ 55.10 ปฏิบัติได้เพียงบางครั้ง โดยเฉพาะการออกกำลังกายและการบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการมีส่วนร่วม พบผู้ป่วยร้อยละ 62.60 มีการเข้าร่วมกิจกรรมกับบุคลากรสาธารณสุขและครอบครัวในระดับบ่อยถึงเสมอ ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม (แยกชาย-หญิง) ชี้ให้เห็นว่าปัญหาหลักคือ อาหารท้องถิ่นที่มีแป้งและน้ำตาลสูง การขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย และการไม่ต่อเนื่องของการติดตามตนเอง ส่วนปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญคือ บทบาทของครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุข

1.2 ผลการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ 1) วิธีการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่ รายงานว่า การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด เป็นวิธีหลัก ขณะเดียวกันมีความพยายามควบคุมอาหาร โดยลดของหวาน ของมัน และอาหารท้องถิ่นที่มีน้ำตาลสูง บางรายมีออกกำลังกายเบา ๆ เช่น เดิน เล่นกีฬาพื้นบ้าน หรือทำงานบ้าน บางส่วนใช้วิธี การปฏิบัติกิจทางศาสนา ทำจิตใจให้สงบ เพื่อช่วยควบคุมความเครียดและระดับน้ำตาล ดังคำสัมภาษณ์ “ไม่ได้ออกกำลังหนัก แค่เดินรอบบ้าน ทำสวนบ้าง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12) 2) สิ่งที่ “ยากที่สุด” ในการดูแลตนเองเมื่ออยู่กับโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร เป็นปัญหามากที่สุด โดยเฉพาะอาหารพื้นบ้านที่มีรสหวาน/มัน และการรับประทานร่วมกับครอบครัว บางรายกล่าวถึงการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ว่าเป็นเรื่องยากเนื่องจากไม่มีเวลาและขาดสถานที่ที่เหมาะสม บางรายระบุว่าการขาดแรงจูงใจและความท้อแท้จากการที่ระดับน้ำตาลไม่ลดลงตามเป้า ดังคำสัมภาษณ์ “อาหารบ้านเราส่วนใหญ่หวาน มัน เลี่ยงยาก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 25) “ยากที่สุดคือเรื่องกิน เพราะที่บ้านทำกับข้าวเหมือนกันหมด จะให้ทำแยกก็เกรงใจ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 24) 3) แหล่งข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการนำไปใช้ ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจาก โรงพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งช่วยให้เข้าใจการใช้ยาและการปรับพฤติกรรม บางรายได้รับข้อมูลจากสื่อออนไลน์ โดยบางส่วนสับสนเพราะข้อมูลไม่ตรงกัน นอกจากนี้ได้รับความรู้จากญาติหรือผู้ป่วยด้วยกัน ซึ่งช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดังคำสัมภาษณ์ “ได้คุยกับคนที่เป็นเหมือนกัน ทำให้รู้ว่าเราไม่ได้สู้คนเดียว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 17) 4) การได้รับการสนับสนุนหรือแรงจูงใจจากครอบครัวและชุมชน ส่วนใหญ่ได้รับกำลังใจจากครอบครัว เช่น ช่วยเตือนการกินยา ทำอาหารแยกเฉพาะผู้ป่วย บางรายได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านหรือกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การชวนกันออกกำลังกาย ส่วนน้อยระบุว่าไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนและต้องดูแลตนเองเป็นหลัก ดังคำสัมภาษณ์ “เพื่อนบ้านชวนเดินออกกำลังตอนเย็น เลยมีแรงทำต่อเนื่อง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30) 5) ข้อเสนอแนะต่อเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานสาธารณสุข ส่วนใหญ่ต้องการกิจกรรมกลุ่มส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายร่วมกัน การอบรมโภชนาการ มีบางรายต้องการการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่โรงพยาบาลและในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน/โทรติดตาม บางส่วนต้องการสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย บางรายเสนอให้สนับสนุนยาหรือเวชภัณฑ์

ที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง ดังคำสัมภาษณ์ “ถ้าคุณหมอมีกิจกรรมให้ร่วม อยากมาร่วมทุกครั้ง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) สรุปผลการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลรามันมีวิธีการจัดการตนเองโดยเน้นการใช้ยา ควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย แต่ยังมีอุปสรรคสำคัญคือการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถือว่ามีความน่าเชื่อถือและเป็นแหล่งหลักในการดูแลตนเอง ขณะที่ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านกำลังใจและการปรับพฤติกรรม อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังต้องการกิจกรรมสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมจากหน่วยบริการ เช่น ความรู้ และการจัดกิจกรรมชุมชนเพื่อสร้างแรงจูงใจ

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา

จากการสังเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 1 ร่วมกับการระดมสมองทีมสหวิชาชีพ ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบภายใต้ชื่อ “KABU Model”เป็นภาษามลายูซึ่งมีความหมายว่าอำเภอรามัน ดังนี้



ภาพ 2 แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ โรงพยาบาลรามัน

3. ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 40 คน ร้อยละ 66.70 เพศชาย 20 คน ร้อยละ 33.30 มีอายุเฉลี่ย 52.8 ± 6.4 ปี และโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 58.30 และไขมันในเลือดสูงร้อยละ 46.7 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน ส่วนใหญ่ไม่เกิน 1 ปี ร้อยละ 60.00 รองลงมาไม่เกิน 2 ปี ร้อยละ 20.00 รับประทานยา Metformin 500 mg ร้อยละ 100 ใช้วันละ 1 เม็ดร้อยละ 63.00 รองลงมา วันละ 2 เม็ดร้อยละ 37.00

3.2 ประสิทธิผลของรูปแบบ

3.2.1 ดัชนีมวลกาย (N=59)

ตาราง 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าระดับดัชนีมวลกาย BMI (กก./ม²) ก่อนทดลอง และหลังทดลอง 6 เดือน(N=59)

ตัวแปร	เวลา	(M ± SD)	t(df)	Paired t-test (p)
BMI (กก./ม²)	ก่อนทดลอง	31.47 ± 4.02	-8.40	p < .001*
	หลังทดลอง 6 เดือน	28.89 ± 3.85		

* p<.01

จากตาราง 1 ค่า BMI เฉลี่ยก่อนทำกิจกรรมอยู่ที่ 31.47 ± 4.02 กก./ม² หลัง 6 เดือนอยู่ที่ 28.89 ± 3.85 กก./ม² เปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001)

3.2.2 ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (N=59)

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือด HbA1C (%) ก่อนทดลองและหลังทดลอง 6 เดือน(N=59)

ตัวแปร	เวลา	(M ± SD)	t(df)	Paired t-test (p)
HbA1C (%)	ก่อนทดลอง	6.64 ± 0.36	-8.34	p < .001*
	หลังทดลอง 6 เดือน	6.13 ± 0.34		

* p<.01

จากตาราง 2 ค่า HbA1C 6.64 ± 0.36% หลัง 6 เดือนลดลงเป็น 6.13 ± 0.34 เปรียบเทียบค่า HbA1C หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001)

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาสภาพการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลรามัน มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของพิชญ์ชญานิษฐ์ เริงกุลฤทธิ์ และคณะ (2565) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความต้องการสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลตนเอง แต่ยังต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะการออกกำลังกายและการบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดยังทำได้ไม่ต่อเนื่อง ปัญหาหลักที่ผู้ป่วยระบุคืออาหารท้องถิ่นที่มีแป้งและน้ำตาลสูง การขาดแรงจูงใจ และการติดตามตนเองไม่ต่อเนื่อง ในบริบทวัฒนธรรมมุสลิม ปัจจัยทางศาสนาและชุมชน มีบทบาทสำคัญต่อแรงจูงใจและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การฟังคำแนะนำจากอิหม่ามในวันศุกร์สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้มากขึ้น และผู้นำศาสนา เช่น โต๊ะครูและอิหม่าม ทำหน้าที่เป็น “แรงกระตุ้นให้เกิดการกระทำ” (cues to action) การบูรณาการหลักศาสนาและวัฒนธรรมจึงสอดคล้องกับ Health Belief Model (Rosenstock, 1974) และ PRECEDE–PROCEED Model (Green & Kreuter, 1991) ที่เน้นบทบาทของปัจจัยสังคมและวัฒนธรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แม้ผู้ป่วยมีความรู้และทัศนคติที่ดีแต่ยังไม่เกิด self-efficacy และ self-regulation ตามแนวคิดของ Pender’s Health Promotion Model และยังคงมีภาวะ self-care deficit ตาม Orem’s Self-care Deficit Theory ดังนั้น การสนับสนุนจากครอบครัว ผู้นำศาสนา และชุมชน จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมแรงจูงใจและติดตามพฤติกรรมผู้ป่วย ดังคำสัมภาษณ์ “หมอบอกให้ลดของหวาน แต่ในบ้านเราทานข้าว ขนม น้ำชาใส่น้ำตาลทุกวัน มันเป็นวิถีที่ทำกันมาแต่ก่อน จะให้เลิกเลยก็ยากค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) “บางทีได้ฟังอิหม่ามพูดในวันศุกร์ว่า สุขภาพดีจะทำให้ละหมาดได้สะดวก ก็รู้สึกมีกำลังใจอยากดูแลตัวเองมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9) ช่องว่างระหว่าง ความรู้-ความตั้งใจ การปฏิบัติจริงของผู้ป่วยสะท้อนว่าการมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ การออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทและการสนับสนุนจากระบบสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. การพัฒนารูปแบบ KABU Model ผสมผสานแนวคิดการจัดการตนเอง (Creer, 2000) และโภชนบำบัดคาร์โบไฮเดรตต่ำ (Low-Carbohydrate Diet: LCD) เพื่อแก้ปัญหาที่พบในการศึกษาสภาพการณ์การจัดการตนเอง รูปแบบนี้ประกอบด้วย 7 กระบวนการหลัก ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย, การเก็บรวบรวมข้อมูล, การประเมินผล, การตัดสินใจ, การลงมือปฏิบัติ, และการสะท้อนตนเอง โดยทุกกิจกรรมออกแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง กิจกรรม knowledge ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายสุขภาพได้ด้วยตนเอง กิจกรรม attitude และ behavior ส่งเสริมการปรับทัศนคติและปฏิบัติจริงในการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย กิจกรรม unity และ self-reaction สนับสนุนความร่วมมือกับทีมสุขภาพและการสะท้อนผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์สอดคล้องกับ Social Cognitive Theory (Bandura, 1986) ที่ระบุว่าการเรียนรู้มีประสิทธิผลเมื่อมีการเสริมแรงและสะท้อนตนเองอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ KABU Model ยังสร้าง กลไกสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น Line group เพื่อติดตามและให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้านโดย อสม. และพยาบาล กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และฐานความรู้เชิงปฏิบัติ ช่วยให้ผู้ป่วยเชื่อมโยงพฤติกรรมกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้จริง ดังคำสัมภาษณ์

“เมื่อก่อนฟังหมอพูดก็เข้าใจนะ แต่ไม่ค่อยทำ พอมีโครงการนี้ เขาให้เราตั้งเป้าหมายเอง เช่น ลดน้ำตาลให้ได้ต่ำกว่า 130 เราก็รู้สึกมีแรงจูงใจมากขึ้น เพราะเป็นเป้าหมายของเราเอง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13) “ได้เรียนรู้เรื่องคาร์โบไฮเดรตต่ำ ก็เริ่มปรับอาหารที่บ้าน เช่น ลดข้าวลงครึ่งหนึ่ง เปลี่ยนจากขนมหวานเป็นผลไม้ รู้สึกว่าน้ำตาลลดลงจริง ๆ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10) “เขามีไลน์กลุ่มคอยถามทุกอาทิตย์ เหมือนมีคนคอยเตือน ไม่เหงาเหมือนเมื่อก่อน พอเห็นเพื่อนในกลุ่มโพสต์ผลน้ำตาลดี ก็อยากทำได้แบบนั้นบ้าง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6) เมื่อเปรียบเทียบกับ Empowerment Model (Anderson & Funnell, 2010) พบว่า KABU Model เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวมากกว่า ซึ่งเหมาะกับบริบทชนบทมุสลิมในภาคใต้ของไทย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจและการสะท้อนผลช่วยเพิ่ม self-management และความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่า

3. ผลการประเมินประสิทธิผลหลังการใช้ KABU Model ในช่วง 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมีการลด BMI และ HbA1c อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้แนวคิด self-management ร่วมกับ low-carbohydrate diet (LCD) ซึ่งช่วยควบคุมระดับน้ำตาลและลดน้ำหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ การลด BMI และ HbA1c สะท้อนให้เห็นว่า การบูรณาการความรู้ การสร้างแรงจูงใจ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพ เป็นกลยุทธ์สำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการเบาหวาน การมีระบบติดตามผลแบบเป็นระยะ เช่น SMBG สมุดบันทึกสุขภาพ และการนัดติดตาม ทำให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์ของตนเองอย่างชัดเจน ส่งเสริมความต่อเนื่องในการปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตาม low-carbohydrate diet ลด BMI และ HbA1c อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับ carbohydrate-insulin model (CIM) ที่ระบุว่าการลดคาร์โบไฮเดรตช่วยลดการหลั่งอินซูลิน ส่งผลให้ร่างกายใช้ไขมันสะสมเป็นพลังงานมากขึ้น และปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาล (Ludwig & Ebbeling, 2018) งานวิจัยก่อนหน้าก็พบว่า LCD ลด BMI และ HbA1c ได้ดีกว่าอาหารคาร์โบไฮเดรตสูงในผู้ป่วย T2DM (Tay et al., 2015; Huntriss et al., 2018; Franz et al., 2015) ดังคำสัมภาษณ์ “น้ำหนักลดไปประมาณ 4 กิโลกรัม เห็นผลชัดเจน ทำให้ HbA1c ลดลงจนหมอบอกว่าสามารถลดยาได้ รู้สึกภูมิใจมากค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1) “การจดบันทึกน้ำตาลและน้ำหนักทุกวัน ทำให้เรารู้ว่าพฤติกรรมของเรามีผลต่อสุขภาพ ถ้าไม่ได้จด เราคงไม่เห็นความเปลี่ยนแปลงชัดแบบนี้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3) “เพื่อนในกลุ่มทำอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำเหมือนกัน เรามีแรงจูงใจช่วยกันทำต่อเนื่อง เห็นผลจริงทั้งน้ำหนักและน้ำตาล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4) ผลลัพธ์เหล่านี้สะท้อนว่าการผสานความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมอย่างเป็นระบบสามารถสร้างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย T2DM

ผลการทดลองภายใต้กรอบแนวคิด KABU Model พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่า BMI และระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของการเสริมสร้างความรู้ (knowledge) เจตคติ (attitude) พฤติกรรม (behavior) และการสนับสนุนจากชุมชน (understanding & unity) ในการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มความรู้และทักษะด้านโภชนาการและการออกกำลังกายช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคและกิจกรรมทางกายได้เหมาะสมมากขึ้น ขณะที่การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมและศาสนาในชุมชนมุสลิมช่วยเสริม self-efficacy และความยึดมั่นในพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้การควบคุมน้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นอย่างยั่งยืน ผลลัพธ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานตาม KABU Model ช่วยยกระดับสมรรถนะการจัดการตนเองของผู้ป่วยและนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งในด้านกายภาพและคุณภาพชีวิต. ครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพถือเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและฝึกปฏิบัติจริง (Hands-on learning) เพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการจัดการตนเอง

2. ใช้เทคโนโลยีและสื่อสังคมออนไลน์ในการติดตาม ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

3. บูรณาการการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเสริมแรงจูงใจและความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ

4. ติดตามประเมินผลระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเข้าสู่ภาวะเบาหวานสงบ

5. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถประยุกต์การจัดการตนเองร่วมกับการควบคุมอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ โดยตั้งเป้าหมายสุขภาพ ควบคุมอาหารและออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อลดระดับน้ำตาล ลดการใช้ยา และเพิ่มโอกาสเข้าสู่ระยะสงบของโรค

6. ครอบครัวและชุมชน ครอบครัวผู้ป่วยสามารถนำแนวทางดังกล่าวไปใช้ในการสนับสนุนและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

7.บุคลากรสาธารณสุข สามารถใช้ผลการวิจัยเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษา การวางแผนลดหรือหยุดยาลดระดับน้ำตาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งการติดตามผลทางคลินิกและการเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วยในการจัดการตนเอง

8. โรงพยาบาลรามันสามารถนำผลวิจัยไปจัดตั้งคลินิกต้นแบบ “เบาหวานสงบ” และถ่ายทอดองค์ความรู้สู่ รพ.สต. ในอำเภอรามันและจังหวัดยะลา เพื่อขยายผลอย่างกว้างขวาง

9. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ผลวิจัยนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาแนวทางส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ลดการใช้ยาและค่าใช้จ่าย และสนับสนุนการกำหนดนโยบายดูแลโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้กว้างขึ้นทั้งด้านจำนวนและพื้นที่ศึกษา ติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของการเข้าสู่ระยะสงบ ศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเปรียบเทียบกับแนวทางการดูแลมาตรฐานหรือวิธีอื่น ๆ และควรวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ครบถ้วนและสนับสนุนการกำหนดนโยบายในระดับประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2567). *รายงานสถานการณ์และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ระดับปฐมภูมิ ปี 2567*

พิชญ์ชญานิษฐ์ เรืองเริงกุลฤทธิ์, สาธิมาน มากชูจิต, นุรซาฮีดา เจ๊ะมามะ, กมลวรรณ สุวรรณ, บูคอรี มะมิง, และ ยูนัยดะ กะดะแซ. (2567). ความต้องการด้านการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของงผู้ป่วยโรคเบาหวานชุมชนท่าสาป จังหวัดยะลา. *วารสารมหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร,* 7(2), 68-82

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC): Service Plan NCD ปีงบประมาณ 2567*. https://hdc.moph.go.th

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. (2566). *รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยะลา.*

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of care in diabetes—2024. *Diabetes Care, 47*(Suppl. 1), S68–S96. https://doi.org/10.2337/dc24-S005

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). 8. Obesity and weight management for the prevention and treatment of type 2 diabetes: Standards of care in diabetes—2024. *Diabetes Care, 47*(Suppl. 1), S113–S124. https://doi.org/10.2337/dc24-S008

Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: A look back, a look ahead. *The Diabetes Educator, 36*(3), 351–359. https://doi.org/10.1177/0145721710369790

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice-Hall.

Creer, L. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 601–629). Academic Press.

Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2018). *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences* (11th ed.). Wiley.

Franz, M. J., Boucher, J. L., Rutten-Ramos, S., & VanWormer, J. J. (2015). Lifestyle weight-loss intervention outcomes in overweight and obese adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 115*(9), 1447–1463. https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.02.031

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Mayfield Publishing Company.

Huntriss, R., Campbell, M., & Bedwell, C. (2018). The interpretation and effect of a low-carbohydrate diet in the management of type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Clinical Nutrition, 72*(3), 311–325. https://doi.org/10.1038/s41430-018-0113-1

International Diabetes Federation. (2023). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.). https://diabetesatlas.org

Lean, M. E. J., Leslie, W. S., Barnes, A. C., Brosnahan, N., Thom, G., McCombie, L., Peters, C., Zhyzhneuskaya, S., Al-Mrabeh, A., Hollingsworth, K. G., Rodrigues, A. M., Rehackova, L., Adamson, A. J., Sniehotta, F. F., Mathers, J. C., & Taylor, R. (2018). Durability of a primary care–led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. *The Lancet Diabetes & Endocrinology, 7*(5), 344–355. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30068-3

Ludwig, D. S., & Ebbeling, C. B. (2018). The carbohydrate-insulin model of obesity: Beyond "calories in, calories out." *JAMA Internal Medicine, 178*(8), 1098–1103. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.2933

Pender, N. J. (2021). *Health Promotion Model Manual* (Revised ed.). University of Michigan.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., Funnell, M. M., Harms, D., Hess Fischl, A., Maryniuk, M. D., Siminerio, L., & Vivian, E. (2022). Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: A consensus report. *Diabetes Care, 45*(6), 1401–1419. https://doi.org/10.2337/dci22-0023

Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Education Monographs, 2*(4), 354–386. https://doi.org/10.1177/109019817400200405

Tay, J., Luscombe-Marsh, N. D., Thompson, C. H., Noakes, M., Buckley, J. D., Wittert, G. A., & Brinkworth, G. D. (2015). Comparison of low- and high-carbohydrate diets for type 2 diabetes management: A randomized trial. *American Journal of Clinical Nutrition, 102*(4), 780–790. https://doi.org/10.3945/ajcn.115.112581

Taylor, R., Al-Mrabeh, A., Zhyzhneuskaya, S., Peters, C., Barnes, A. C., Aribisala, B. S., Hollingsworth, K. G., Mathers, J. C., Sattar, N., & Lean, M. E. J. (2015). Remission of human type 2 diabetes requires decrease in liver and pancreas fat content. *Cell Metabolism, 28*(4), 667–685. https://doi.org/10.1016/j.cmet.2018.07.003

World Health Organization. (2023). *Diabetes*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลมผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ต่อความพร้อมและความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องหลอดลม

The effects of an information provision program via LINE application on readiness and anxiety in patients undergoing bronchoscopy

เบญจวรรณ์ ถิ่นเครือจีน*, ลัดดา วิริยะวงษ์, และ จตุรงค์ แก้วบ้านดอน
Benjawan Tinkruajeen*, Ladda Viriyawong, and Jaturong Kaewbandon
ศูนย์ส่องกล้องชินราชา กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
Chinaraja Endoscopy Center, Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok
*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: tinkruajeen1973@gmail.com

(Received: May 8, 2025; Revised: August 13, 2025; Accepted: October 18, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ต่อความพร้อมและความวิตกกังวลของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่มีข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องหลอดลมแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความพร้อม และแบบวัดความวิตกกังวล (STAI Form Y-1) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมทั้งด้านความรู้และด้านร่างกายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองลดลงจาก 51.60 (S.D. = 3.47) เป็น 36.10 (S.D. = 2.26) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้คือ ควรนำโปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานส่องกล้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนข้อมูลแนวทางการเตรียมความพร้อมได้ตลอดเวลา ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจ ความรู้สึกปลอดภัย ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความพร้อมในการเข้ารับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โปรแกรมการให้ข้อมูล, ความพร้อม, ความวิตกกังวล, การส่องกล้องหลอดลม

Abstract

This two-group pretest-posttest quasi-experimental research aimed to study the effects of a preparation information program via the LINE application on the readiness and anxiety of patients undergoing bronchoscopy. The sample consisted of 60 outpatients with respiratory diseases indicated for bronchoscopy at Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. They were divided into an experimental group (n=30) and a control group (n=30). The research instruments included the preparation information program via the LINE application, a general data collection form, a readiness assessment form, and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form Y-1). Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t-test, and paired t-test.

The results revealed that after participating in the program, the experimental group had significantly higher mean scores for both knowledge and physical readiness compared to the control group (p-value < 0.05). Furthermore, the experimental group's anxiety level significantly decreased compared to before participating in the program and was significantly lower than that of the control group (p-value < 0.05). The mean anxiety score of the experimental group decreased from 51.60 (S.D. = 3.47) to 36.10 (S.D. = 2.26), whereas the control group showed no statistically significant difference in anxiety levels before and after the experiment.

The recommendation for implementing the research findings is to apply this information program via the LINE application in bronchoscopy units. This allows patients to review the preparation guidelines at any time, which helps enhance their understanding, increase their sense of safety, reduce anxiety, and effectively improve their readiness to receive services.

Keywords: information provision program, readiness, anxiety, bronchoscopy

บทนำ

การส่องกล้องหลอดลม (Bronchoscopy) เป็นหัตถการทางการแพทย์ที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการวินิจฉัยและรักษาโรคระบบทางเดินหายใจที่ซับซ้อน เช่น การตรวจหาก้อนเนื้องอก การระบุเชื้อในปอดอักเสบ การประเมินภาวะหลอดลมถูกกดทับ หรือการรักษาหลอดลมตีบ (ลาวรรณ สรสิทธิ์รุ่งสกุล, 2563) ด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ทั้งวิธีการและเครื่องมือที่ทันสมัยทำให้หัตถการนี้มีความแม่นยำ ปลอดภัย และเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้มีแนวโน้มการทำหัตถการส่องกล้องหลอดลมเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ของโรคระบบทางเดินหายใจที่ซับซ้อน เป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันความต้องการการวินิจฉัยด้วยส่องกล้องหลอดลมยกตัวอย่างเช่น โรคมะเร็งปอด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าโรคมะเร็งปอดมีผู้ป่วยรายใหม่กว่า 2.2 ล้านคนในปี 2020 (World Health Organization, 2023) และยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในประเทศไทย (กรมการแพทย์, 2566) การวินิจฉัยมะเร็งปอดในระยะแรกเริ่มมักต้องอาศัยการส่องกล้องหลอดลมเพื่อเก็บชิ้นเนื้อ นอกจากนี้วัณโรคปอดแม้จะมีการควบคุมโรคที่ดีขึ้นในหลายประเทศ แต่ยังคงเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่สำคัญและจำเป็นต้องอาศัยการส่องกล้องหลอดลมในการวินิจฉัยแยกโรคและยืนยันการติดเชื้อในบางกรณี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (กรมควบคุมโรค, 2565) รวมถึงภาวะติดเชื้อในปอดที่ซับซ้อน หรือโรคปอดอื่น ๆ ที่ต้องการการวินิจฉัยที่แม่นยำ ทำให้ความต้องการหัตถการนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าสถิติระดับประเทศของประเทศไทยจะยังไม่มีการรวมศูนย์ข้อมูลการทำหัตถการส่องกล้องหลอดลมที่ชัดเจน แต่การเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์โรคระบบทางเดินหายใจที่กล่าวมาข้างต้น ถือเป็นข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนถึงความสำคัญและความจำเป็นของการส่องกล้องหลอดลมในปัจจุบันและอนาคต อย่างไรก็ตาม การเข้ารับการส่องกล้องหลอดลมส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้ป่วย

ในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความวิตกกังวล ที่ผู้ป่วยมักเผชิญ ซึ่งเกิดจากความรู้สึกไม่สบายตัว ความกลัวต่อสิ่งที่ไม่รู้ และความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลลัพธ์ของหัตถการ (Spielberger, 1983) ความวิตกกังวลที่สูงนี้สามารถแสดงออกได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว สับสน และหวาดกลัว ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือของผู้ป่วยระหว่างการตรวจและประสิทธิภาพของการทำหัตถการได้

การเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้องหลอดลม เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ ซึ่งจะนำไปสู่ความปลอดภัยระหว่างหัตถการ ความสำเร็จของการตรวจ และช่วยลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ ที่ผ่านมาการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย อาศัยการให้ข้อมูลผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น คู่มือ หรือการบอกกล่าวโดยตรงจากพยาบาล ซึ่งมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล ผู้ป่วยอาจลืมรายละเอียดหรือไม่เข้าใจคำแนะนำทั้งหมด จากข้อมูลของศูนย์ส่องกล้องชินราชา โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่า ในช่วงปีพ.ศ. 2564–2566 มีผู้รับบริการส่องกล้องหลอดลมจำนวน 673, 544 และ 581 รายตามลำดับ และ ในปีพ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยถึง 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.88 ที่ไม่สามารถเข้ารับการส่องกล้องตามนัดได้ ปัญหาหลักมาจากการเตรียมตัวไม่ถูกต้อง ร้อยละ 6.46 การไม่งดยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 2.77 และความวิตกกังวลจนไม่มาตรวจหรือไม่ยินยอมตรวจ ร้อยละ 1.38 แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยจะผันผวน แต่สถิติเหล่านี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ปัญหาการเตรียมตัวที่ไม่ถูกต้องและความวิตกกังวลยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับบริการตามนัดได้อย่างราบรื่น การเลื่อนหรือยกเลิกหัตถการไม่เพียงแต่สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจและอารมณ์แก่ผู้ป่วยและโรงพยาบาล แต่ยังส่งผลให้ผู้ป่วยอาจเสียโอกาสในการรักษาอย่างทันท่วงที เช่น ผู้ป่วยวัณโรคอาจแพร่เชื้อต่อ หรือผู้ป่วยมะเร็งอาจเสียโอกาสในการรักษาที่เหมาะสม (Aarabi et al., 2021) ปัญหาเหล่านี้มีสาเหตุมาจาก ความไม่พร้อมของผู้ป่วยทั้งในด้านข้อมูลและความเข้าใจที่เพียงพอ ซึ่งหากไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อความร่วมมือของผู้ป่วยและอาจนำไปสู่การเลื่อนหรือยกเลิกหัตถการได้ จากการสอบถามผู้ป่วย 10 รายที่มารับบริการส่องกล้องหลอดลมในศูนย์ส่องกล้องชินราชา โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่า แม้จะได้รับคู่มือแต่ผู้ป่วยยังคงมีปัญหาในการเตรียมตัวที่ไม่ถูกต้องและมีความวิตกกังวลสูง โดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและประสบการณ์ที่ไม่แน่นอน การเตรียมความพร้อมที่ดีจึงเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาล โดยเน้นการให้ข้อมูลที่เข้าใจง่าย ถูกต้อง และตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน (จริยา เลาหวิช และคณะ, 2560)

ในยุคดิจิทัลปัจจุบัน การนำสื่อสมัยใหม่มาใช้ในการให้ข้อมูลสุขภาพจึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน โดยเฉพาะ LINE Application ซึ่งได้รับความนิยมอย่างสูงในการสื่อสารแบบ Real-time และสามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้ง่ายและสะดวกทุกที่ทุกเวลา มีงานวิจัยจำนวนมากที่สนับสนุนว่า การใช้สื่อดิจิทัลในการให้ข้อมูลสุขภาพสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนหัตถการได้ (ยุวดี ประเสริฐ, 2566) แม้จะมีการนำแอปพลิเคชันมาใช้ในการให้ข้อมูลสุขภาพในบริบทอื่น ๆ แล้ว แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่เน้นการใช้โปรแกรม LINE Application เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยส่องกล้องหลอดลมโดยเฉพาะ

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลมผ่านสื่อแอปพลิเคชัน LINE ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยอิงตามทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง (Self-regulation theory) ของ Leventhal และ Johnson (1983) มุ่งเน้นการให้ข้อมูลที่จำเป็น ถูกต้อง และเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญโดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับภาวะคุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองก่อนเข้ารับการตรวจ ในการออกแบบเนื้อหา โดยสามารถเข้าถึงทางโปรแกรม LINE โดยออกเป็น 3 ส่วน คือ ข้อมูลหลัก ตามองค์ประกอบของทฤษฎี ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล (Procedure Information) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนการตรวจ เช่น การเตรียมตัวก่อนตรวจ ขั้นตอนการส่องกล้อง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ต้องประสบ (Sensory Information) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่ผู้ป่วยอาจรู้สึกขณะรับการส่องกล้อง เช่น ไอ รู้สึกแน่นคอ หรือไม่สบาย และข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญภาวะคุกคาม (Coping Information) เป็นคลิปวิดีโอและภาพจำลองสถานการณ์ในห้องตรวจ รายละเอียดของบุคลากรที่ให้บริการ และคำแนะนำในการรับมือกับภาวะแทรกซ้อนอย่างปลอดภัย โปรแกรมนี้จึงถูกออกแบบให้สอดคล้องกับแนวคิดของ Leventhal เพื่อส่งเสริมความเข้าใจและการปรับตัวของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความพร้อมทั้งด้านร่างกาย

และจิตใจในการรับบริการส่องกล้องหลอดลม เพิ่มความสะดวกในการติดต่อ ติดตาม เสริมสร้างความรู้ ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ตลอดจนยกระดับประสิทธิภาพในการให้บริการและคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

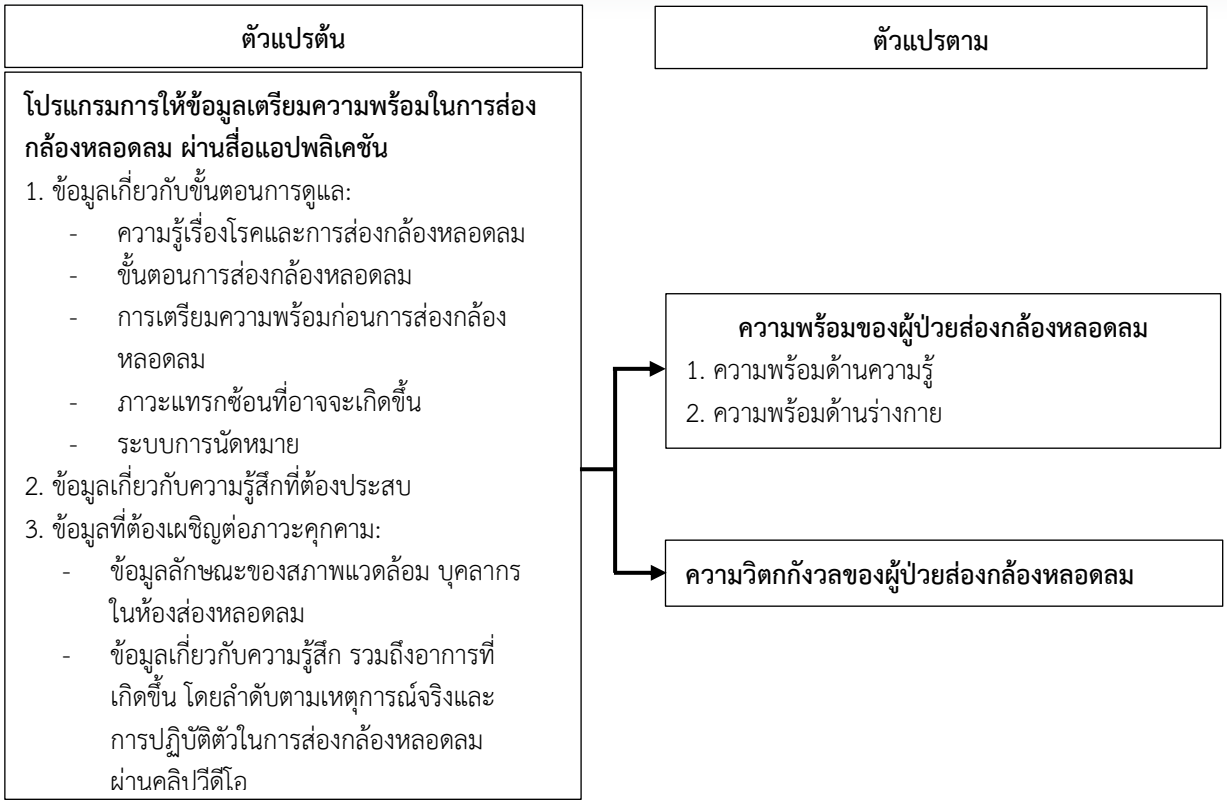
1. เพื่อเปรียบเทียบความพร้อมของผู้ป่วยในการส่องกล้องหลอดลม หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ระหว่างกลุ่ม)
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ภายในกลุ่ม)
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ระหว่างกลุ่ม)

สมมติฐาน

1. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลม ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์มากกว่ากลุ่มควบคุม
2. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลมผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ พัฒนาขึ้นโดยอิงตามทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง (self-regulation theory) ของ Leventhal และ Johnson (1983) ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลที่จำเป็น ถูกต้อง และเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับภาวะคุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองก่อนเข้ารับการตรวจ ในการออกแบบเนื้อหา ผู้วิจัยได้จัดแบ่งข้อมูลในโปรแกรม LINE ออกเป็น 3 กล่องข้อมูลหลักตามองค์ประกอบของทฤษฎี ได้แก่ 1) กล่องข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล (procedure Information) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนการตรวจ เช่น การเตรียมตัวก่อนตรวจ ขั้นตอนการส่องกล้อง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น 2) กล่องข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ต้องประสบ (sensory Information) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่ผู้ป่วยอาจรู้สึกขณะรับการส่องกล้อง เช่น ไอ รู้สึกแน่นคอ หรือไม่สบาย 3) กล่องข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญภาวะคุกคาม (coping information) เป็นคลิปวิดีโอและภาพจำลองสถานการณ์ในห้องตรวจ รายละเอียดของบุคลากรที่ให้บริการ และคำแนะนำในการรับมือกับภาวะแทรกซ้อนอย่างปลอดภัย โปรแกรมนี้จึงถูกออกแบบให้สอดคล้องกับแนวคิดของ Leventhal เพื่อส่งเสริมความเข้าใจและการปรับตัวของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการรับบริการส่องกล้องหลอดลม ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลมผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ ต่อความพร้อมและความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องหลอดลม

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่มีข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องหลอดลม ที่เข้ามารับการส่องกล้องหลอดลมที่ศูนย์ส่องกล้องชินราชา โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 146 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่มีข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องหลอดลมแบบผู้ป่วยนอกที่ศูนย์ส่องกล้องชินราชา โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด และจากนั้นจึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random assignment) โดยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องหลอดลมครั้งแรก
2. ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
3. มีโทรศัพท์มือถือ และสามารถใช้แอปพลิเคชันผ่านมือถือได้ (เฉพาะกลุ่มทดลอง)
4. สามารถสื่อสารด้วยการพูด อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยไม่ยินยอมในการส่องกล้องหลอดลม
2. ผู้ป่วยไม่มารับการส่องกล้องหลอดลมตามนัด

3. ผู้ป่วยมีอาการ หรือภาวะฉุกเฉินที่ไม่สามารถรับการส่องกล้องได้

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ระดับ 0.80 ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูงมาใช้ในการคำนวณจากตารางสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 (Cohen, 1992) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 26 คนต่อกลุ่ม สอดคล้องกับยุวดี ประเสริฐ (2565) และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการวิจัย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลมผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 1) กล่องการนัดหมายส่องกล้องหลอดลม 2) กล่องให้ความรู้เรื่องการส่องกล้องหลอดลมประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคและการส่องกล้องหลอดลม ทำไมต้องส่องกล้องตรวจหลอดลม การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยส่องกล้องหลอดลม ขั้นตอนการส่องกล้องหลอดลม ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะ/หลังการส่องกล้องหลอดลม และหลังการส่องกล้องแล้วท่านจะเป็นอย่างไร 3) ข้อมูลที่ต้องเผชิญต่อภาวะคุกคามประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะของสภาพแวดล้อม บุคลากรในห้องส่องหลอดลม ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก รวมถึงอาการที่เกิดขึ้น โดยลำดับตามเหตุการณ์จริงและการปฏิบัติตัวในการส่องกล้องหลอดลม ผ่านคลิปวีดีโอ และ 4) กล่องการประเมินความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลม และประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องหลอดลม
โดยใช้บัญชีแบบทางการของ line มีโครงสร้างของระบบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบเก็บข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิในการรักษาพยาบาล ประวัติโรคประจำตัว และประสบการณ์ในการส่องกล้อง

2.2 แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยส่องกล้องหลอดลม ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอิงจากหลักเกณฑ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้อง และเนื้อหาที่ให้ในโปรแกรมผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความพร้อม 2 ด้าน คะแนนรวม 15 คะแนน ประกอบด้วย 1) ความพร้อมด้านความรู้ ได้แก่ ข้อบ่งชี้ในการตรวจส่องกล้องหลอดลม ขั้นตอนการส่องกล้องหลอดลม การเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้องหลอดลม และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งขณะ/หลังการส่องกล้องหลอดลม จำนวน 9 ข้อ แบบเลือกตอบถูก ผิด คะแนนเต็ม 9 คะแนน และ 2) ความพร้อมด้านร่างกาย ได้แก่ การงดน้ำงดอาหาร การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ และการบริหารยา จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ปฏิบัติและ NA ให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 6 คะแนน ซึ่งความพร้อมด้านร่างกาย (หากข้อใดข้อหนึ่งไม่ได้ปฏิบัติจะถือว่าผู้ป่วยไม่มีความพร้อมด้านร่างกาย ไม่สามารถส่องกล้องหลอดลมได้)
กำหนดเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

1-5 คะแนน	แปลว่า ความพร้อมของผู้ป่วยส่องกล้องหลอดลมอยู่ในระดับต่ำ
6-10 คะแนน	แปลว่า ความพร้อมของผู้ป่วยส่องกล้องหลอดลมอยู่ในระดับปานกลาง
11-15 คะแนน	แปลว่า ความพร้อมของผู้ป่วยส่องกล้องหลอดลมอยู่ในระดับสูง

2.3 แบบวัดความวิตกกังวล STAI Form Y-1 (The State-Trait Inventory Form Y-1) พัฒนาโดย สปิลเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1983 อ้างใน ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2534) แปลเป็นภาษาไทยโดย ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2534) ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach’s alpha ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ STAI Form Y-1 เพื่อประเมินความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ (anxiety state) ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องหลอดลม มีจำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อแบ่งระดับความรู้สึกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

2.3.1 ข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางบวก 10 ข้อ คือ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, และ 18 ประเมินค่า 4 ระดับ โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

คะแนน 4	มีความวิตกกังวลมากที่สุด
คะแนน 3	มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก
คะแนน 2	มีความวิตกกังวลบ้าง
คะแนน 1	ไม่มีความวิตกกังวลเลย

2.3.2 ข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางลบ 10 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, และ 20 ประเมินค่า 4 ระดับ โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

คะแนน 1	มีความวิตกกังวลมากที่สุด
คะแนน 2	มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก
คะแนน 3	มีความวิตกกังวลบ้าง
คะแนน 4	ไม่มีความวิตกกังวลเลย

จากนั้นนำคะแนนมารวมกันและกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายดังนี้

20-39 คะแนน	แปลว่า มีความวิตกกังวลระดับต่ำ
40-59 คะแนน	แปลว่า มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง
60-80 คะแนน	แปลว่า มีความวิตกกังวลระดับรุนแรง

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ แบ่งเป็น 3 เครื่องมือ ได้แก่

1. โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลมผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผ่านความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางโรคระบบทางเดินหายใจ 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (เชี่ยวชาญด้านอายุกรรม) 1 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการส่องกล้องทางเดินหายใจ 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยจำนวน 5 ราย ผลการทดลองใช้ พบว่าแอปพลิเคชันใช้ง่าย ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจ และทำตามได้ดี

2. แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยส่องกล้องหลอดลม ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางโรคระบบทางเดินหายใจ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการส่องกล้องทางเดินหายใจ โดยใช้วิธีวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.78 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินฉบับสมบูรณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) ซึ่งเหมาะกับแบบทดสอบที่ให้คะแนนแบบ 0-1 (ถูก/ผิด) ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.82

3. แบบวัดความวิตกกังวล STAI Form Y-1 (The State-Trait Inventory Form Y-1) พัฒนาโดยสปิลเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1983 อ้างในดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2534) แปลเป็นภาษาไทยโดย ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2534) ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach’s alpha ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มีมติรับรองแบบเร่งรัด ตั้งแต่วันที่ 4 กันยายน 2567 ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยพบหัวหน้าพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ ณ ศูนย์ส่องกล้องชินราชา โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และการเตรียมการเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง กับผู้ป่วยส่องกล้องหลอดลม ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยกำหนดให้ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเข้ารับบริการในวันและช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อหลีกเลี่ยงการพบเจอกัน ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงโครงการ วัตถุประสงค์โครงการก่อนการเก็บข้อมูล โดยใช้คำพูดที่เป็นกลาง ไม่มีการชี้นำคำตอบ เน้นย้ำสิทธิของผู้ป่วยในการไม่ตอบ หรือยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา ไม่ว่าจะเข้าโครงการหรือไม่ จะไม่มีผลเกี่ยวข้องกับการเข้ารับการตรวจส่องกล้องหลอดลม โดยไม่กระทบต่อการรับบริการเมื่อผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมวิจัยและลงนามในใบลงนามยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัยจึงดำเนินการวิจัย ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม

2.1.1 สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

2.1.2 ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามระดับความวิตกกังวล ก่อนการส่องกล้องหลอดลม

2.1.3 ดำเนินการอธิบายข้อมูลเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลม ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคและการส่องกล้องหลอดลม ขั้นตอนการส่องกล้องหลอดลม การเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้องหลอดลม ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

2.1.4 อธิบายกำหนดการในวันนัดส่องกล้อง และมอบเอกสารเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทำการส่องกล้องตรวจหลอดลมกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำไปอ่านทบทวนที่บ้าน พร้อมทั้งให้เบอร์โทรศัพท์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถโทรมาสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหรือข้อสงสัยต่าง ๆ ได้

วันนัดส่องกล้อง

2.1.5 ผู้วิจัยตรวจวัดสัญญาณชีพ ตรวจวัดระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ตรวจสอบเอกสารและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ สอบถามเกี่ยวกับการเตรียมตัวของกลุ่มตัวอย่าง

2.1.6 ผู้วิจัยตรวจสอบความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลมของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยส่องกล้องหลอดลม

2.1.7 ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความวิตกกังวลซ้ำ

2.1.8 ผู้วิจัยทบทวนเกี่ยวกับขั้นตอนการส่องกล้องตรวจหลอดลม และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะ/หลังส่องกล้องให้กลุ่มตัวอย่างฟังพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม

2.1.9 ให้การดูแลกลุ่มตัวอย่างขณะทำและหลังทำการส่องกล้องตรวจหลอดลม

2.2 กลุ่มทดลอง

2.2.1 สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

2.2.2 ดำเนินการให้ผู้ป่วยสแกน QR Code เพื่อลงทะเบียนเข้าร่วมใน line Application “ศูนย์ส่องกล้อง BUDHos” หลังจากนั้น ผู้วิจัยอธิบายวิธีการใช้งานแอพพลิเคชันเป็นรายบุคคล โดยอธิบายการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลม ผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับ

1) ขั้นตอนการดูแล ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคและการส่องกล้องหลอดลม ขั้นตอนการส่องกล้องหลอดลม การเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้องหลอดลม ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น การตรวจสอบระบบการนัดหมาย

2) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ต้องประสบ

3) ข้อมูลที่ต้องเผชิญต่อภาวะคุกคามได้แก่ ข้อมูลลักษณะของสภาพแวดล้อม บุคลากรในห้องส่องหลอดลม ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก รวมถึงอาการที่เกิดขึ้น โดยลำดับตามเหตุการณ์จริงและการปฏิบัติตัวในการส่องกล้องหลอดลม ผ่านคลิปวีดีโอ เพื่อให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการส่องกล้องได้แก่ ความรู้เรื่องโรคและการส่องกล้องหลอดลม ขั้นตอนการส่องกล้องหลอดลม การเตรียมตัวและการเตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

3. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามระดับความวิตกกังวล ก่อนการส่องกล้องหลอดลม

4. ผู้ป่วยศึกษาแอปพลิเคชันเพิ่มเติม ซึ่งประกอบด้วย 1) กล่องการนัดหมายส่องกล้องหลอดลม 2) กล่องให้ความรู้เรื่องการส่องกล้องหลอดลมประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคและการส่องกล้องหลอดลม ขั้นตอนการ

ส่องกล้องหลอดลม การเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้องหลอดลม และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น 3) กล่องข้อมูลที่ต้องเผชิญต่อภาวะคุกคาม ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะของสภาพแวดล้อม บุคลากรในห้องส่องหลอดลม ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก รวมถึงอาการที่เกิดขึ้น โดยลำดับตามเหตุการณ์จริงและการปฏิบัติตัวในการส่องกล้องหลอดลม ผ่านคลิปวิดีโอ 4) กล่องประเมินความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลม และประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย ส่องกล้องหลอดลม

5. ผู้วิจัยติดตามผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผ่านสื่อแอปพลิเคชัน ผ่านทางโทรศัพท์ ก่อนการเข้าตรวจ 2 ครั้งคือ ก่อนวันนัด 1 สัปดาห์ และก่อนวันนัด 2 วัน

วันนัดส่องกล้อง

6. ผู้วิจัยตรวจวัดสัญญาณชีพ ตรวจวัดระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ตรวจสอบเอกสารและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ สอบถามเกี่ยวกับการเตรียมตัวของกลุ่มตัวอย่าง

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลมของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยส่องกล้องหลอดลม

8. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความวิตกกังวลซ้ำ

9. ผู้วิจัยทบทวนเกี่ยวกับขั้นตอนการส่องกล้องตรวจหลอดลม และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ขณะ/ หลังส่องกล้องให้กลุ่มตัวอย่างฟังพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม

10. ให้การดูแลกลุ่มตัวอย่างขณะทำและหลังทำการส่องกล้องตรวจหลอดลม

11. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรม SPSS

2. เปรียบเทียบความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตรวจสอบความเป็นปกติของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test และ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า คะแนนความพร้อมทั้ง 2 ด้าน ไม่เป็นการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้ สถิติ Mann-Whitney U Test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมระหว่าง 2 กลุ่ม

3. เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลม ตรวจสอบความเป็นปกติของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นจึงใช้สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลม ในกลุ่มทดลอง

4. เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลหลังการได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตรวจสอบความเป็นปกติของคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองด้วย Shapiro-Wilk test พบว่า กลุ่มทดลองข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ กลุ่มควบคุมข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ ดังนั้นในการเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุม (ก่อน–หลัง) จึงใช้ Wilcoxon Signed-Rank Test ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงใช้ Mann-Whitney U Test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนเริ่มทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก HREC.No. 109/2567 ลงวันที่ 4 กันยายน 2567 และดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ความเสี่ยง และวิธีดำเนินการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามเพื่อทำความเข้าใจได้ตลอดเวลา มีอิสระในการตัดสินใจ และสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานหรือการตรวจรักษา

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิในการรักษาพยาบาล ประสบการณ์ในการส่องกล้อง ดังแสดงในตารางที่ 1 (n=60)

ข้อมูลผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (n =30)		กลุ่มควบคุม (n =30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					*0.601*[b]
ชาย	14	23.3	11	18.3	
หญิง	16	26.7	19	31.7	
อายุ (ปี)					*0.054*[a]
18 - 40	2	3.3	2	3.3	
41 – 60	9	15.0	8	13.3	
> 60	19	31.7	20	33.3	
กลุ่มทดลอง Mean=61.8, S.D.=12.6, Max=82, Min=32 กลุ่มควบคุม Mean=63.4, S.D.= 9.92, Max=80, Min=40					
ระดับการศึกษา					*0.236*[a]
ไม่ได้รับการศึกษา	2	3.3	4	6.8	
ประถมศึกษา	9	15.0	14	23.3	
มัธยมศึกษา	7	11.7	8	13.3	
ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา	3	5.0	2	3.3	
ปริญญาตรี	7	11.7	2	3.3	
สูงกว่าปริญญาตรี	2	3.3	0	0	
อาชีพปัจจุบัน					*0.006*[*b]
ไม่ได้ทำงาน	5	8.3	12	20.0	
รับจ้างทั่วไป	3	5.0	10	16.7	
เกษตรกรรม	5	8.3	2	3.3	
ค้าขาย / ทำธุรกิจ	7	11.7	4	6.7	
ข้าราชการบำนาญ	10	16.7	2	3.3	
สิทธิในการรักษาพยาบาล					*0.271*[a]
จ่ายเอง	2	3.3	0	0	
บัตรทอง	19	31.7	24	40.0	
ประกันสังคม	1	1.7	2	3.3	
เบิกจากต้นสังกัด (รัฐบาล/ รัฐวิสาหกิจ/ เอกชน)	8	13.3	4	6.7	

หมายเหตุ : [a]ทดสอบด้วย Chi square test, [b]ทดสอบด้วย Fisher's Exact test, $^{*}p < 0.05$

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทางประชากรศาสตร์ ใกล้เคียงกันในหลายด้าน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสิทธิในการรักษาพยาบาล โดย ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > 0.05$ ซึ่งแสดงว่าเป็นกลุ่มที่สามารถเปรียบเทียบผลการทดลองได้อย่างเหมาะสม ยกเว้นเพียงตัวแปรเดียว คือ อาชีพ ที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$)

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม (n=30)			กลุ่มทดลอง (n=30)			U	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
ความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลม	12.0	1.19	สูง	14.4	0.50	สูง	18.0	< .001*
ความพร้อมด้านความรู้	6.53	1.04		8.40	0.50			< .001*
ความพร้อมด้านร่างกาย	5.43	0.57		6.00	0.00			< .001*

หมายเหตุ : * ทดสอบด้วย Mann-Whitney U Test, $p < 0.05$

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ มีค่าเฉลี่ยความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ มีค่าเฉลี่ยความพร้อมด้านความรู้ และด้านร่างกายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตาราง 3 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมฯ

ความวิตกกังวล	ก่อนการทดลอง (n = 30)			หลังการทดลอง (n = 30)			t	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	51.6	3.47	ปานกลาง	36.1	2.26	ต่ำ	20.25	< .001
กลุ่มควบคุม	47.3	7.99	ปานกลาง	47.3	8.11	ปานกลาง	0.59	.953

หมายเหตุ : ทดสอบด้วย Paired t-test, $p < 0.05$

จากตาราง 3 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ค่าเฉลี่ยลดลงเหลือระดับต่ำ ระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางไม่มีความแตกต่างกัน

อภิปรายผล

1. ความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลม พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลมผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ มีความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลมโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ผลของโปรแกรมมีความชัดเจนในด้านความพร้อมด้านความรู้ โดยการใช้สื่อแอปพลิเคชันไลน์ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน ได้ง่าย สามารถทบทวนซ้ำได้ตลอดเวลาตามความต้องการของแต่ละบุคคล ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการส่องกล้องและการเตรียมตัวที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อความพร้อมด้านร่างกาย ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีผลความพร้อมด้านร่างกายในระดับ 100% ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องครบถ้วนตามคำแนะนำ ส่งผลให้สามารถเข้ารับการส่องกล้องได้ตามกำหนดและมีความพร้อมสูงสุด การที่โปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ส่งผลต่อความพร้อมของผู้ป่วยเช่นนี้ สามารถอภิปรายเชื่อมโยงกับทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง (Self-Regulatory Model) ของ Leventhal และ Johnson (1983) กล่าวว่า การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและ เข้าใจง่ายผ่านสื่อดิจิทัลช่วยให้ผู้ป่วยสร้างภาพแทนของภัยคุกคาม (Representation of Health Threat) จากการส่องกล้องหลอดลมได้อย่างถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นและขั้นตอนการเตรียมตัวแล้ว จะเกิดการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม (coping response) ไปในทางที่ถูกต้อง เช่น การงดอาหารและน้ำตามเวลาที่กำหนดซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในด้านความพร้อม นอกจากนี้ผลการศึกษาในส่วนนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุวดี ประเสริฐ และ รัชนี นามจันทรา (2566) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์และพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความร่วมมือในการส่องกล้องหลอดลมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงความพร้อมของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นจากการได้รับโปรแกรม และยังพบว่ากลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาในการส่องกล้องสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05)

2. ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องหลอดลม พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมให้ข้อมูลกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลในระดับต่ำ ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการพยาบาลตามปกติ (p < .05) ซึ่งผลลัพธ์เหล่านี้สนับสนุนอย่างชัดเจนว่าการใช้สื่อดิจิทัลสามารถเพิ่มความพร้อมและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ดีกว่าการดูแลแบบปกติ โดยกลุ่มควบคุมอาจได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอหรือไม่ชัดเจนจากการพยาบาลตามปกติ ทำให้ขาดความเข้าใจในขั้นตอนการเตรียมตัวที่สำคัญจนเกิดการตอบสนองต่ออารมณ์เพิ่มขึ้น ทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีการปรับตัวของตนเองที่ระบุว่าความกลัวหรือความวิตกกังวลของบุคคลจะลดลงเมื่อได้รับข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับภัยคุกคาม และสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนได้ (Leventhal & Johnson, 1983) สอดคล้องกับผลของโปรแกรมที่ใช้ในงานวิจัยนี้และผลการวิจัยนี้สอดคล้องผลการศึกษาของ พจนา หลุยเจริญ และคณะ (2561) ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับต่ำ ความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง และความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p < 0.001) สรุปได้ว่าการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยก่อนส่องตรวจหลอดลม ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจหลอดลมแบบผู้ป่วยนอกได้

โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องหลอดลมผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ ในวิจัยนี้ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมตัว (cognitive representation) มีข้อมูลมากพอในการประเมินอาการและวางแผนการรับมือ (coping strategies) และสามารถประเมินผลลัพธ์ของการกระทำได้ด้วยตนเอง (appraisal) จึงส่งผลต่อความพร้อมด้านความรู้และด้านร่างกาย ทั้งยังช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์สามารถช่วยเพิ่มความพร้อมและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนส่องกล้องหลอดลมได้อย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยบริการจึงสามารถพิจารณานำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนหรือส่งเสริมกระบวนการเตรียมผู้ป่วยร่วมกับวิธีการเดิม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกและเข้าใจง่ายยิ่งขึ้น ทั้งนี้การใช้งานจริงควรพิจารณาความพร้อมด้านงบประมาณ บุคลากร การอบรมผู้ใช้ และความคุ้มค่าเชิงระบบ ก่อนขยายผลไปใช้ในการจัดบริการเพื่อเชื่อมโยงในระดับเขตสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาและทดสอบเครื่องมือให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านการออกแบบ เช่น การใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ เสียงบรรยาย หรือสื่อรูปภาพมากกว่าข้อความ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความเข้าใจของกลุ่มเป้าหมายที่มีข้อจำกัดด้านการมองเห็นหรือการใช้เทคโนโลยี

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของแพลตฟอร์มอื่น ๆ ที่หลากหลาย เช่น สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเชื่อมโยงข้อมูลผ่านรหัสบาร์โค้ด 2 มิติผ่านสมาร์ตโฟนหรือการประชุมทางวิดีโอออนไลน์เพื่อวิเคราะห์ความเหมาะสมในการสื่อสารกับประชากรแต่ละกลุ่ม และเลือกช่องทางที่ตอบสนองต่อความสามารถในการใช้งานของผู้ป่วยได้ดีที่สุด

3. ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูล หรือการเตรียมความพร้อมในหัตถการอื่น ๆ ที่มีความซับซ้อนเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์. (2566). *สถิติโรคมะเร็งของประเทศไทย 2566*. https://www.nci.go.th/th/Factsheet/Cancer_in_Thailand_2566.pdf

กรมควบคุมโรค. (2565). *สถานการณ์วัณโรคในประเทศไทย 2565*. กระทรวงสาธารณสุข. https://www.ddc.moph.go.th/uploads/files/2301920220125094025.pdf

จริยา เลาหวิช, สไบทิพย์ จูฑะกาญจน์, และเบญจา ทิพราช. (2560). ผลของการให้ข้อมูลความรู้การเตรียมตัวส่องกล้องตรวจหลอดลมในรูปแบบวีดิทัศน์ต่อความวิตกกังวลของผู้รับบริการส่องกล้องตรวจหลอดลม. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 23*(2), 195-207.

ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2534). *การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/CU.the.1992.54

พจนา หลุยเจริญ, รัศมี น้อมศาสน์, และทวีศักดิ์ จิตรเย็น. (2561). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยก่อนส่องกล้องตรวจหลอดลมต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยในสถาบันโรคทรวงอก. *วารสารกรมการแพทย์, 43*(1), 85–89.

ยุวดี ประเสริฐ. (2565). *ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ต่อความวิตกกังวล พฤติกรรมความร่วมมือ และระยะเวลาในการตรวจของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องหลอดลม* [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรังสิต].

ยุวดี ประเสริฐ, และรัชนี นามจันทรา. (2566). ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ต่อความวิตกกังวล พฤติกรรมความร่วมมือ และระยะเวลาในการตรวจของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องหลอดลม. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 34*(1), 57–73.

ลาวรรณ สรสิทธิ์รุ่งสกุล. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องหลอดลม. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 13*(1), 1-14.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155-159. https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155

Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Consulting Psychologists Press.

Leventhal, H., & Johnson, J. E. (1983). *Laboratory and Field Experiment of a Theory of Self-Regulation in Behavioral Science and Nursing*. C.V. Mosby.

World Health Organization. (2023). *Global Cancer Observatory: Lung Cancer Fact Sheet*. https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancer/fact-sheets-cancers.

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569, 71 - 85
Nursing, Health, and Public Health Journal
Vol. 5 No. 1, January - April 2026 71 - 85

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Development of unofficial-time nursing supervision model in Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

จิตติมา ภูริทัตกุล*, รุ่งทิพย์ โตอิน, สุวรรณี คุ้มอินทร์ และ ฐิติรัตน์ ลิ้มสินทวีคุณ
Chittima Phhuritatkul*, Rungthip Toin, Suwannee Kumin, and Titirat Limsinthaveekhun
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก
Nursing Organization, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, Phitsanulok
***ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: Chittima.phu@gmail.com**

(Received: August 17,2025; Revised: February 13, 2026; Accepted: April 7, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยแบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์ปัญหา 2) พัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ และ 3) นำรูปแบบฯ ไปใช้และประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ พยาบาลหัวหน้าทีมจำนวน 120 คนและพยาบาลวิชาชีพจำนวน 200 คน ที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการในกลุ่มงานดังนี้ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก และสูติ-นรีเวชกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลด้วยการทดสอบ paired t-test และ chi-square

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การให้ความรู้โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) การปฏิบัติตามมาตรฐาน เป็นการนิเทศการปฏิบัติงานการพยาบาล และ 3) ด้านการสนับสนุนและให้กำลังใจ ผลลัพธ์การพัฒนาพบว่า ความรู้การนิเทศทางการพยาบาลของพยาบาลหัวหน้าทีมหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ ความพึงพอใจของพยาบาลหัวหน้าทีมต่อการใช้รูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศของพยาบาลหัวหน้าทีมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติฯ พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ มีการปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม และการบริหารยา เพิ่มขึ้น และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ การพลัดตกหกล้มและการบริหารยาคลาดเคลื่อนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ดังนั้นรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ ที่มุ่งเน้นพัฒนาให้พยาบาลหัวหน้าทีมสามารถนิเทศการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้รับการนิเทศสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาบริการที่มีคุณภาพ

คำสำคัญ: การนิเทศทางการพยาบาล นอกเวลาราชการ คุณภาพทางการพยาบาล

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the implementation of an after-hours nursing supervision model at Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. The research was divided into three phases: 1) problem analysis, 2) development of the after-hours nursing supervision model, and 3) implementation and outcome evaluation of the model. The sample consisted of registered nurses divided into two groups: 120 team leader nurses and 200 registered nurses working after-hours in the following departments: medical intensive care, surgical, pediatric, orthopedic, and obstetrics-gynecology. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Data comparisons were conducted using a paired t-test and a Chi-square test.

The results revealed that the developed model comprised three components: 1) knowledge provision through training workshops, 2) standard practice adherence via nursing performance supervision, and 3) support and encouragement. The development outcomes showed that the team leader nurses' knowledge of nursing supervision significantly increased after implementing the model. The team leader nurses' overall satisfaction with the model was at a high level, and the registered nurses' overall satisfaction with the team leaders' supervision was at the highest level. Regarding adherence to practice guidelines, the findings indicated that after implementing the model, practices for preventing pressure ulcers, falls, and medication administration improved. Concurrently, the incidence of pressure ulcers, falls, and medication errors decreased with statistical significance (p-value < 0.05).

The recommendation for implementing the research findings is that this after-hours nursing supervision model should be utilized to empower team leader nurses to provide appropriate supervision. This enables the supervisees to perform nursing practices efficiently, ultimately leading to the continuous development of high-quality nursing services.

Keyword: nursing supervision, unofficial-time, quality nursing care

บทนำ

การพยาบาลเป็นงานที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยจะต้องมีกลไกที่สำคัญคือการกำกับดูแลการปฏิบัติงานโดยการนิเทศทางการพยาบาล การนิเทศทางการพยาบาลถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลให้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ โดยช่วยส่งเสริมการพัฒนาทักษะ การแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการควบคุมกำกับและการประเมินผลงานของบุคลากรให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพตามเป้าหมายขององค์กร (สภาการพยาบาล, 2562; อรรถยา อมรพรหมภักดี และคณะ, 2563) ในบริบทของระบบสาธารณสุขไทย ซึ่งเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในขณะที่มีผู้รับบริการจำนวนเพิ่มมากขึ้น การนิเทศไม่เพียงช่วยลดข้อผิดพลาดทางการพยาบาล แต่ยังเพิ่มความพึงพอใจของพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิก ดังนั้น การนิเทศจึงเป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนโรงพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (พรพรรณ รัตนไพศาล, 2563; วัชรีย์ แสงมณี และคณะ, 2565)

การนิเทศทางการพยาบาลแบ่งได้เป็นในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ เนื่องจากการบริการพยาบาลเป็นการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง จึงได้มีการแบ่งการนิเทศทางการพยาบาลเป็นการนิเทศในเวลาราชการโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและนอกเวลาราชการโดยผู้ตรวจการพยาบาล ซึ่งการนิเทศในเวลาราชการมักนิเทศโดยผู้บริหารหรือหัวหน้างานตรวจสอบการปฏิบัติงาน การบันทึกข้อมูล และการประเมินผลลัพธ์ทันที ซึ่งช่วย

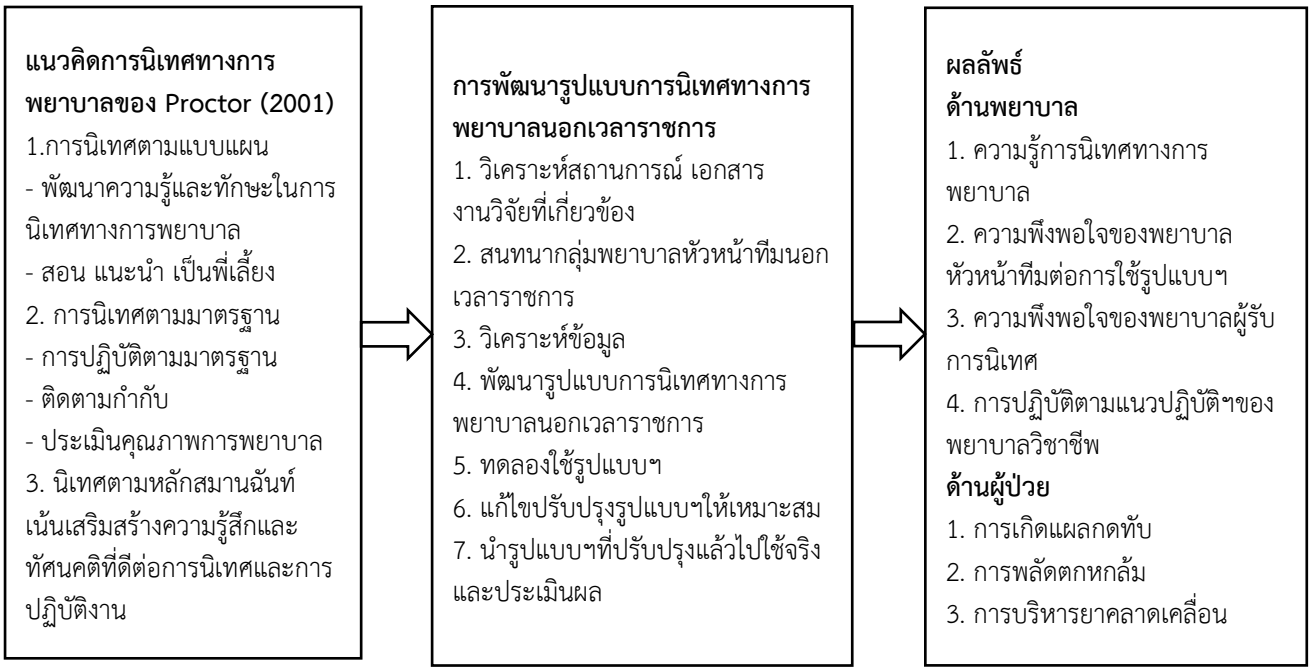
แก้ปัญหาได้รวดเร็ว ส่วนการนิเทศนอกเวลาราชการมักถูกจำกัดด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรและเวลา ซึ่งระบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการมีความสำคัญต่อองค์กรเป็นอย่างมาก ผู้นิเทศคือผู้ตรวจการพยาบาลเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานให้ความช่วยเหลือพยาบาลที่ยังมีประสบการณ์น้อยเพื่อให้สามารถปฏิบัติบทบาทของวิชาชีพพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากในช่วงนอกเวลาราชการมักเกิดปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ผู้นิเทศงานการพยาบาลนอกเวลาราชการจึงมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษา ช่วยแก้ปัญหาต่างๆในกรณีที่พยาบาลประจำการไม่สามารถแก้ปัญหาได้ การบริหารอัตรากำลัง (ธนพร แย้มสุดา และขันธ์แก้ว ลักขณานุกูล, 2564) รวมทั้งเพื่อให้มีการประสานงานของทีมสุขภาพทั้งภายในและภายนอกองค์กรเป็นไปตามเป้าหมายและต่อเนื่อง เพื่อให้ทีมการพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานการพยาบาลได้อย่างเต็มศักยภาพ (ประพิมพรรณ เกรียงวัฒนศิริ, 2563)

ระบบการนิเทศทางการพยาบาลของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นระบบการนิเทศทางการพยาบาลแบบไม่ได้มีโครงสร้างผู้ตรวจการพยาบาลโดยตำแหน่ง การนิเทศในเวลาโดยหัวหน้าหอดำเนินการนิเทศงานในหน่วยงานของตนเอง ส่วนนอกเวลาราชการมีการจัดเวรพยาบาลวิชาชีพอาวุโสในแต่ละหน่วยงานมาเป็นผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ รับผิดชอบดูแลหอผู้ป่วยและหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งหมดในโรงพยาบาล โดยมีบทบาทหน้าที่คือบริหารงานแทนหัวหน้าพยาบาล นิเทศและให้คำปรึกษาแก่บุคลากรทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล ประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ตัดสินใจและสั่งการกรณีมีเหตุการณ์เร่งด่วน ฉุกเฉิน จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ามีปัญหาในเรื่องของผู้ตรวจการพยาบาลการขาดความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางในงานที่ไม่ใช่สาขาของตนเอง ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนได้ตรงประเด็น ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการขาดความมั่นใจ จึงส่งผลให้ผู้รับการนิเทศขาดความไว้วางใจและความน่าเชื่อถือ มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ในปีพ.ศ. 2563 จึงได้มีการปรับรูปแบบนิเทศทางการพยาบาลใหม่โดยยกเลิกระบบเดิมไม่มีเวรผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ และใช้การนิเทศการพยาบาลโดยใช้พยาบาลที่ขึ้นเวรเป็นพยาบาลหัวหน้าทีม (chief nurse) มีหน้าที่นิเทศการพยาบาลนอกเวลาราชการของหน่วยงานตนเอง ซึ่งมีข้อดีคือพยาบาลหัวหน้าทีมผู้นิเทศมีความรู้และความชำนาญเฉพาะทางในงานที่นิเทศ แต่ยังพบปัญหาไม่มีรูปแบบนิเทศที่ชัดเจน เนื่องจากผู้ตรวจการบางคนไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการนิเทศทางการพยาบาลมาก่อน จึงทำให้ไม่เข้าใจหลักการและประเด็นการนิเทศ ขาดทักษะการนิเทศ การขาดแบบแผนการนิเทศที่ชัดเจนและเป็นระบบ ซึ่งทำให้การปฏิบัติการนิเทศในแต่ละเวรไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ขาดการวางแผนและหลักเกณฑ์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน จากปัญหาและข้อจำกัดข้างต้น การนิเทศทางการพยาบาลในระบบเดิมจึงยังไม่สามารถตอบโจทย์การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติพยาบาลอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะการนิเทศนอกเวลาราชการ ซึ่งยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางที่ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ต้องมีการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลใหม่ ซึ่งการนิเทศการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ผู้ตรวจการพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการนิเทศทางการพยาบาล ความรู้ในประเด็นการนิเทศในมิติคุณภาพเรื่องความปลอดภัย และความเสี่ยงต่าง ๆ รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ ซึ่งจะส่งผลให้ผลลัพธ์ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ให้เหมาะกับบริบทสภาพการณ์ปัจจุบันเพื่อให้การนิเทศของพยาบาลหัวหน้าทีมนอกเวลาราชการมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีแก่ผู้ป่วยและส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายที่สำคัญทางการพยาบาลและการพัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ ของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการที่เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ ด้านความรู้ ความพึงพอใจของพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของ Proctor (2001) ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2566 ถึง เดือนเมษายน 2567 ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 (Research 1 (R1); 1-31 สิงหาคม 2566) วิเคราะห์สถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ ของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้เป็นพยาบาลหัวหน้าทีมนอกเวลาราชการ จำนวน 12 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ จำนวน 12 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม สูติ-นรีเวชกรรม และศัลยกรรมกระดูก กลุ่มงานละ 4 คน โดยเป็นหัวหน้าทีม 2 คนและพยาบาลปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ 2 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

กลุ่มพยาบาลหัวหน้าทีมนอกเวลาราชการ ดังนี้

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพอายุงานมากกว่า 5 ปี และได้รับมอบหมายให้เป็นพยาบาลหัวหน้าทีม
2. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการ
2. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

พยาบาลหัวหน้าทีมนอกเวลาราชการและพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

1. ไม่สามารถขึ้นเวรนอกเวลาราชการได้ระหว่างศึกษาวิจัย
2. ลาออกหรือย้ายหน่วยงานระหว่างศึกษาวิจัย
3. ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แนวคำถามแบบไม่มีโครงสร้าง ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ ดังนี้ 1) ท่านคิดว่าสถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลของพยาบาลหัวหน้าทีมนอกเวลาราชการเป็นอย่างไร 2) ท่านพบปัญหาและอุปสรรคในการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการอย่างไรบ้าง 3) ท่านต้องการพัฒนาการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการอย่างไรบ้าง

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้บริหารระดับสูง 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญการบริหารการพยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 1 และปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับหนังสือการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ ของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่ผ่านมา โดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มละ 60-90 นาที การสนทนาได้รับการบันทึกเสียงและถอดความแบบคำต่อคำ ภายหลังการสนทนาผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญให้ผู้เข้าร่วมตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 (Development 1,2 (D1,2) & Research 2 (R2) ; 1-30 กันยายน 2566) พัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประกอบด้วย

1. นำผลการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวคิดของ Proctor 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการให้ความรู้ (formation) 2) ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐาน (normative) และ 3) ด้านการสนับสนุนและให้กำลังใจ (restorative) มาพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ (ฉบับร่าง) (D1)
2. นำ (ร่าง) รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ ไปตรวจสอบคุณภาพโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 1 และนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข
3. นำ (ร่าง) รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการไปทดลองใช้ (R2) โดยใช้กับพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 10 คน ใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นนำปัญหาอุปสรรคจากการทดลองใช้รูปแบบมาปรับปรุงแก้ไข (D2) ก่อนนำไปใช้ในระยะที่ 3 ต่อไป

ระยะที่ 3 (Research 3 (R3) ; 1 ตุลาคม 2566 – 31 มีนาคม 2567) นำรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกไปใช้และประเมินผล เป็นการทดลองแบบ one group pretest-posttest design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 มีนาคม 2567 จำนวน 988 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ได้แก่ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม สูติ-นรีเวชกรรม และศัลยกรรมกระดูก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยใช้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม 5% แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้เป็นพยาบาลหัวหน้าทีมนอกเวลาราชการ จำนวน 120 คน โดยคัดเลือกจากกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 36 คน อายุรกรรม จำนวน 30 คน ศัลยกรรม จำนวน 26 คน กุมารเวชกรรม จำนวน 8 คน สูติ-นรีเวชกรรม จำนวน 9 คน และศัลยกรรมกระดูก จำนวน 11 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ จำนวน 200 คนโดยคัดเลือกจากกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 59 คน อายุรกรรมจำนวน 45 คน ศัลยกรรมจำนวน 33 คน กุมารเวชกรรมจำนวน 14 คน สูติ-นรีเวชกรรม จำนวน 21 คน และศัลยกรรมกระดูก จำนวน 28 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

กลุ่มพยาบาลหัวหน้าทีมนอกเวลาราชการ ดังนี้

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพอายุงานมากกว่า 5 ปี และได้รับมอบหมายให้เป็นพยาบาลหัวหน้าทีม
2. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการ
2. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

พยาบาลหัวหน้าทีมนอกเวลาราชการและพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

1. ไม่สามารถขึ้นเวรนอกเวลาราชการได้ระหว่างศึกษาวิจัย
2. ลาออกหรือย้ายหน่วยงานระหว่างศึกษาวิจัย
3. ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการนิเทศนอกเวลาราชการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประกอบด้วย โครงการอบรมการพัฒนาการนิเทศทางการพยาบาล แนวทางการนิเทศทางการพยาบาล คู่มือการนิเทศ แนวปฏิบัติการพยาบาลได้แก่ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การป้องกันการพลัดตกหกล้มและการบริหารยา และแบบบันทึกการนิเทศทางการพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลหัวหน้าทีมนอกเวลาราชการ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลหัวหน้าทีมนอกเวลาราชการ

2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน

2.3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 20 ข้อ เป็นปรนัยแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน การแปลคะแนน แบ่งความรู้เป็น 3 ระดับ กำหนดเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน 16-20 หมายถึง ระดับสูง
คะแนน 12-15 หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนน 0-11 หมายถึง ในระดับน้อย

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลหัวหน้าทีมต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์ค่าน้ำหนักคะแนนของตัวเลือกแบบประเมินเป็น 5 ระดับดังนี้ คะแนน 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด คะแนน 4 หมายถึง พึงพอใจมาก คะแนน 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย คะแนน 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจที่คำนวณได้ กำหนดเกณฑ์ ดังนี้

4.50-5.00 หมายถึง มากที่สุด
3.50-4.49 หมายถึง มาก
2.50-3.49 หมายถึง ปานกลาง
1.50-2.49 หมายถึง น้อย
1.00-1.59 หมายถึง น้อยที่สุด

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการต่อกิจกรรมการนิเทศของพยาบาลหัวหน้าทีมหลังใช้รูปแบบฯ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์ค่าน้ำหนักคะแนนของตัวเลือกแบบประเมินเป็น 5 ระดับดังนี้ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 4 หมายถึง พึงพอใจมาก 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย และ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจที่คำนวณได้ กำหนดเกณฑ์ ดังนี้

4.50-5.00 หมายถึง มากที่สุด
3.50-4.49 หมายถึง มาก
2.50-3.49 หมายถึง ปานกลาง
1.50-2.49 หมายถึง น้อย
1.00-1.59 หมายถึง น้อยที่สุด

2.6 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ได้แก่ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ จำนวน 10 ข้อ การป้องกันการพลัดตกหกล้มจำนวน 10 ข้อ และการบริหารยาจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ปฏิบัติให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน การแปลผลค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติ กำหนดเกณฑ์ คือ คะแนนเท่ากับ 10 หมายถึง ปฏิบัติ คะแนนน้อยกว่า 10 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ

2.7 แบบบันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาล ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม และการบริหารยาคลาดเคลื่อน เป็นข้อมูลจากระบบรายงานของโรงพยาบาล

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้บริหารระดับสูง 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญการบริหารการพยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลหัวหน้าทีมต่อการใช้รูปแบบ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการต่อกิจกรรมการนิเทศของพยาบาลหัวหน้าทีมหลังใช้รูปแบบฯ และแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 0.98 0.96 และ 0.92 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาลและแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ได้ค่าความเที่ยง (KR-20) เท่ากับ 0.78 และ 0.82 ตามลำดับ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลหัวหน้าทีมต่อการใช้รูปแบบและแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการต่อกิจกรรมการนิเทศของพยาบาลหัวหน้าทีมหลังใช้รูปแบบฯ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80 และ 0.84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลหัวหน้าทีมนอกเวลาราชการ 2) ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ 3) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาล 4) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และ 5) แบบบันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาล ก่อนใช้รูปแบบการนิเทศนอกเวลาราชการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

3. ดำเนินการอบรมการพัฒนาการนิเทศทางการพยาบาล แนวทางการนิเทศทางการพยาบาล แจกคู่มือการนิเทศแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การป้องกันการพลัดตกหกล้มและการบริหารยาและแบบบันทึกการนิเทศทางการพยาบาล ให้กับพยาบาลหัวหน้าทีมนอกเวลาราชการที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

4. ให้พยาบาลหัวหน้าทีมนอกเวลาราชการกลุ่มตัวอย่างดำเนินการตามรูปแบบการนิเทศนอกเวลาราชการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นระยะเวลา 3 เดือน

5. เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการตามรูปแบบการนิเทศนอกเวลาราชการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล (posttest) 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลหัวหน้าทีมนอกเวลาราชการ 2) ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ 3) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาล 4) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล 5) ความพึงพอใจของพยาบาลหัวหน้าทีมต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ 6) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการต่อกิจกรรมการนิเทศของพยาบาลหัวหน้าทีมหลังใช้รูปแบบฯ และ 7) แบบบันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาล ก่อนใช้รูปแบบการนิเทศนอกเวลาราชการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลหัวหน้าทีมและคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลผู้รับการนิเทศ หลังการใช้รูปแบบฯด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความรู้การนิเทศทางการพยาบาล และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบการเกิดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ การพลัดตกหกล้มและการบริหารยาคลาดเคลื่อน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก HREC No. 113/2566 ตั้งแต่วันที่ 4 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 3 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัว ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยและสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะนำมาใส่รหัสข้อมูลและไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย โดยผู้วิจัยจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ ของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่ผ่านมา ทบทวนรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการที่มีอยู่เดิมรวมทั้งปัญหาด้านการนิเทศทางคลินิก ผลการวิจัยพบว่า

ประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ คือ

1. ด้านผู้นิเทศ พบว่า ผู้นิเทศขาดความรู้ ความเข้าใจในการนิเทศทางการพยาบาล ส่วนใหญ่ยังไม่เคยมีอบรมการนิเทศอย่างจริงจัง ได้รับการสอนและคำแนะนำแบบรุ่นพี่สอนรุ่นน้อง ทักษะและประสบการณ์ในการนิเทศทางการพยาบาลมีน้อย ขาดความพร้อมในการเป็นผู้นิเทศ ขาดการนิเทศที่เป็นระบบ ไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของตนเอง ภาระงานประจำมากไม่มีเวลานิเทศ บางครั้งตั้งใจจะนิเทศแต่ต้องไปช่วยงานใน ward ก่อน การนิเทศก็เลยไม่ต่อเนื่อง การนิเทศขาดเป้าหมายที่ชัดเจน ไม่แน่ใจว่าควรนิเทศเรื่องอะไรบ้าง ไม่มีแผนการนิเทศหรือหัวข้อที่ต้องนิเทศที่ชัดเจน

2. ด้านผู้รับการนิเทศ พบว่า ไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของการนิเทศ คิดว่าการนิเทศเป็นการจับผิดการปฏิบัติงาน รู้สึกถูกจับผิดมากกว่าการสอนอย่างเข้าใจ ทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศไม่ดีเท่าที่ควร เกิดบรรยากาศในการทำงานไม่น่าทำงาน การนิเทศทำให้เสียเวลาในการทำงาน ไม่เชื่อถือในความสามารถของผู้นิเทศ รู้สึกไม่เกิดขวัญกำลังใจ รู้สึกไม่ปลอดภัยในการทำงาน

3. ด้านกระบวนการนิเทศนอกเวลา พบว่า ไม่มีรูปแบบและแนวทางการนิเทศนอกเวลาอย่างชัดเจน ขาดการนิเทศอย่างเป็นระบบ ส่วนมากผู้นิเทศจะตรวจหาข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงานมากกว่าการสอนงาน ขาดการวางแผนการนิเทศ และการติดตามประเมินผลอยางต่อเนื่อง

ความต้องการพัฒนาการนิเทศทางการพยาบาล มีดังนี้

1. ความรู้ในเรื่องการนิเทศทางการพยาบาล ผู้นิเทศควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับหลักการนิเทศ เทคนิคการให้ feedback และ ทักษะการสื่อสารแบบสร้างสรรค์

2. วิธีการนิเทศให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน คำนึงถึงภาระงานของผู้ถูกนิเทศและผู้นิเทศ ไม่ให้เพิ่มภาระเกินไป

3. กำหนดคุณสมบัติของผู้นิเทศทางการพยาบาล กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้นิเทศนอกเวลาราชการให้ชัดเจน

4. แบบบันทึกและคู่มือการนิเทศทางการพยาบาล หรือแนวทางที่ช่วยให้การนิเทศมีทิศทาง มีแผนการนิเทศทางการพยาบาลอย่างชัดเจนและมีแนวปฏิบัติการนิเทศให้เป็นแนวทางเดียวกัน ใช้เทคโนโลยีสนับสนุน เช่น QR code หรือ Google Form

5. การสร้างบรรยากาศการนิเทศทางการพยาบาลแบบช่วยเหลือกัน สร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ส่งเสริมให้ผู้รับการนิเทศมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน เน้นความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจ (trust) และการเคารพซึ่งกันและกัน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และนำไปทดลองใช้ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ด้านการให้ความรู้ (formative clinical supervision) โดยการจัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาการนิเทศทางการพยาบาล

2. ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐาน (normative clinical supervision) เป็นการนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการให้พยาบาล ตรวจสอบการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติต่างๆ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่พยาบาลหัวหน้าทีมดังนี้

2.1 นิเทศทางการพยาบาล ติดตามงานที่มอบหมายให้ทีมปฏิบัติตามแผนการพยาบาล

2.2 บริหารอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลให้เพียงพอและเหมาะสมกับภาระงาน

2.3 รับผิดชอบการรายงานอุบัติการณ์และแก้ไขปัญหา บริหารจัดการความเสี่ยง

2.4 ประสานงานการดูแลผู้ป่วยกับสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.5 เป็นที่ปรึกษาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในเวรร่วมกับทีมการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ

2.6. สรุปผลการนิเทศตามแบบบันทึกการนิเทศ

3. ด้านการสนับสนุนและให้กำลังใจ (restorative Clinical Supervision) เป็นการนิเทศที่ให้ผู้นิเทศเสริมสร้างให้กำลังใจผู้รับการนิเทศ เน้นการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศ สอน และให้คำแนะนำแบบพี่สอนน้อง แสดงความเห็นอกเห็นใจรับฟังปัญหาในการทำงาน ลดความเครียดและความเหนื่อยล้า

ระยะที่ 3 นำรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ไปใช้และประเมินผลลัพธ์ ผลการวิจัยพบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1.1 กลุ่มตัวอย่างที่ 1 คือ กลุ่มพยาบาลหัวหน้าทีม จำนวน 120 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.83 อายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 47.5 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.33 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 30 โดยมีประสบการณ์การเป็นพยาบาลหัวหน้าทีมอยู่ระหว่าง 10-15 ปี ร้อยละ 40.83 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมนิเทศทางการพยาบาลร้อยละ 54.17

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ 2 คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 200 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.5 มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มากที่สุดร้อยละ 32.5 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 98.5 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 29.5 ระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 29.5

2. ความรู้เรื่องการนิเทศทางการพยาบาลของพยาบาลหัวหน้าทีมหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ตาราง 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบความรู้เรื่องการนิเทศทางการพยาบาลของพยาบาลหัวหน้าทีม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ (n=120 คน)

รายการ	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			p-value[a]
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ	
ความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาล	12.23	2.59	ปานกลาง	16.25	2.02	สูง	<.001

[a] t-test

3. ความพึงพอใจของพยาบาลหัวหน้าทีมต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก แต่ละด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดในด้านการให้ความรู้ (Mean = 4.56, S.D. = 0.18) (ตาราง 2)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของพยาบาลหัวหน้าทีมต่อการใช้รูปแบบฯ (n=120 คน)

รายการ	ความพึงพอใจ		ระดับ
	Mean	S.D.	
ด้านการให้ความรู้	4.56	0.18	มากที่สุด
ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐาน	4.17	0.41	มาก
ด้านการสนับสนุนและให้กำลังใจ	4.32	0.31	มาก
โดยรวม	4.62	0.22	มากที่สุด

4. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาราชการต่อกิจกรรมการนิเทศของพยาบาลหัวหน้าทีม แต่ละด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดในด้านพยาบาลหัวหน้าทีมได้ช่วยเหลือแนะนำแนวทางแก้ไข (Mean = 4.56, S.D. = 0.96) และในด้านพยาบาลหัวหน้าทีมช่วยให้ท่านรู้สึกผ่อนคลาย (Mean = 4.56, S.D. = 0.87) (ตาราง 3)

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาราชการต่อกิจกรรมการนิเทศของพยาบาลหัวหน้าทีม (n=200 คน)

รายการ	ความพึงพอใจ		ระดับ
	Mean	SD	
1. การนิเทศการพยาบาลไม่ทำให้ท่านเสียเวลาในการปฏิบัติงาน	3.75	0.93	มาก
2. พยาบาลหัวหน้าทีมให้คำปรึกษาจนท่านมีความมั่นใจในการให้การพยาบาลมากขึ้น	3.75	0.89	มาก
3. พยาบาลหัวหน้าทีมได้ร่วมปฏิบัติการพยาบาลกรณีเกิดปัญหาหรือมีภาระงานยุ่งยากเสมอ	3.86	0.86	มาก
4. พยาบาลหัวหน้าทีมช่วยพัฒนาความรู้และทักษะของท่าน	3.75	0.75	มาก
5. พยาบาลหัวหน้าทีมได้ช่วยเหลือ แนะนำแนวทางแก้ไขข้อผิดพลาดหรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเป็นกันเอง	4.56	0.96	มากที่สุด
6. พยาบาลหัวหน้าทีมช่วยจัดการปัญหาได้ทั้งปัญหาส่วนตัวและปัญหาการดูแลผู้ป่วย	4.21	0.88	มาก
7. ท่านได้มีส่วนร่วมในการประเมินและแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน	3.70	0.85	มาก
8. พยาบาลหัวหน้าทีมให้การยอมรับเสมอเมื่อท่านแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินใจที่สร้างสรรค์	3.65	0.77	มาก
9. พยาบาลหัวหน้าทีมช่วยให้ท่านรู้สึกผ่อนคลายลดความเครียดจากการปฏิบัติงาน	4.56	0.87	มากที่สุด
10. ท่านสามารถนำผลการนิเทศมาใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติงานของท่านในหน่วยงานได้	3.89	0.76	มาก
โดยรวม	**3.89**	**0.85**	**มาก**

5. การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติฯ พบว่า หลังการใช้รูปแบบการนิเทศฯมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.5 เป็น 92.5 การป้องกันการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.0 เป็น 89.0 และการบริหารยา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 77.5 เป็น 86.5 (ตาราง 4)

ตาราง 4 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ, การป้องกันการพลัดตกหกล้มและการบริหารยา ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศฯ (n=200 คน)

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)		χ^2 (df)	p-value[b]
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา		
1. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ	147 (73.5)	185 (92.5)	25.29 (1)	*.001*
2. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	160 (80.0)	178 (89.0)	6.18 (1)	*.013*
3. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการบริหารยา	155 (77.5)	173 (86.5)	5.49 (1)	*.019*

[b]Chi-square test

6. การเกิดอุบัติการณ์หลังการใช้รูปแบบฯ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลดลงจาก 79 ราย เป็น 50 ราย การพลัดตกหกล้มลดลงจาก 9 รายเป็น 4 รายและการบริหารยาคลาดเคลื่อนลดลงจาก 24 รายเป็น 10 ราย (ตาราง 5)

ตาราง 5 เปรียบเทียบจำนวนการเกิดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม และการบริหารยาคลาดเคลื่อนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศฯ

ผลลัพธ์	ก่อนพัฒนา (n=2076 ราย)	หลังพัฒนา (n=2150 ราย)	χ^2 (df)	p-value[b]
1. การเกิดแผลกดทับ ระดับ 2 ขึ้นไป	79	50	5.33 (1)	*.021*
2. การพลัดตกหกล้ม ระดับ E ขึ้นไป	9	4	2.11 (1)	*.014*
3. การบริหารยาคลาดเคลื่อนระดับ C ขึ้นไป	24	10	6.32 (1)	*.012*

[b]Chi-square test

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก การอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผลวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการให้ความรู้ (formative clinical supervision) โดยการจัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลผู้นิเทศมีความรู้และสามารถนำไปใช้ในการนิเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐาน (normative clinical supervision) เป็นการนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการให้พยาบาล ตรวจสอบการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ 3) ด้านการสนับสนุนและให้กำลังใจ (restorative clinical supervision) เป็นการนิเทศเพื่อสนับสนุนทางจิตใจและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับการนิเทศ เช่น การรับฟัง การให้กำลังใจ การแสดงความเห็นอกเห็นใจและการให้การยอมรับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลดารัตน์ วณิชยานันต์และคณะ (2566) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง พบว่า รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่มีองค์ประกอบตามแนวคิดของพรอคเตอร์ มีผลต่อการเพิ่มความรู้ ทัศนคติต่อการนิเทศของพยาบาล เพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาล และเพิ่มผลลัพธ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยได้มากขึ้น

2. ผลการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่า

2.1 ความรู้เรื่องการนิเทศทางการพยาบาลของพยาบาลหัวหน้าทีมหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ ทั้งนี้เนื่องมาจากตั้งแต่มีการปรับรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลจากการมีพยาบาลผู้ตรวจการนิเทศทั้งโรงพยาบาลมาเป็นพยาบาลหัวหน้าทีมเป็นผู้นิเทศประจำหน่วยงานของตนเอง ซึ่งพยาบาลหัวหน้าทีมส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการนิเทศทางการพยาบาลมาก่อน จึงนิเทศโดยใช้ประสบการณ์จากการสอนแนะนำจากรุ่นพี่ ขาดการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้นิเทศทางการพยาบาลและยังไม่เคยมีอบรมการนิเทศอย่างจริงจัง จึงทำให้ไม่เข้าใจหลักการและวิธีการ ซึ่งหลังจากได้รับการอบรมและฝึกปฏิบัติทำให้มีความรู้การนิเทศทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของประพิมพรรณ เกรียงวัฒนศิริ (2563) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลเวรตรวจการ พบว่า การอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการนิเทศของพยาบาลหัวหน้าทีมทำให้การนิเทศเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีเป้าหมายที่ชัดเจน เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดชัยนาท ของทิพวรรณ ตั้งวงศ์กิจ และคณะ (2563) พบว่า

หลังการพัฒนาการนิเทศจากแนวคิดการนิเทศการพยาบาลของ Proctor พยาบาลหัวหน้าหอมีความรู้ ทัศนคติและคุณภาพการนิเทศสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนา

2.2 ด้านความพึงพอใจของพยาบาลหัวหน้าทีมต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดโดยเฉพาะด้านการให้ความรู้ เนื่องมาจากรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยให้พยาบาลหัวหน้าทีมนิเทศงานได้อย่างมั่นใจและมีแนวทางที่ชัดเจนมากขึ้น และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาราชการต่อการนิเทศของพยาบาลหัวหน้าทีม โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดในด้านพยาบาลหัวหน้าทีมได้ช่วยเหลือแนะนำแนวทางแก้ไข และพยาบาลหัวหน้าทีมช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งพบว่า พยาบาลที่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากหัวหน้าทีมจะมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน ความมั่นใจ และความรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรีย์ แสงมณี และคณะ (2565) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นตามกรอบแนวคิด 2P safety: SIMPLE (Medication error, Fall) พบว่า หลังพัฒนามีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติฯของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการบริหารยา เพิ่มขึ้นส่งผลให้การเกิดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ การพลัดตกหกล้มและการบริหารยาคลาดเคลื่อนลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของกิ่งกาญจน์ ทรัพย์เย็น และคณะ (2562) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลบ้านโป่ง พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ ผู้นิเทศมีความรู้สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ มีการปฏิบัติและความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก อัตราการเกิดแผลกดทับลดลงและจำนวนวันนอนเฉลี่ยก่อนเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น และการศึกษาของวรรณภา พฤกษะวัน และคณะ (2565) ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า การพัฒนารูปแบบการนิเทศโดยใช้แนวคิดของ Proctor ทำให้ผู้นิเทศมีความรู้และความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นและอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งลดลง

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า ความรู้ของพยาบาลหัวหน้าทีมผู้นิเทศที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อประสิทธิภาพการนิเทศทางการพยาบาลและความพึงพอใจของทีมพยาบาล ส่งผลให้มีการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน ลดการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของธนพร แย้มสุดา และขันธ์แก้ว ลักขณานุกูล (2564) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาลของผู้นิเทศทางการพยาบาลในโรงพยาบาล พบว่า ผู้นิเทศสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทำการนิเทศมีคะแนนสูงสุด พยาบาลที่ผ่านการอบรมการนิเทศจะสามารถวางแผน ตรวจสอบ และให้คำปรึกษาได้ดีขึ้น ทำให้ผู้รับการนิเทศรู้สึกมั่นใจและปลอดภัยมากขึ้น และงานวิจัยของมธุรส ตันติเวสส และคณะ (2562) ได้ทำการศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทัศนคติของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ตรวจการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร บำเพ็ญผล (2566) ที่ศึกษาเรื่องผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า รูปแบบการนิเทศทางคลินิกช่วยสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ และสามารถนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ช่วยให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานโดยผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการที่เหมาะกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติการนิเทศของผู้นิเทศและการรับการนิเทศของพยาบาลปฏิบัติการ และเกิดสัมพันธภาพที่ดีในการทำงาน ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ช่วยทำให้อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ การพลัดตกหกล้มและการบริหารยาคลาดเคลื่อนลดลง จึงควรนำรูปแบบการนิเทศนี้ไปปรับใช้ในทุกหน่วยงานและกำหนดให้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ เป็นนโยบายหลักขององค์กรเพื่อคงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงและบูรณาการผลการนิเทศเข้าสู่ระบบคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดอื่นๆในโรงพยาบาลซึ่งจะส่งผลให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านอื่นๆ
2. ควรมีการศึกษาผลของรูปแบบการนิเทศการพยาบาลนอกเวลาราชการในระยะยาวเพื่อดูความคงอยู่ของผลลัพธ์หลัง 6-12 เดือน
3. ควรมีการศึกษาวิจัยผลของรูปแบบการนิเทศการพยาบาลนอกเวลาราชการในการปฏิบัติงานของพยาบาลในแต่ละแผนก

เอกสารอ้างอิง

กิ่งกาญจน์ ทรัพย์เย็น, กนกทอง จาตุรงคโชค, และกฤตยา ตันติวรสกุล. (2562). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลบ้านโป่ง. *วารสารแพทย์เขต 4-5, 38*(4), 57–74.

ทิพวรรณ ตั้งวงศ์กิจ, สุวัฒนา เกิดม่วง, มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, นิจวรรณ วีรวัฒโนดม, และศศิมา พึ่งโพธิ์ทอง. (2563). ผลของโปรแกรมการพัฒนาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดชัยนาท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30*(2), 190–202.

ธนพร แย้มสุดา, และขันธ์แก้ว ลักขณานุกูล. (2564). ความรู้และการปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาลของผู้นิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. *วารสารวิชาการโรงเรียนนายเรือด้านสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์และศึกษาศาสตร์, 8*(1), 121–134.

ประพิมพรรณ เกรียงวัฒนศิริ. (2563). การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลเวรตรวจการ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 16*(1), 64–76.

พรพรรณ รัตนไพศาล. (2563). การนิเทศทางการพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30*(1), 12–23.

มธุรส ตันติเวสส, อารีรัตน์ ขำอยู่, และประนอม โอทกานนท์. (2562). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลสงฆ์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25*(3), 41–51.

ลดารัตน์ วณิชยานันต์, พาณี วิรัชชกุล, สุภัทรา สิงหสุรศักดิ์, และนิศมา ภุชคนิตย์. (2566). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง โรงพยาบาลอุทัยธานี *วารสารเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, *12*(3), 576–597.

วัชรีย์ แสงมณี, น้ำทิพย์ แก้ววิชิต, ปราโมทย์ ทองสุข, ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา, นงนุช บุญยัง, และเจรจา กูลเกื้อ. (2565). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นตามกรอบแนวคิด 2P safety: SIMPLE (Medication error, Fall) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 14*(1), 1–16.

วรรณภา พฤกษะวัน, อรชร กันจีนี๊ะ, ประไพศรี ปัญญาอิ่นแก้ว, เสาวณีย์ ฤดี, และเยาวภา พรเวียง. (2565). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 5*(1), 113–129.

ศศิธร บำเพ็ญผล. (2566). ผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. *หัวหินเวชสาร, 3*(3), 78–90.

สภาการพยาบาล. (2562). *มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562*. สภาการพยาบาล.

อรรถยา อมรพรหมภักดี, ฐาศุกร์ จันทร์ประเสริฐ, และอมรา สุรการ. (2563). การนิเทศทางการพยาบาล: การทบทวนแบบกำหนดขอบเขต. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30*(3), 114–157.

Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis. (3rd Ed)*. Harper and Row Publications.

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569, 86 - 99
Nursing, Health, and Public Health Journal
Vol. 5 No. 1, January - April 2026, 86 - 99

ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เทศบาลนครพิษณุโลก

The effects of a knowledge competency development program on knowledge in preventing dementia among older adults in Phitsanulok Municipality

สุรีรัตน์ ณ วิเชียร, กัลยรัตน์ แซ่เจี่ย, ณิชนันทน์ แทบทาม, ดวงกมล เปรมวัง, ทัยไท พุ่มเรือง, ธนภรณ์ บุญมี, ธนภัทร มั่งมี, ธนัญญา พงษ์เสมา, ธีรศักดิ์ ป้อมสีผ่อง, บัญธิตา บุมี, วรรณธกาล สุธาวา, สุภาวดี สุขสุคนธ์, สุภาวดี ชัยอินทร์, และ อิศราวุธ เกษามูล*

Sureerat Na-Wichian, Kanyarat Saejia, Nitchanan Theaptham, Doungkamon Premwang, Thaitai Phumrueang, Thanaporn Boonmee, Thanaphat Mangmee, Thananya Phongsema, Teerasak Pomsipong, Banthita Bumee, Wanthakan Suthawa, Supawadee Suksukon, Supawadee Chaiin, and Issarawut Kesamoon*

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก

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

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

(Received: January 14, 2026; Revised: March 15, 2026; Accepted: April 16, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้เพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อม โดยทำกิจกรรมจำนวน 1 ครั้ง ครอบคลุมเนื้อหา 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหารที่ส่งเสริมสมอง ด้านการกระตุ้นสมอง และด้านความสุขและการจัดการอารมณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) และ 2) ความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้นี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะหรือความเสี่ยงคล้ายคลึงกัน เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสมองเสื่อมต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้, ความรู้, การป้องกัน, โรคสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental research employed a two-group pretest-posttest design to examine the effects of a knowledge competence enhancement program for dementia prevention among older adults in Phitsanulok Municipality. The sample consisted of 52 participants aged 60 years and older, divided into an experimental group (n = 26) and a control group (n = 26). The experimental group received the knowledge competence enhancement program through one activity session covering five domains: general knowledge about dementia, physical exercise, brain-boosting diet,

brain stimulation, and happiness and emotional management. Research instruments included the knowledge competence enhancement program, a personal information questionnaire, and a dementia prevention knowledge assessment form. Data were analyzed using an independent t-test and a paired t-test.

The findings revealed that: 1) after the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher knowledge scores regarding dementia prevention compared to the control group ($p < .05$); and 2) the experimental group's post-intervention knowledge scores were significantly higher than their pre-intervention scores ($p < .05$).

Recommendation: The knowledge competence enhancement program should be applied to older adults with similar conditions or risk factors as a guideline to promote health and prevent dementia.

Keywords: knowledge competency development program, knowledge, prevention, dementia, older adult

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลก 1,100 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 1,400 ล้านคนในปีพ.ศ. 2573 (World Health Organization, 2025) ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ.2565 โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงเกินร้อยละ 20 หรือผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด และในปีพ.ศ. 2568 มีจำนวนผู้สูงอายุ 13,826,163 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 21.31 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และจากการสำรวจผู้สูงอายุของจังหวัดพิษณุโลกใน ปีพ.ศ. 2568 พบว่า มีจำนวน 199,353 คน คิดเป็นร้อยละ 23.86 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) ปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นอันดับต้นของโลกคือ โรคสมองเสื่อม จากรายงานขององค์กรอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2564 ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 57 ล้านคน ทุกปีมีผู้ป่วยรายใหม่เกือบ 10 ล้านคน ซึ่งปัจจุบันผู้สูงอายุเสียชีวิตด้วยภาวะสมองเสื่อมมีการเสียชีวิตเป็นอันดับ 7 สาเหตุหลักมาจากของความพิการและการพึ่งพาในผู้สูงอายุทั่วโลก (World Health Organization, 2025) ในประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจัดอยู่ในเป็น 5 อันดับโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุด (โรงพยาบาลผู้สูงอายุเดอะซีเนียร์, 2566) ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 770,000 คน หรือประมาณร้อยละ 6 ในแต่ละปีมีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละหนึ่งแสนคน โดยพบว่าอัตราความชุกในการเป็นโรคสมองเสื่อมเท่ากับ 6.17 (รัชนี หาญสมสกุล และ วัฒนา ชยธวัช, 2567) ดังนั้นปัญหาเรื่องสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ไม่ควรละเลยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (dementia หรือ major neurocognitive disorder) เป็นภาวะของสมองที่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องด้านเชาว์ปัญญา (cognitive function) และสติปัญญา (intellectual function) พบได้มากในบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยแสดงออกถึงความผิดปกติในการรับรู้ ความจำ การคิดวิเคราะห์ การใช้เหตุผล การตัดสินใจ การคำนวณ และการใช้ภาษา ซึ่งเมื่ออาการมีความรุนแรงขึ้น จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพและระดับความรู้สึกตัว ส่งผลต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน (ชัชวาล วงค์สารี และ ศุภลักษณ์ พื้นทอง, 2561) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคลและสุขภาพพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และประวัติครอบครัวที่เคยมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 2) ปัจจัยด้านเศรษฐสังคมและการศึกษา ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการอ่านหนังสือ 3) ปัจจัยพฤติกรรมและความเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารเสริม (พนม สุขจันทร์ และคณะ, 2565) รวมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ที่อยู่ในระดับต่ำ มีความเชื่อมโยงกับการถดถอยของสมรรถนะในการรู้คิด และความสามารถในการตัดสินใจ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าในการที่จะเกิดภาวะ สมองเสื่อม

(วิมลรัตน์ บุญเสถียร และคณะ, 2565) และจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบแนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากความเสื่อมของเซลล์สมองให้หายขาดได้ รักษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นเพื่อชะลอความเสื่อมของสมอง เพื่อป้องกันไม่ให้ลุกลามถึงระยะรุนแรง แนวทางการดูแลรักษาสามารถแบ่งได้เป็น 2 แนวทางหลัก ได้แก่ การรักษาโดยใช้ยาและการรักษาโดยไม่ใช้ยา อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมกิจกรรมควบคู่ไปกับการดูแลของครอบครัวถือเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (ชลิต เชาว์วิไร และคณะ, 2565)

การป้องกันและรักษาสมองเสื่อม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการป้องกันโรคสมองเสื่อมมี 2 วิธี ได้แก่ 1) การรักษาโดยใช้ยา ได้แก่ ยา Donepezil, Rivastigmine หรือ Galantamin ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์ช่วยลดอาการทางสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตนเองได้มากที่สุด ทั้งนี้ยามีผลต่อร่างกาย การออกฤทธิ์ของยาต่อร่างกายของผู้สูงอายุนานกว่าวัยอื่น 2) การรักษา โดยไม่ใช้ยา ซึ่งประกอบด้วย การฝึกสมองและการตุ้นการคิด การรับประทานอาหารที่ช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการออกกำลังกายช่วยป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อมได้ (ชลิต เชาว์วิไร และคณะ, 2565) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เทศบาลนครพิษณุโลก พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมด้านความรู้ทั่วไป ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านกิจกรรมนันทนาการ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ (สุรีรัตน์ ณ วิเชียร และคณะ, 2568) จากการศึกษาของ เพ็ญศิริ โคตรพัฒน์ และคณะ (2566) ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอยของผู้สูงอายุในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุดโดยใช้โปรแกรมในการให้ความรู้ผ่านกิจกรรมฝึกสมอง 8 กิจกรรม ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .01$ แสดงว่า การเข้าร่วมโปรแกรมฯ สามารถเพิ่มสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมฯ โดยนำแนวคิดทฤษฎีลำดับขั้นพฤติกรรมพุทธิพิสัย (Bloom's Taxonomy of learning) เป็นทฤษฎีการจำแนกจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ด้านสมองและสติปัญญา 6 ระดับ (จากต่ำไปสูง) คือ ความรู้ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้สามารถอธิบาย แปลความหมาย หรือสรุปใจความสำคัญได้ การวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลและเข้าใจความสัมพันธ์ การสังเคราะห์รวบรวมส่วนย่อยเพื่อสร้างสิ่งใหม่หรือแนวทางใหม่ และการประเมินค่าตัดสินใจ ตีราคาหรือวิพากษ์วิจารณ์โดยใช้เกณฑ์ที่เหมาะสม การกระตุ้นให้เกิดกระบวนการคิดในแต่ละระดับจะมีส่วนช่วยในการฟื้นฟูศักยภาพสมอง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bloom, 1956) ทฤษฎีดังกล่าวมีความเหมาะสมอย่างยิ่งในการนำมาประยุกต์ใช้กับ การจัดโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจนำทฤษฎีลำดับขั้นพฤติกรรมพุทธิพิสัย (Bloom's Taxonomy of Learning) มาเป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ให้ครอบคลุมใน 5 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ที่ส่งเสริมสมอง ด้านการกระตุ้นสมองและด้านความสุขและการจัดการอารมณ์ โดยได้นำลำดับขั้นของ Bloom's Taxonomy of Learning มาใช้ 2 ระดับ ได้แก่ ความจำ (Remember) และ ความเข้าใจ (Understand) โดยกิจกรรมในระดับความจำเน้นการให้ผู้สูงอายุ จดจำความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสมองเสื่อม ในระดับความเข้าใจเน้นการอธิบายเหตุผลว่าทำไมพฤติกรรมบางอย่างจึงช่วยส่งเสริมสุขภาพสมองและการสร้างความรู้ด้วยตนเองเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองในระดับสูง และช่วยส่งเสริมให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ใหม่จากประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ แนวคิด Bloom กล่าวว่าวิธีที่ดีที่สุดที่ทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ถูกต้อง คือ การให้ความรู้ เนื่องจากขั้นแรกของการได้ความรู้คือการเรียนรู้และเกิดการจดจำ จึงนำไปสู่การปฏิบัติได้ถูกต้อง และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้การป้องกันโรคสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง การให้ความรู้ผ่านกิจกรรมสามารถช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองและกระตุ้นประสาทสัมผัส ซึ่งช่วยให้ป้องกันความเสื่อมถอยของสมองผู้สูงอายุได้ (Bloom, 1956) และการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มจาก 8.67 เป็น 13.08 คะแนน ทัศนคติจาก 46.75 เป็น

62.25 คะแนน และพฤติกรรมจาก 46.83 เป็น 86.67 คะแนน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิผลอย่างชัดเจนในการสร้างเสริมความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้จริง (รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย และคณะ, 2567)

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาให้ความสำคัญต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการนำโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้มาปรับใช้และขยายผล โดยอาศัยกรอบแนวคิด Bloom's Taxonomy of Learning เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในระยะยาว และเทศบาลนครพิษณุโลก มีนโยบายให้ความสำคัญกับการส่งเสริมด้านการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางสุขภาพ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและต้องการพัฒนาการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้และสามารถป้องกันหรือชะลอโรคสมองเสื่อมอย่างเหมาะสม ที่ผ่านมาเคยมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเทศบาลนครพิษณุโลก (สุรีรัตน์ ณ วิเชียร และคณะ, 2568) พบว่ามีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลา ไม่มีการสาธิตย้อนกลับหลังจากให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคสมองเสื่อมและไม่ครอบคลุมในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดเนื่องจากในเทศบาลนครพิษณุโลกมีประชากรผู้สูงอายุอยู่เป็นจำนวนมาก ส่งผลให้ยังคงมีกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมอย่างครอบคลุม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เทศบาลนครพิษณุโลก เพื่อหาแนวทางให้ผู้สูงอายุสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้

สมมติฐาน

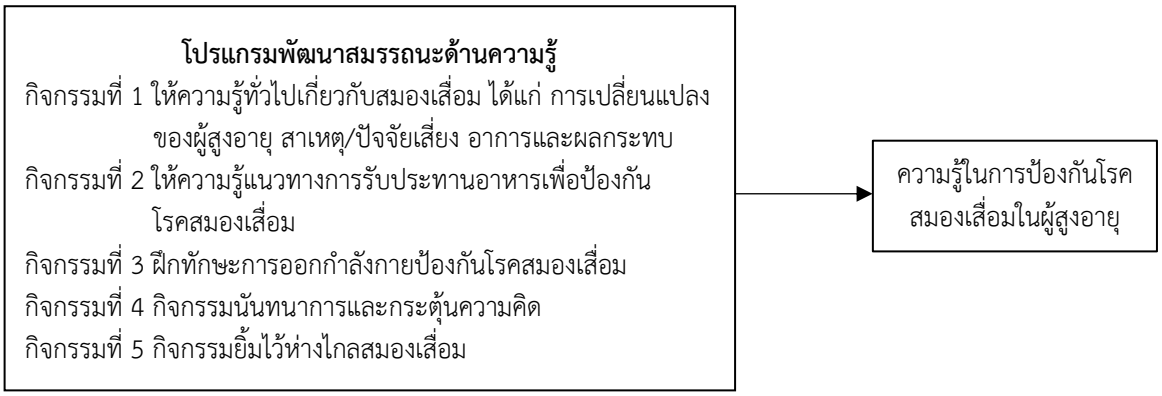
1. ความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเทศบาลนครพิษณุโลก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเทศบาลนครพิษณุโลกของกลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้มีความรู้สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดจากทฤษฎีลำดับขั้นพฤติกรรมพุทธิพิสัย (Bloom's Taxonomy of Learning) ซึ่งพัฒนาโดยเบนจามิน บลูม (Bloom, 1956) โดยทฤษฎีนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อจัดลำดับระดับความคิดทางปัญญา (cognitive domain) ตั้งแต่ระดับพื้นฐานไปจนถึงระดับสูงสุด โดยแบ่งออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ ความจำ (remember) ความเข้าใจ (understand) การนำไปใช้ (apply) การวิเคราะห์ (analyze) การประเมินค่า (evaluate) และการสร้างสรรค์ (create) ซึ่งแต่ละระดับแสดงถึงกระบวนการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งและซับซ้อนยิ่งขึ้นตามลำดับ (Bloom, 1956)

ทฤษฎีดังกล่าวมีความเหมาะสมอย่างยิ่งในการนำมาประยุกต์ใช้กับการจัดโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเนื่องจากช่วยส่งเสริมการพัฒนาความสามารถทางสติปัญญาอย่างเป็นระบบ และครอบคลุม ทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ และการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่การทำงานของสมองเริ่มเสื่อมถอยการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการคิดในแต่ละระดับตามทฤษฎี Bloom's Taxonomy of Learning มีส่วนช่วยในการฟื้นฟูศักยภาพสมอง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ต่อความรู้ในการป้องกัน

โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ได้รับการออกแบบให้ครอบคลุมใน 5 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหารที่ส่งเสริมสมอง ด้านการกระตุ้นสมองและด้านความสุขและการจัดการอารมณ์โดยโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ได้นำลำดับขั้นของ Bloom's Taxonomy of Learning มาใช้ 2 ระดับ ได้แก่ ความจำ (remember) และ ความเข้าใจ (understand) ได้นำมาจัดให้อยู่ในรูปแบบของการเรียนรู้ที่สอดคล้องกัน อาทิ กิจกรรมในระดับความจำเน้นการให้ผู้สูงอายุจดจำความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสมองเสื่อม เช่น อาการเบื้องต้น หรือปัจจัยเสี่ยง โดยผ่านวิธีการสอนโดยการบรรยาย และประเมินผลโดยการใช้วีดีโอกรณีศึกษาให้ผู้สูงอายุสามารถนำเอาความรู้ที่ได้จำไว้นำกลับมาใช้ใหม่ ในระดับความเข้าใจเน้นการอธิบายเหตุผลว่าทำไมพฤติกรรมบางอย่างจึงช่วยส่งเสริมสุขภาพสมองการสร้างความรู้ด้วยตนเองผ่านการพูด การเขียน การสรุป การเปรียบเทียบและการอธิบาย ซึ่งเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองในระดับสูงและช่วยส่งเสริมให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ใหม่จากประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้การเรียนรู้ที่ดำเนินไปตามลำดับขั้นของ Bloom's Taxonomy of Learning ดังกล่าวช่วยกระตุ้นสมองของผู้สูงอายุให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความคิด การตัดสินใจ และความจำ อีกทั้งยังส่งเสริมการทำงานของระบบประสาทผ่านกระบวนการส่งสัญญาณประสาทโดยมีสารสื่อประสาทเข้ามามีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความสามารถทางการเรียนรู้และความจำ นอกจากนี้จากแนวคิดด้านความยืดหยุ่นของระบบประสาทพบว่าการกระตุ้นสมองอย่างต่อเนื่อง ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ช่วยเสริมสร้างการเชื่อมต่อของเซลล์ประสาท และกระตุ้นการสร้างเซลล์ประสาทใหม่ในบางส่วนของสมอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว ดังนั้น หากผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาความรู้ผ่านกิจกรรมที่ออกแบบอย่างเหมาะสมตามกรอบทฤษฎี Bloom's Taxonomy of Learning ย่อมส่งผลทำให้มีความรู้มากขึ้น ผู้สูงอายุสามารถประเมินตนเองและกำหนดแนวทางในการดูแลสุขภาพสมองได้ด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาสมองอย่างยั่งยืน และเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-post test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงรวมทั้งหมดจำนวน 40,903 คน (เทศบาลนครพิษณุโลก, 2567) ระยะเวลาที่เก็บข้อมูลอยู่ในระหว่างเดือน 4 กันยายน 2568 – 30 พฤศจิกายน 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้แก่ ผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ เทศบาลนครพิษณุโลก และผู้สูงอายุชมรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) และเมื่อได้รายชื่อผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย นำมาคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุจากศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ จำนวน 26 คน และกลุ่มที่ 2 กลุ่มควบคุม คือ ผู้สูงอายุชมรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 26 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากผลการศึกษาวิจัยที่เคยมีมาก่อนของสุรีรัตน์ ณ วิเชียร และคณะ (2568) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power test) เท่ากับ 0.80 ความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 ค่าอิทธิพลในการศึกษาทางการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (Medium effect size) เท่ากับ 0.5 (Polit & Beck, 2008) จากนั้นนำมาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างหรือกรณีที่กลุ่มตัวอย่างบางคนไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2008) ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จึงเป็นกลุ่มควบคุม 26 คนและกลุ่มทดลอง 26 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นกลุ่มสุขภาพดี (ADLมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน)
3. ยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก
5. ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเป็นบุคคลสัญชาติไทยที่สามารถใช้ภาษาไทยได้อย่างคล่องแคล่ว ทั้งในด้านการพูด อ่าน และเขียน เพื่อให้สามารถทำความเข้าใจแบบสอบถามและสื่อสารกับผู้วิจัยได้อย่างถูกต้อง
6. ไม่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับโรคทางสมอง เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดสมองและไม่เคยมีประวัติเคยประสบอุบัติเหตุที่ศีรษะซึ่งส่งผลกระทบต่อสมองหรือเคยเข้ารับการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับสมอง

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือทำตามแผนการวิจัยตามที่กำหนดได้ คือ ติดธุระกระทันหันหรือการขาดการติดต่อจนไม่สามารถมาเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมได้ตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรู้ในการการป้องกันสมองเสื่อมจำนวน 30 ข้อ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วย การสูบหรี่/ยาเส้น การดื่มแอลกฮอล์ การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1.2 แบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบเลือก ตอบถูก-ผิด โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ด้านความรู้ทั่วไปในการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ ด้านอาหารในการทำงานสมอง จำนวน 6 ข้อ ด้านร่างกายและออกกำลังกาย จำนวน 6 ข้อ ด้านกิจกรรมนันทนาการ และการทำกิจกรรมกระตุ้นความคิด จำนวน 6 ข้อ ด้านความสุขและการจัดการอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลความหมายการให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้ ความรู้ระดับสูงเท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไป ความรู้ระดับปานกลางเท่ากับร้อยละ 60-79 ความรู้ระดับต่ำเท่ากับน้อยกว่าร้อยละ 60

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะความรู้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี Bloom’ s Taxonomy of Learning ที่มีองค์ประกอบเกิดจากการเรียนรู้ การรับรู้เกิดการแก้ไขปัญหา การประมวลผล และการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ สร้างองค์ความรู้ใหม่ในผู้สูงอายุ และการส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านการฝึกสมอง มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้และ การกระตุ้นเซลล์ประสาท โปรแกรมส่งเสริมความรู้ประกอบด้วย การป้องกันสมองเสื่อม 5 ด้าน ด้านความรู้ทั่วไปในการ ป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ด้านอาหารในการทำงานสมอง ด้านร่างกายและออกกำลังกาย ด้านกิจกรรม

นันทนาการ และการทำกิจกรรมกระตุ้นความคิดและด้านความสุขและการจัดการอารมณ์ ใช้เวลาในการสอนด้วยวิธีการบรรยาย และการสาธิตย้อนกลับ ครั้งละ 3 ชั่วโมง 1 ครั้ง

2.2 แบบประเมินการรับรู้ฉบับย่อ (a short portable mental status questionnaire: SPMSQ) ของไฟเฟอร์ แปลเป็นภาษาไทยโดยประคอง อินทรสมบัติ (2539) มีข้อคำถาม 10 ข้อ มีเกณฑ์ให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีคะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 10 คะแนน ผ่านเกณฑ์ 80% ต้องตอบถูกตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ และแบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน ได้ค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นผู้วิจัยได้นำไปหาความเชื่อมั่น โดยนำโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้และแบบประเมินความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน พบว่าโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ สำหรับแบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมนำมาคำนวณโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder -Richardson 20) เท่ากับ 0.86 และแบบประเมิน SPMSQ (Short portable mental status questionnaire) ไม่ได้ดัดแปลงเครื่องมือ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.82 (ประคอง อินทรสมบัติ, 2539)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเข้ารับการพิจารณาโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

2. หลังจากผู้วิจัยได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์และขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลถึงนายกเทศมนตรี นครพิษณุโลก หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ และประธานชมรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะความรู้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อม และนำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความตรงของเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และนำมาปรับปรุงเครื่องมือ

2. ผู้วิจัยวางแผนจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ ห้องประชุมของศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพและชมรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เทศบาลนครพิษณุโลก

3. ประสานหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพและประธานชมรมสงเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เพื่อขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และรูปแบบกิจกรรมของโปรแกรมฯ ประชาสัมพันธ์ผู้สูงอายุที่สนใจเข้าร่วมโครงการ ให้ลงชื่อไว้ ทั้งนี้การเข้าร่วมวิจัย ผู้สูงอายุมีความสมัครใจ ไม่บังคับ และไม่เกี่ยวข้องกับสิทธิ์ในการบริการสุขภาพหรือการเป็นสมาชิกชมรมฯ

4. เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่สนใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการ วิธีการดำเนินงาน และขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา

5. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม ชมรมส่งเสริมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 26 คน และกลุ่มทดลอง ศูนย์สุขภาพชุนชนมหานุภาพ เทศบาลพิษณุโลก จำนวน 26 คน ดำเนินการวิจัยดังนี้

ขั้นทดลอง

<u>กลุ่มทดลอง</u>

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ เทศบาลพิษณุโลก แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยการเข้าร่วมการวิจัย อธิบายที่มาและความสำคัญของการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการวิจัย โดยข้อมูลนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล (30 นาที)

2. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และทำแบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อม แบบประเมินเลือกตอบแบบถูก - ผิด จำนวน 30 ข้อ ครั้งที่ 1 (pre-test) (15 นาที) โดยข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามถูกเข้ารหัส เก็บในตู้ที่ล็อกกุญแจและไฟล์ที่มีรหัสผ่าน และไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลที่ระบุตัวตน

3. ผู้วิจัยทำกิจกรรมโดยใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ โดยมีกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้เรื่องการป้องกันสมองเสื่อม โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ทั่วไปในการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ด้านอาหารทำให้การทำงานของสมองดี ด้านร่างกายและออกกำลังกาย ด้านกิจกรรมนันทนาการหรือการทำกิจกรรม กระตุ้นความคิด และด้านความสุขและการจัดการอารมณ์ โดยให้ผู้สูงอายุสาธิตย้อนกลับ (2 ชั่วโมง)

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง ทำแบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อม ครั้งที่ 2 (post-test) (15 นาที)

<u>กลุ่มควบคุม</u>

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ชมรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยการเข้าร่วมการวิจัย และเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัย ข้อมูลนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล (30 นาที)

2. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และทำแบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อม แบบประเมินเลือกตอบแบบถูก - ผิด จำนวน 30 ข้อ ครั้งที่ 1 (pre-test) (15 นาที) โดยข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามถูกเข้ารหัส เก็บในตู้ที่ล็อกกุญแจและไฟล์ที่มีรหัสผ่าน และไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลที่ระบุตัวตน

3. ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตตามปกติ และเข้าร่วมกิจกรรมตามปกติของชมรมฯ (2 ชั่วโมง)

4. ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างหลังกิจกรรมของชมรมฯ เสร็จสิ้นเพื่อให้กลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อม ครั้งที่ 2 (post-test) (15 นาที) และสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สนใจโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ ผู้วิจัยได้นัดหมายให้กลุ่มควบคุมได้ใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้

5. ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยของตนเอง ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว พฤติกรรมการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้สถิติการทดสอบเกี่ยวกับความน่าจะเป็นของ (Fisher exact test) และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบระดับความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เทศบาลนครพิษณุโลก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม ทดสอบข้อมูลด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov test: KS พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ *.05*

3. เปรียบเทียบระดับความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เทศบาลนครพิษณุโลก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง ทดสอบข้อมูลด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov test: KS พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ Pair t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ *.05*

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เอกสารรับรองโครงการวิจัย CoA No. 013/2568 REC No.018/2568 วันที่รับรอง 1 กันยายน 2568 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ และประธานชมรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล และแจ้งวันในการพบกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างผู้วิจัยและผู้สูงอายุ เมื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่างมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้เวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจอย่างอิสระ มีขอความยินยอม และให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ การเปิดเผยผลการวิจัยเป็นภาพรวม และมีมาตรการป้องกันความเสี่ยงระหว่างการเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยของตนเอง ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว พฤติกรรมการออกกำลัง การสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ (n=52)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					*1.00*[ข]
ชาย	5	19.22	5	19.22	
หญิง	21	80.78	21	80.78	
อายุ (ปี)	(range = 60-85 ปี) (Mean=71.03, S.D.=5.65)		(rang= 60-83 ปี) (Mean 67.11, S.D.=5.70)		*.14*[ก]
60-69 ปี	9	34.62	18	69.23	
70-79 ปี	16	61.53	7	26.92	
80 ปีขึ้นไป	1	3.85	1	3.85	
อาชีพ					*.19*[ก]
แม่บ้าน	8	30.77	6	23.08	
ข้าราชการ บำนาญ	12	46.15	6	23.08	
รับจ้างทั่วไป	0	0.00	2	7.69	
ค้าขาย	2	7.69	5	19.22	
ธุรกิจส่วนตัว	2	7.69	1	3.85	
ว่างงาน	2	7.69	6	23.08	
น้ำหนัก (กิโลกรัม)					*.73*[ก]
30-50	7	26.92	4	15.38	
51-70	17	65.39	20	76.93	
71-90	2	7.69	2	7.69	
ส่วนสูง (เซนติเมตร)					*.18*[ก]
140-150	10	38.46	6	23.08	
151-160	12	46.15	14	53.84	
161-170	1	3.85	6	23.08	
171-180	3	11.54	0	0.00	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ค่าดัชนีมวลกาย (kg/m^2)					.39ก
< 18.5	3	11.54	0	0.00	
18.5-22.9	9	34.62	7	26.92	
23.0-24.9	10	38.46	10	38.46	
25.0-29.9	4	15.38	9	34.62	
ระดับการศึกษา					.04ก
ประถมศึกษา	5	19.23	10	38.46	
มัธยมศึกษา	3	11.54	8	30.77	
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร วิชาชีพขั้นสูง(ปวส.)	7	26.92	2	7.69	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	11	42.31	6	23.08	
ประวัติการเจ็บป่วยตนเอง					1.00ข
ไม่มี	7	26.92	6	23.08	
มี	19	73.08	20	76.92	
ประวัติการเจ็บป่วยครอบครัว					.04ข
ไม่มี	19	73.08	11	42.30	
มี	7	26.92	15	57.70	
พฤติกรรมการออกกำลัง					.07ก
เดิน	23	88.46	14	53.84	
วิ่ง	0	0.00	1	3.85	
ออกกำลังกายอยู่กับที่	2	7.69	2	7.69	
ปั่นจักรยาน	1	3.85	5	19.23	
โยคะ	0	0.00	3	11.54	
เล่นกีฬา	0	0.00	1	3.85	
ความถี่ในการออกกำลังกาย					1.00ก
มากกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์	9	34.62	20	76.92	
3-4 ครั้ง/สัปดาห์	9	34.62	5	19.23	
น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	8	30.77	1	3.85	
การสูบบุหรี่					.36ก
ไม่เคยสูบ	24	92.30	21	80.77	
สูบบุหรี่	1	3.85	1	3.85	
เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	1	3.85	4	15.38	
การดื่มแอลกอฮอล์					.40ก
ไม่เคยดื่ม	18	69.24	14	53.85	
ดื่ม	4	15.38	8	30.77	
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	4	15.38	4	15.38	

ก=Fisher' Exact Test, ข= Chi-Square

จากตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยของตนเอง ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว พฤติกรรมการออกกำลัง การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > .05$ ยกเว้นระดับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร จำนวน 7 คน (ร้อยละ 26.92) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 10 คน (ร้อยละ 38.46) และพบว่า

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 19 คน (ร้อยละ 73.08) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 15 คน (ร้อยละ 57.70) ดังตาราง 1

2. ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เทศบาลนครพิษณุโลก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบระดับความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เทศบาลนครพิษณุโลก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

ความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		t	df	*p*
	mean	S.D.	mean	S.D.			
ก่อนการทดลอง	20.42	4.35	21.08	2.82	-.64	42.89	*.52* ^{NS}
หลังการทดลอง	21.96	4.34	26.12	1.36	-4.65	50	*.00**

*$p < .05$, $^{NS}p > .05$

จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเทศบาลนครพิษณุโลก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่าง แต่หลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เทศบาลนครพิษณุโลก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง

ตาราง 3 เปรียบเทียบระดับความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เทศบาลนครพิษณุโลก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง

ความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	*p*
	mean	S.D.	mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง (n=26)	21.08	2.83	26.12	1.37	-9.06	*.00**

*$p < .05$, $^{NS}p > .05$

จากตาราง 3 แสดงให้เห็นว่าหลังการทดลองใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *($p < .05$)*

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ คือ

1. ระดับความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีลำดับขั้นพฤติกรรมพุทธิพิสัย (Bloom's Taxonomy of Learning) (Bloom, 1956) ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ทำให้เกิดการพัฒนาความสามารถทางสติปัญญาอย่างเป็นระบบ และครอบคลุม ทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ

แก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่การทำงานของสมองเริ่มเสื่อมถอยการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการคิดในแต่ละระดับตามทฤษฎี Bloom's Taxonomy of Learning จะมีส่วนช่วยในการฟื้นฟูศักยภาพสมอง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ได้รับการออกแบบให้ครอบคลุมใน 5 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหารที่ส่งเสริมสมอง ด้านการกระตุ้นสมองและด้านความสุขและการจัดการอารมณ์ จากตาราง 2 พบว่าคะแนนความรู้ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยที่ 20.42 และคะแนนความรู้ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยที่ 21.08 พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -.64$, $p = .52$) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากทั้งสองกลุ่มมีการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมของกลุ่มตนเอง โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ อำเภอเมืองพิษณุโลก และกลุ่มควบคุมได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เป็นประจำ ทำให้ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีระดับความรู้จากการทำกิจกรรมเบื้องต้น เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ มีค่าเฉลี่ย 21.96 และคะแนนความรู้หลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ มีค่าเฉลี่ย 26.12 พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.65$, $p = .00$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ในการพัฒนาความสามารถทางสติปัญญาอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านความรู้และความเข้าใจในกลุ่มทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จำนวน 375 คน การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว มีการจัดรูปแบบกิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้โรคสมองเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคสมองเสื่อม อาหารบำรุงสมองเสริมความจำ กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการออกกำลังกายและการบริหารสมอง กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมต่อเนื่องให้กลุ่มตัวอย่างไปฝึกกระตุ้นสมรรถภาพสมองด้วยตนเองที่บ้านมีการจดบันทึกในแบบบันทึกในแบบกิจกรรมทุกวัน กิจกรรมที่ 4 ติดตามและกระตุ้นกิจกรรมโดยการเยี่ยมบ้าน และติดตามทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ป้องกันโรคสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ (ไอลดา มาเม่น และคณะ, 2565)

2. ระดับความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ จากตาราง 3 ในการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการทดลอง คะแนนความรู้ของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.06$, $p = .00$) ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ โดยวิธีการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุสามารถช่วยเพิ่มความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมได้ ในขณะที่กลุ่มที่ควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้เล็กน้อยเท่านั้น ทั้งนี้ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการใช้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมยังแสดงถึงความจำเป็นของการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านการป้องกันสมองเสื่อม ซึ่งมีความสำคัญในการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคสมองเสื่อม สอดคล้องกับบทความวิชาการของชลิต เชาว์วิไร และคณะ (2565) ที่กล่าวว่าครอบครัวและชุมชนไทย ยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องส่งเสริมกิจกรรมครอบคลุมหลายด้าน เช่น การออกกำลังกาย และการฝึกทักษะทางเชาวน์ปัญญา เพื่อช่วยในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคู่ไปกับการดูแลครอบครัว นอกจากนี้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ ด้านความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อม ได้สอดแทรกความรู้เกี่ยวกับวิธีการฝึกสมองและกระตุ้นการคิดที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ เช่น การเล่นเกมส์จับคู่ภาพ การต่อจิ๊กซอล การเล่นจีบแอล การเต้นออกกำลังกาย เป็นการกระตุ้นการคิดและเสริมสร้างความสามารถในการทำงานของสมองในด้านต่าง ๆ เพื่อพัฒนาทักษะการคิด ความจำ และความเข้าใจ ทั้งนี้ การเล่นเกมที่มีความยากในระดับที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองได้ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศิริ โคตรพัฒน์ และคณะ (2566) ผลของโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอยของผู้สูงอายุใน

ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุด จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าควรคำนึงถึงการเลือกชนิดของเกม และการกำหนดระดับความยากง่ายที่เหมาะสม รวมทั้งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองให้ครอบคลุมทั้งด้านความจำ สมาธิ การรับรู้เชิงวิชาการ การคิดเชิงบริหาร และการกระตุ้นประสาทสัมผัส

จากผลการวิจัยนี้ โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ มีช่วยเสริมสร้างความจำและความเข้าใจในการป้องกันโรคสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุมีทักษะและแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงสามารถประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค สรุปได้ว่าโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อม และสามารถนำไปใช้โดยบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุร่วมกับกิจกรรมมาตรฐานที่ทางชมรมผู้สูงอายุจัดตามปกติเพื่อเสริมสร้างความรู้และสุขภาวะชุมชนที่ดีแก่ผู้สูงอายุ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทั้งในระดับชุมชนและชมรมผู้สูงอายุ โดยประยุกต์รูปแบบวิธีการสอนจากโปรแกรมฯมาออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับกิจกรรม หลักที่ดำเนินการอยู่แล้ว
2. ควรเผยแพร่และขยายผลการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ไปยังชมรมผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ เพิ่มขึ้น ในอำเภอเมืองพิษณุโลก เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ต่าง ๆ ได้รับประโยชน์อย่างทั่วถึง
3. ควรจัดทำคู่มือหรือสื่อการเรียนรู้ที่ได้จากโปรแกรมฯ เช่น แผ่นพับ หนังสือเล่มเล็ก หรือสื่อออนไลน์ เพื่อให้ ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถนำไปใช้ทบทวนและปฏิบัติได้ด้วยตนเอง
4. ควรส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เนื่องจากการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรักษาความต่อเนื่องในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม
5. ควรขยายผลการใช้โปรแกรมฯ ไปยังบุคลากรและแกนนำสุขภาพในชุมชน เช่น อสม. หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการถ่ายทอดความรู้และช่วยสนับสนุนการดูแลในระดับครัวเรือนและชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาผลการวิจัยในระยะยาว เช่น 3 เดือนขึ้นไป เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุผลลัพธ์ในระยะยาวได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). *จำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย.* https://www.dop.go.th/th/news_hr/12/298.

ชลิต เชาว์วิไลย, วินัย พูลศรี, และ ธีรนันท์ ตันพาณิชย์. (2565). แนวทางการป้องกันผู้สูงอายุจากสมองเสื่อม. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 8*(2), 8-15.

ชัชวาล วงค์สารี และ ศุภลักษณ์ พื้นทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. *วารสาร มฉก. วิชาการ, 22*(43-44), 166-179.

เทศบาลนครพิษณุโลก. (2567). *ข้อมูลผู้สูงอายุในเขตเทศบาทนครพิษณุโลก*. https://phsmun.go.th/frontpage

ประคอง อินทรสมบัติ. (2539). การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 2*(3), 44-57.

พนม สุขจันทร์, กัษฟาร์ นิยมเดชา, และ ดีน ศรีชัยสุวรรณ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 14*(1), 276-292.

เพ็ญศิริ โคตรพัฒน์, อุบลพรรณ ธีระศิลป์, และ ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2566). ผลของโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอยของผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุด. *วารสารพยาบาลทหารบก, 24*(1), 470-480.

รัชนี หาญสมสกุล และ วัฒนา ชยธวัช. (2567). การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ในประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 10*(4), 74-85.

รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย, วิวิน ปุราณา, และ ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล. (2567) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 10*(1), 43-47.

โรงพยาบาลผู้สูงอายุเดอะซีเนียร์. (2566). *5 โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่พบบ่อย หากเป็นแล้วรับมืออย่างไรแบบฉบับเนอร์สซิ่งโฮม*. https://www.senior.co.th/blogrp-เนอร์สซิ่งโฮม-senior/.

วิมลรัตน์ บุญเสถียร, เขมศ์ณริณี รื่นฤดีภิรมย์, และ สุวรีย์ เพชรแต่ง. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 42*(3), 97-110.

สุรีรัตน์ ณ วิเชียร, กชพรรณ ชาติสุทธิ์, กมล ดำมินเศก, กุลวรา มีโภค, ณัฐนรี เสนา, ปทิตตา สิงห์สี, ปรียานุช จันทะคุณ, มนัสนันท์ บุญทา, วิมลวรรณ หุมห้อง, สาริน แก้วเสน, หวันยิหวา แก่นสาร, อริสา ยืนยาว, และ อัจฉฎาภรณ์ จินะวุฒิ. (2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเทศบาลนครพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข, 4*(1), 103-114.

ไอลดา มาเม่น, ภมรทิพย์ สาสนบูรณ์, และ พลอยไพลิน บุตสา. (2565). ผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน. 34*(3), 34-43.

Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook: The Cognitive Domain*. David McKay Publications.

Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals: Handbook 1: Cognitive Domain* (20th ed.). David McKay Publications.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins. https://books.google.co.th/books?id=Ej3wstotgkQC&printsec=frontcover&hl=th&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

World Health Organization. (2025). *Ageing: Global Population*. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569, 100 - 109
Nursing, Health, and Public Health Journal
Vol. 5 No. 1, January - April 2026, 100 - 109

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโภชนาการเกินต่อการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินสำหรับเด็กวัยเรียน

The effects of health belief promoting program on overnutrition prevention perception among school-aged children

ณฐชา ยศปัญญา, รุ่งทิวา หวังเรืองสถิตย์* และ ทิพรัตน์ ขุนรา
Nathacha Yotpanya, Rungtiwa Wangruangsatid*, and Thipparat Khunra
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
***ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail): rungtiwa@bcnb.ac.th**

(Received: January 22, 2026; Revised: April 13, 2026; Accepted: April 16, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนอายุ 10-12 ปี กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 4-6 ที่ศึกษาในโรงเรียนวัดกรมธรรม์ และโรงเรียนสะพานที่ 3 จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 72 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 36 ราย และกลุ่มทดลอง 36 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็ก 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก และ 3) แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินสำหรับเด็กวัยเรียน หาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Independent Sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า เด็กที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <.05

ข้อเสนอแนะควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโภชนาการเกินมาใช้กับเด็กวัยเรียนเพื่อให้เกิดความตระหนักและการใช้ทักษะการตัดสินใจ และการคิดวิเคราะห์เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ความเชื่อด้านสุขภาพ, ภาวะโภชนาการเกิน, การป้องกันภาวะโภชนาการเกิน, เด็กวัยเรียน

Abstract

This quasi-experimental research used a two-group pretest-posttest design to compare the mean scores of the perception of overnutrition prevention among school-aged children aged 10–12 years. The sample consisted of 72 students in grades 4–6 from Wat Krommatham School and Saphan Thi 3 School in Phitsanulok Province. They were selected through purposive sampling based on specified criteria and divided into a control group (n = 36) and an experimental group (n = 36). The research instruments included: 1) a health belief promotion program for overnutrition prevention, 2) a personal information questionnaire, and 3) a perception of overnutrition prevention questionnaire for school-aged children, with a reliability coefficient of 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics and the independent samples t-test.

The results revealed that school-aged children who participated in the program had a significantly higher mean score for the perception of overnutrition prevention than those in the control group receiving routine care (p-value < .05).

Recommendation: The health belief promotion program for overnutrition prevention should be implemented among school-aged children to enhance their awareness, decision-making skills, and critical thinking, ultimately leading to improved behavioral modifications.

Keyword: health belief, overnutrition, overnutrition prevention, school-aged children

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2025) พบว่าในปีพ.ศ. 2565 มีเด็กอายุระหว่าง 5 ถึง 19 ปี มากกว่า 390 ล้านคนมีน้ำหนักเกินโดย 160 ล้านคนเป็นโรคอ้วน ความชุกของโรคอ้วนในเด็กเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะในประเทศกลุ่มอาเซียน และมีรายงานสถิติเด็กอายุระหว่าง 6-14 ปี ที่มีภาวะโภชนาการเกินในประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 13.4 ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 3 ของประเทศในกลุ่มอาเซียน จากองค์การอนามัยโลกได้มีการสำรวจเด็กทั่วโลก พบว่าเด็กในวัยแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี มีปัญหาโรคอ้วนถึง 41 ล้านคน โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นช่วงอายุ 5-19 ปี มีปัญหาโรคอ้วนถึง 332 ล้านคน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (World Health Organization, 2025)

จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มในเด็กอายุ 12 ปี พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง ได้แก่ ขนมกรุบกรอบ ร้อยละ 60.4 เครื่องดื่มรสหวาน ร้อยละ 14.2 บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ร้อยละ 45.9 เนื้อสัตว์แปรรูป ร้อยละ 40.1 (สุกัญญา บัวศรี และคณะ, 2563) และพบว่า เด็กมีพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซ่า เฟรนช์ฟรายส์ เป็นประจำ ร้อยละ 88.1 และเลือกซื้อขนมกรุบกรอบตามสื่อหรือโฆษณาเป็นประจำ ร้อยละ 81.3 (ปิยนุช พวงมาลัย และ ธารทิพย์ พรหมขัติแก้ว, 2560) สาเหตุการเกิดภาวะน้ำหนักเกินที่สำคัญ คือ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารเกินปริมาณที่ร่างกายควรได้รับ การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของแป้งและไขมัน เช่น พฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย (สุกัญญา บัวศรี และคณะ, 2563) การเลือกรับประทานอาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป เด็กจะได้รับอาหารพวกไขมันและพลังงานมากเกินไป (Baran et al., 2022) หากเด็กไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมอาจนำไปสู่การเกิด โรคอ้วน (obesity) และมีความเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวานหรือโรคเรื้อรังชนิดไม่ติดต่อในอนาคต และส่งผลต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ของเด็ก (จารุณี นุ่มพูล, 2558) ดังนั้น การส่งเสริมให้เด็กรู้จักเลือกบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เด็กได้รับสารอาหารที่เพียงพอและมีสุขภาพที่ดี

เด็กวัยเรียนอายุ 10-12 ปี สามารถคิด วิเคราะห์ และแก้ไขปัญหาได้ดีมากขึ้น สามาถใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาและตัดสินใจด้วยตนเองได้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และมีการหาความรู้ใหม่ ๆ จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้ดี (พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา, 2555) การรับรู้ด้านสุขภาพเป็นหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพตามการรับรู้ของบุคคล ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นในการเกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคได้ จากการศึกษาของปิยนุช พวงมาลัย และ ธารทิพย์ พรหมขัติแก้ว (2560) พบว่า เด็กวัยเรียนมีการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดีพอสมควรแต่ยังขาดความตระหนักถึงการนำมาประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน การศึกษาที่ผ่านมาพบวิธีการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนหลายรูปแบบ ทั้งการให้ความรู้เด็กวัยเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม รวมถึงการรับรู้ถึงผลกระทบของภาวะโภชนาการเกิน (นฤมล บำรุงสวน และคณะ, 2567) การให้ครูหรือครอบครัวมีส่วนร่วม (ศุภลักษณ์ ศรีธัญยา และคณะ, 2562) เป็นการให้ความรู้แต่ยังเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่คงทน เด็กวัยเรียนยังไม่ให้ความสำคัญในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ดังนั้น ควรส่งเสริมให้เด็กมีความรอบรู้ และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคล ในการที่จะกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการสุขภาพและเลือกบริโภคอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม การส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสามารถกลั่นกรองข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพโดยรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกิน รับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากภาวะโภชนาการเกิน รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดภาวะโภชนาการเกิน การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะ

โภชนาการเกิน นำมาประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้องจะช่วยป้องกันภาวะโภชนาการเกินได้

การส่งเสริมการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโภชนาการเกินที่มีประสิทธิภาพควรส่งเสริมให้เด็กมีการรับรู้และการตัดสินใจที่เหมาะในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโภชนาการเกิน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโภชนาการเกินต่อการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินสำหรับเด็กวัยเรียน โดยประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) เพื่อให้เด็กวัยเรียนเกิดการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโภชนาการเกินผ่านสื่อการสอน การสืบค้นข้อมูล และส่งเสริมการตัดสินใจในการปฏิบัติตนในการบริโภคอาหาร และกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคอ้วน ส่งเสริมการกลั่นกรองข้อมูลในการดูแลตนเอง ทักษะการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลือกใช้บริการสุขภาพ การเลือกบริโภคอาหาร และการทำกิจกรรมทางกาย เพื่อช่วยลดปัญหาเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

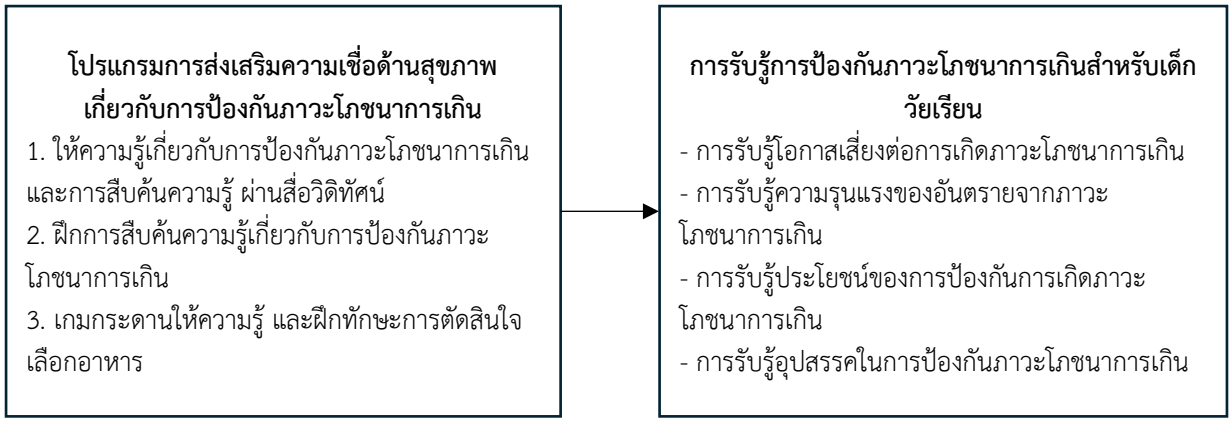
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สมมติฐาน

1. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินภายหลังได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock et al. (1988) ในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโภชนาการเกินต่อการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินสำหรับเด็กวัยเรียน ประกอบด้วย มโนทัศน์ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้ของบุคคล (individual perception) ได้แก่ การส่งเสริมให้เด็กรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกิน และรับรู้ความรุนแรงของอันตรายที่จะเกิดขึ้นหากขาดความตระหนัก 2) ปัจจัยร่วม (modifying factors) คือสิ่งชักนำหรือจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งอาจไม่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล และ 3) ความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติกิจกรรม (likelihood of action) โดยการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน หากเด็กทราบถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมจะช่วยให้เด็กสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีสุขภาพที่ดีได้โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะโภชนาการเกินผ่านสื่อ Canva และการฝึกทักษะการตัดสินใจการเลือกอาหารเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกิน



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงเรียนประถมศึกษา 2 แห่ง ในจังหวัดพิษณุโลก ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร นักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 4-6 ที่ศึกษาในโรงเรียนวัดกรมธรรม์ และโรงเรียนสะพานที่ 3 จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 72 ราย

กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 4-6 ที่ศึกษาในโรงเรียนวัดกรมธรรม์ และโรงเรียนสะพานที่ 3 จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 72 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 36 ราย และกลุ่มทดลอง 36 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันของ อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ และคณะ (2566) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของนักเรียนระดับประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินในจังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองเท่ากับ 87.73 (SD=11.06) คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 80.61 (SD=14.06) นำตัวเลขดังกล่าวมาวิเคราะห์อำนาจการทดสอบด้วยโปรแกรม G*Power โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ได้ค่าขนาดอิทธิพล 0.60 โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 สำหรับการทดสอบสถิติ t-test

เกณฑ์การคัดเข้า

1. นักเรียนเพศชายและหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6
2. ยินยอม และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองตามกฎหมาย
3. ไม่มีปัญหาด้านการพูด การฟัง หรือการอ่านที่อาจขัดขวางการมีส่วนร่วมในโปรแกรมโดยการสอบถาม
4. สามารถเข้าร่วมโปรแกรมที่กำหนดได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนด
2. ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน
3. นักเรียนที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์โดยประเมินจากกราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (weight for height [%W/H])
4. เคยเข้าร่วมโปรแกรมเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา
5. มีปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อการเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ สมาธิสั้น เบาหวาน ไทรอยด์ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติโรคประจำตัว

1.2 แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินสำหรับเด็กวัยเรียน เป็นแบบประเมินการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินของปิยนุช พวงมาลัย และ ธารทิพย์ พรหมขัติแก้ว (2560) ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 3 ระดับ จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะโภชนาการเกิน 6 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโภชนาการเกิน 6 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดภาวะโภชนาการเกิน 6 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน 5 ข้อ และแรงจูงใจด้านพฤติกรรมสุขภาพ 7 ข้อ เกณฑ์ในการให้คะแนนมีดังนี้

การให้คะแนน	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วย	3 คะแนน	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน	3 คะแนน

คะแนนรวมทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 0 - 100 การแปลผลโดยรวมทั้งฉบับมีเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนระหว่าง 85 - 100 หมายถึง การรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

คะแนนระหว่าง 65 - 84 หมายถึง การรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

คะแนนระหว่าง 0 - 64 หมายถึง การรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินอยู่ในเกณฑ์น้อย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็ก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) สื่อการสอน PowerPoint เกี่ยวกับการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน เนื้อหาประกอบด้วย ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การป้องกันโภชนาการเกิน 2) ให้ความรู้การสืบค้นข้อมูลการป้องกันภาวะโภชนาการเกินผ่านระบบออนไลน์ และ 3) เกมกระดานส่งเสริมทักษะการตัดสินใจเลือกอาหารเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกิน

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก สื่อการสอน Canva เกี่ยวกับการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน และเกมกระดานส่งเสริมทักษะการตัดสินใจเลือกอาหารได้เท่ากับ 1 และนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมไปปรับแก้ไขและนำไปทดสอบ (try out) กับเด็กวัยเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินสำหรับเด็กวัยเรียน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียม

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช แล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 2 แห่ง เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล

ขั้นดำเนินการ

1. ประเมินคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า หากผ่านเกณฑ์สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกิน (pretest) จำนวน 30 ข้อ ใช้ระยะเวลา 20 นาที

3. ดำเนินการตามแนวทางการดำเนินโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 14 วัน ดังนี้

ตาราง 1 ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมสำหรับเด็กวัยเรียนในกลุ่มทดลอง

ครั้งที่ (วันที่)	กิจกรรม	ระยะเวลา
ครั้งที่ 1 (วันที่ 1)	- ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะโภชนาการเกินโดยใช้สื่อการสอน power point - ให้ความรู้การสืบค้นข้อมูลการป้องกันภาวะโภชนาการเกินผ่านระบบออนไลน์ผ่านอุปกรณ์สื่อสารของผู้วิจัย - ฝึกทักษะการตัดสินใจการเลือกอาหารเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกินผ่านเกมกระดาน	60 นาที
วันที่ 2-13	- ส่งเสริมเด็กวัยเรียนปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน	
ครั้งที่ 2 (วันที่ 14)	- posttest - สรุปเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็ก	20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียน นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic)

2. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Independent Sample t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรม และภายหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ Dependent Sample t-test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช (CoA No. 007/2568) เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2568 โดยการเข้าร่วมการวิจัยต้องเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัย หรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ในทุกขั้นตอนโดยไม่ต้องระบุสาเหตุ และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการรับบริการในโรงพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะต้องลงนามแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เด็กวัยเรียนกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50 และร้อยละ 52.78 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 10-12 ปี และกลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว คือ โรคหอบหืด ร้อยละ 3.12 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินในกลุ่มควบคุมและทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินในกลุ่มควบคุมและทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 72)

การรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกิน	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	Mean	S.D.	t	*p*	Mean	S.D.	t	*p*
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	70.166	3.621	-.220	*.827*	70.333	4.690	-2.177	*.036*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	70.388	4.251			73.527	6.416		

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -2.177, p = .036) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินไม่มีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลัง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินภายหลังได้รับโปรแกรมฯระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 72)

การรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกิน	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	*p*
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	70.166	3.621	70.333	4.690	-.169	*.866*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	70.388	4.251	73.527	6.416	-2.477	*.017*

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -2.477, p = .017) และเมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน (t = -.169, p = .866)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินตามรายด้าน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 72)

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินตามรายด้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 72)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	พิสัยที่เป็นไปได้	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
		พิสัยที่ได้	Mean (S.D.)	พิสัยที่ได้	Mean (S.D.)
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม					
การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะโภชนาการเกิน	1-18	9-15	13.166 (1.253)	9-16	13 (1.585)
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโภชนาการเกิน	1-18	10-16	13.138 (1.533)	10-17	13.361 (2.044)
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดภาวะโภชนาการเกิน	1-18	11-17	14.694 (2.067)	11-18	14.722 (2.022)
การรับรู้อุปสรรค	1-15	8-15	11.694 (1.545)	9-15	11 (1.309)
แรงจูงใจด้านพฤติกรรมสุขภาพ	1-21	15-19	17.472 (1.027)	16-21	18.250 (1.537)
หลังเข้าร่วมโปรแกรม					
การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะโภชนาการเกิน	1-18	11-17	13.138 (1.290)	9-23	13.666 (2.472)
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโภชนาการเกิน	1-18	9-16	13.388 (1.824)	11-18	14.555 (1.904)
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดภาวะโภชนาการเกิน	1-18	11-18	14.527 (1.889)	11-18	15 (1.942)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	พิสัยที่เป็นไปได้	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
		พิสัยที่ได้	Mean (S.D.)	พิสัยที่ได้	Mean (S.D.)
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน	1-15	8-15	12.055 (1.655)	8-15	11.583 (1.794)
แรงจูงใจด้านพฤติกรรมสุขภาพ	1-21	14-21	17.277 (1.950)	14-21	18.722 (1.980)

จากตาราง 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินรายด้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะโภชนาการเกิน 2) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโภชนาการเกิน 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดภาวะโภชนาการเกิน 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน และ 5) แรงจูงใจด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินทั้ง 5 ด้าน เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมขณะที่กลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกิน 3 ด้านน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.477$, p-value = .017) (ตาราง 2) ซึ่งผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock et al. (1988) ซึ่งเด็กวัยเรียนจะมีการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินที่เหมาะสมได้ จะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเกิดผลเสียจากการรับประทานอาหารและการทำกิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคในอนาคตได้ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน หากเด็กวัยเรียนมีการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกินในด้านการป้องกันความรุนแรงของโรคที่จะตามมาจากภาวะโภชนาการเกิน จะทำให้เด็กมีการรับรู้ในการปฏิบัติตัวในการเลือกรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะโภชนาการเกินจะต้องเกิดความเชื่อว่าการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกายจะทำให้เกิดผลดีต่อตนเอง และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงออกแบบการให้ข้อมูลการป้องกันภาวะโภชนาการเกินผ่านกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน โรคอ้วน และการป้องกันภาวะโภชนาการเกินรวมถึงการสืบค้นข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ในการดูแลตนเองผ่านสื่อ Canva เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการ อาหารหลัก 5 หมู่ ธงโภชนาการ ฉลากโภชนาการ อาหารที่ให้พลังงานมากเกินความต้องการของร่างกาย รวมถึงอาหารที่ควรรับประทาน และภาวะแทรกซ้อนของภาวะโภชนาการเกิน และโรคอ้วน และการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักในการปฏิบัติเกิดการรับรู้การป้องกันภาวะโภชนาการเกิน สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร เวสสุกรรม และคณะ (2568) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการ ร่วมกับ 3 ต. For You “เตือน ติดตาม ไต่ถาม” เพื่อการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลโภชนาการและบริการสุขภาพ ทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูลโภชนาการ ทักษะการสื่อสารข้อมูลโภชนาการ ทักษะการจัดการด้านโภชนาการของตนเอง ทักษะการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหาร ทักษะรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการปฏิบัติในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน

ภาวะโภชนาการเกิน การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมนิ่งเฉย ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายลดลง

เมื่อวิเคราะห์ตามรายด้านเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะโภชนาการเกิน และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะโภชนาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ตาราง 3) ทั้งนี้อาจมาจากภายหลังจากการให้ความรู้โดยการส่งเสริมและฝึกทักษะการตัดสินใจเลือกอาหารเพื่อป้องกันภาวะ โภชนาการเกินโดยใช้เกมกระดานแบบกลุ่ม ทำให้เด็กวัยเรียนได้ฝึกการตัดสินผ่านการตอบคำถามและเพิ่มความสนุกโดยการแข่งขันกับเพื่อนในกลุ่ม การใช้เกมเป็นสื่อการเรียนรู้ มีรูปภาพประกอบเพื่อให้เด็กเห็นภาพและเกิดความตระหนักมากขึ้นและเกิดความเชื่อมันว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ (นงคราญ สุขเวชชวรกิจ, 2567) การส่งเสริมด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง เช่น หากกินอาหารไขมันสูงเป็นประจำทำให้เกิดโรคอะไร อาหารและผลไม้ชนิดใดที่ไม่ควรกินเป็นประจำ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะโภชนาการ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะโชนาการเกิน เช่น การหยุดหายในขณะนอนหลับ อัมพาต ทำให้เด็กเกิดการรับรู้ถึงพฤติกรรมที่เกิดความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะโภชนาการเกินได้มากขึ้น ใกล้เคียงกับการศึกษาของ สุณิสา เสนาหวาน และคณะ (2564) ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารผ่านการให้ความรู้ สืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการ การวิเคราะห์สถานการณ์ การสร้างทางเลือกและการตัดสินใจ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05) นอกจากการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการให้ข้อมูลเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุ ภาวะแทรกซ้อนของภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มุ่งเน้นให้เด็กวัยเรียนเกิดทัศนคติที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเด็กวัยเรียนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และกิจกรรมทางกายสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05) (เสาวนีย์ ชูจันทร์ และ พันธิพา จารนัย, 2568) ดังนั้น การส่งเสริมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินเพื่อให้เด็กเกิดความตระหนักและการใช้ทักษะการตัดสินใจ รวมถึงการส่งเสริมด้านทัศนคติเชิงบวก การคิดวิเคราะห์ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินที่เหมาะสมตามมาได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

คุณครูในโรงเรียนและบุคลากรทางการแพทย์ควรนำโปรแกรมไปใช้กับเด็กวัยเรียนที่โรงเรียนเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกินให้แก่เด็กวัยเรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาศึกษาพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกินที่นานขึ้นและมีการติดตามเป็นระยะ เช่น ทุก 3 เดือน 6 เดือน เพื่อติดตามความคงทนของพฤติกรรม
2. เพิ่มกิจกรรมเพื่อให้เด็กวัยเรียนได้ฝึกการคิดวิเคราะห์มากขึ้น เช่น กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การวิเคราะห์กรณีศึกษาที่ไม่ซับซ้อน เพื่อให้เด็กเกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ เพื่อนำสู่การปฏิบัติ

เอกสารอ้างอิง

จารุณี นุ่มพูล. (2558). โรคอ้วนในเด็กวัยเรียน : บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 8*(2), 1-12.

นงคราญ สุขเวชชวรกิจ. (2567). การจัดการเรียนรู้โดยการใช้เกมเป็นฐานที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ ทางการเรียนของนักศึกษาในรายวิชาทักษะชีวิต. *วารสารรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 7*(1), 32-45.

นภาพร เวสสุกรรม, นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์, และจินทภา เบญจมาศ. (2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการ ร่วมกับ 3 ต. For You “เตือน ติดตาม ไต่ถาม” เพื่อการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 19*(1), 258-272.

นฤมล บำรุงสวน, ยุพิน เชิดชน และ ไพโรจน์ เจริญนาม. (2567). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนในพื้นที่อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี. *วารสารสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี, 22*(1), 46-61.

ปิยนุช พวงมาลัย และ ธารทิพย์ พรหมขัติแก้ว. (2560). การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา, 7*(2), 1-13.

พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา. (2555). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 1 (ฉบับปรับปรุง)*. โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.

เสาวนีย์ ชูจันทร์ และ พันธิพา จารนัย. (2568). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียน. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์, 7*(2), 139-146.

สุณิสา เสนาหวาน, วราภรณ์ บุญเชียง, และ วรางคณา นาคเสน. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสามเณรที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษาจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 15*(3), 95-106.

สุกัญญา บัวศรี, กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์, และ อนงค์ สุนทรานนท์. (2563). พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผักและผลไม้ของเด็กวัยเรียนในจังหวัดเชียงราย. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 47*(2), 24-36.

ศุภลักษณ์ ศรีธัญญา, วนลดา ทองใบ, และ จีราภรณ์ กรรมบุตร. (2562). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมเนือยนิ่งของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะอ้วน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 12*(4), 61-74.

อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, วารุณี เกตุอินทร์, วิโรจน์ ฉิ่งเล็ก, สุพัตรา นุตรักษ์, และ วรรณไพร แย้มมา. (2566). ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของนักเรียนระดับประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินในจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี, 17*(1), 39-51.

Baran, R., Baran, J., Leszczak, J., Bejer, A., & Wyszynska, J. (2022). Sociodemographic and socioeconomic factors influencing the body mass composition of school-age children. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(18), 11261. https://doi.org/10.3390/ijerph191811261

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly, 15*(2), 175–183. https://doi.org/10.1177/109019818801500203

World Health Organization. (2025). *Obesity and Overweight.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569, 110 - 121
Nursing, Health, and Public Health Journal
Vol. 5 No. 1, January - April 2026, 110 – 121

ผลของโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

The Effects of the Somdet Phra Sangharaja 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) Program on Health Literacy of Pregnant Women at Somdet Phra Sangharaja 19 Hospital

อัจฉราวรรณ ชำนาญกิจ[1], รุจา แก้วเมืองฝาง[2*], ชัชฎา เย็นบำรุง[1]
Atcharawan Chumnanakit[1], Ruja Kaeomaungfang[2*], Chatchada Yenbumrung[1]
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19[1]
Somdet Phra Sangkharat 19 th Hospital[1]
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[2]
Boromarajonani College of Nursing,Chakriraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute[2]
*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) Email: ruja@ckr.ac.th

(Received: September 22, 2025; Revised: April 16, 2026; Accepted: April 16, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) และเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) การทำความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การรู้เท่าทันสื่อ 5) ทักษะการตัดสินใจ และ 6) การจัดการตนเอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom และ 2) แอปพลิเคชันไลน์ทางการ (LINE Official Account) SD19 Smart Mom เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้: โปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับหญิงตั้งครรภ์ จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ปกติที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง

คำสำคัญ : โปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, หญิงตั้งครรภ์

Abstract

This one-group pretest-posttest research aimed to study the health literacy of pregnant women before and after receiving the SD19 Smart Mom program, and to compare the health literacy scores across six domains: 1) access to health information and services, 2) understanding, 3) communication skills, 4) media literacy, 5) decision-making skills, and 6) self-management. The sample consisted of 30 pregnant women receiving antenatal care at SD19 Hospital. The research instruments included: 1) the SD19 Smart Mom program, and 2) the SD19 Smart Mom LINE Official Account application. The data collection tool was a health literacy questionnaire. The content

validity index ranged from 0.67 to 1.00, and Cronbach's alpha coefficient was .96. Data were analyzed using the paired samples t-test.

The results revealed that after using the SD19 Smart Mom program, the sample group had a significantly higher mean health literacy score compared to before the experiment (p-value < .05).

Recommendation: The SD19 Smart Mom program demonstrates effectiveness in increasing health literacy among pregnant women. Therefore, it should be implemented for pregnant women attending routine antenatal care at hospitals and sub-district health promotion hospitals to promote accurate health knowledge and appropriate health literacy.

Keywords: The Somdet Phra Sangharaja 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) Program, Health Literacy, Pregnant Women

บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ว่าเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพตนเอง ประเทศไทยได้มีการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อขับเคลื่อนสังคมไทยให้ประชากรในประเทศมีความรอบรู้ด้านสุขภาพห่างไกลโรคไม่ติดต่อซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ โดยดำเนินการพัฒนาระบบจัดการและเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ทักษะได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) เป็นความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีการค้นหา และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง 2) ทักษะความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) เป็นความสามารถจำเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพและวิเคราะห์แนวทางปฏิบัติได้ 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) คือความสามารถสื่อสารข้อมูลสุขภาพให้ผู้อื่นเข้าใจและยอมรับได้ 4) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) เป็นความสามารถตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอได้ 5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) เป็นการใช้เหตุผลวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย เพื่อการปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติด้านสุขภาพ และ 6) ทักษะด้านการจัดการตนเอง (Self-management skill) คือสามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตนได้ (ประไพ กิตติบุญถวัลย์ และคณะ, 2565)

Nutbeam (2008) ได้เสนอกรอบแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นครั้งแรก (Conceptual model of Health literacy as a risk) โดยเสนอองค์ประกอบหลักด้านความรอบรู้สุขภาพ 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (access skill) หมายถึงความสามารถด้านการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลากหลายแหล่งจนเป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือ 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ หรือทักษะทางปัญญา (Cognitive skill) หมายถึง การสร้างความรู้เกี่ยวกับแนวทางการจัดการความเสี่ยง การมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถด้านการพูด การอ่าน การฟัง และการเขียนบันทึกข้อมูลสำคัญเพื่อการจัดการความเสี่ยงที่ถูกต้อง 4) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการบูรณาการความรู้ ความเข้าใจ ความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของตนเองและผู้อื่น 5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลกำหนดทางเลือกและเลือกวิธีการปฏิบัติ และ 6) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติตามแผน มีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง (Nutbeam, 2008) ทั้งนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องพัฒนา 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เน้นการพัฒนาด้านการพูด อ่าน เขียนเพื่อสร้างความเข้าใจ ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ เน้นการพัฒนาทักษะพื้นฐานในการสร้างเสริมปัญญา และทักษะทางสังคม ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ เน้นการพัฒนาทักษะทางปัญญาและสังคม

นโยบายและทิศทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2566-2568 มุ่งเน้นเรื่องการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยกระดับการสร้างความรอบรู้สุขภาพในทุกมิติ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สะดวกรวดเร็ว (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) นอกจากนั้นองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการส่งสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เป็นอันดับต้น ๆ ของงานบริการในระดับปฐมภูมิ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลตัวเองและลดความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ซึ่งไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบทางสุขภาพของตนเองเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อสุขภาพทารกในครรภ์และการเจริญเติบโตในระยะยาว ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์จึงต้องครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 จนถึงปี พ.ศ. 2565 จากสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้การจัดระบบการฝากครรภ์ต้องมีการปรับเปลี่ยนหลายอย่าง เช่น การจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ซึ่งจะช่วยให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองกับมารดาและครอบครัว รวมถึงการเข้าถึงบริการในแผนกฝากครรภ์มีข้อจำกัด เนื่องจากเวลาในการจัดกิจกรรมมีจำกัด วิธีการสอนจึงหนักไปที่การถ่ายทอดข้อมูลแบบเน้นข้อเท็จจริง มากกว่าการฝึกทักษะตัดสินใจหรือทักษะการจัดการตนเอง จึงต้องมีการจัดบริการให้ข้อมูลในระบบแอปพลิเคชัน Line เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการได้ใช้เวลาได้มากขึ้นในการรับข้อมูล ซึ่งผู้ใช้งานสามารถใช้งานได้อย่างสะดวก เข้าถึงได้ง่าย ใช้งานได้ทุกพื้นที่ ประหยัดค่าใช้จ่ายเนื่องจากเป็นแอปพลิเคชันที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และยังเป็นการสื่อสารแบบ 2 ทาง (two-way communication) ที่ผู้วิจัยสามารถตอบข้อสงสัยของผู้ใช้งานได้ สามารถสื่อสารได้โดยการฝากข้อความ ไม่เป็นการรบกวนผู้รับสาร จึงทำให้สื่อสารกันได้ดีมากขึ้น เข้าใจ และปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองได้ถูกต้อง ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ดีในระยะยาว (ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ และพรสวรรค์ คำทิพย์, 2563)

จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนววิถีชีวิตใหม่ (สุจิตรา สุมนนอก และคณะ, 2565) โดยใช้รูปแบบของการใช้ Application ในการให้ความรู้ พบว่ามีการพัฒนาทักษะหญิงตั้งครรภ์ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) และจากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ (ธิติพร สุวรรณอำภา และทัศนีย์วรรณ พฤกษาเมธานันท์, 2566) โดยใช้รูปแบบของการใช้ Application ในการให้ความรู้ พบว่า การให้ความรู้โดยใช้โมบายแอปพลิเคชันในขณะตั้งครรภ์ สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

โปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) เป็นโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ประเด็น (Nutbeam, 2008) ซึ่งเชื่อว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ครบทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) การทำความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การรู้เท่าทันสื่อ 5) ทักษะการตัดสินใจ และ 6) การจัดการตนเองในโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) ได้บูรณาการองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านไว้อย่างเป็นระบบเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพรอบด้าน และในโปรแกรม SD19 Smart Mom ในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีการสอนให้หญิงตั้งครรภ์รู้จักช่องทางการเข้าถึงบริการ เช่น คลินิกฝากครรภ์,ระบบนัดหมายออนไลน์, และแหล่งข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเพิ่มความสามารถในการค้นหาและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการได้ฝึกทักษะตัดสินใจหรือทักษะการจัดการตนเอง ส่งเสริมการสร้างทักษะความรอบรู้สุขภาพครบทั้ง 6 ด้าน ประกอบกับโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 ที่ตั้งอยู่ในอำเภอท่าม่วง ในเขตชุมชนเมือง ผู้รับบริการในคลินิกฝากครรภ์อยู่ในช่วงอายุ 12-50 ปี ผู้รับบริการบางส่วนต้องทำงาน ซึ่งเวลางานตรงกับช่วงเวลาที่เปิดรับบริการในคลินิกฝากครรภ์การมารับบริการในแต่ละครั้งต้องลางานมา ซึ่งเป็นปัญหาอุปสรรคในการมารับบริการในแต่ละครั้ง นอกจากนั้นการมารับบริการแต่ละครั้งก็จะมีเวลาในการจัดกิจกรรม มีจำกัดเนื่องจากผู้รับบริการลางานมาได้ในเวลาที่จำกัด และจากการสังเกตพบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ใช้ smart phone ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการพัฒนาบริการในคลินิกฝากครรภ์ เช่น การจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่มีการจัดบริการถาม-ตอบปัญหาสุขภาพผ่าน Application Smart Mom เพื่อเป็นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 โดยใช้โปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart

Mom (SD19 Smart Mom) ที่สร้างขึ้น เพื่อทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อันจะส่งผลทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ได้

วัตถุประสงค์วิจัย

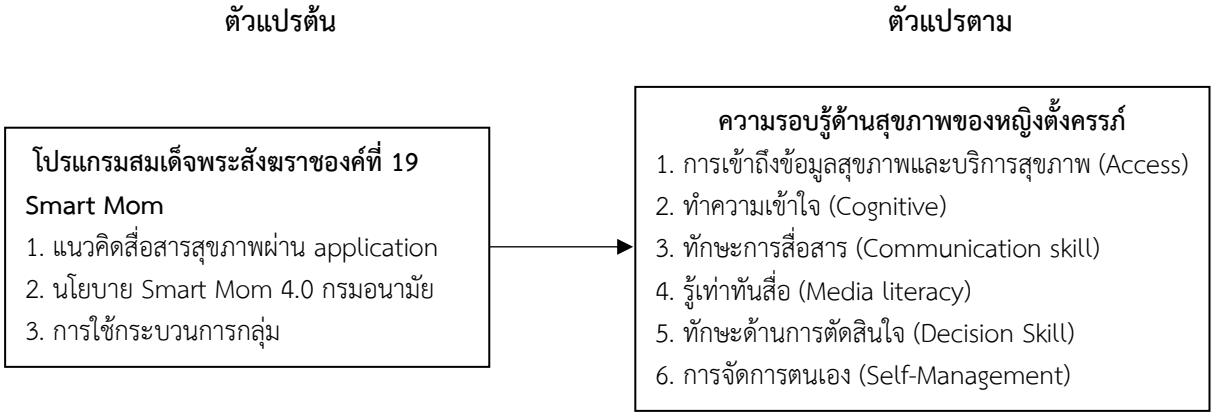
เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom)

สมมติฐาน

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) หญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) โดยใช้ทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ประเด็น (Nutbeam, 2008) ซึ่งเชื่อว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ครบทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) การทำความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การรู้เท่าทันสื่อ 5) ทักษะการตัดสินใจ และ 6) การจัดการตนเอง ในโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) ได้บูรณาการองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านไว้อย่างเป็นระบบเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพรอบด้าน และในโปรแกรม SD19 Smart Mom ในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีการสอนให้หญิงตั้งครรภ์รู้จักช่องทางการเข้าถึงบริการ เช่น คลินิกฝากครรภ์ ระบบนัดหมายออนไลน์ และแหล่งข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเพิ่มความสามารถในการค้นหาและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสม ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ให้ดีขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังแผนภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม กลุ่มวัดก่อน-หลัง (quasi-experimental research with one group pre-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ระหว่างเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 180 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ในระหว่างเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 30 ราย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาจากแนวคิด central limit theorem ที่กล่าวไว้ว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มที่มีขนาดตั้งแต่ 30 รายขึ้นไป มีข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ ซึ่งเป็นข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ parametric (Norman & Streiner, 2008; Polit & Beck, 2004) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยโดยอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 12-38 สัปดาห์และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์
2. ไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น ครรภ์เป็นพิษ รกเกาะต่ำ มีเลือดออกทางช่องคลอด มีภาวะชีดรุนแรง ครรภ์แฝด มีถุงน้ำคร่ำแตก หรือทารกมีความผิดปกติ เช่น ทารกเจริญเติบโตช้า ไม่มีกะโหลกศีรษะ หรือศีรษะบวมน้ำ ทารกตายในครรภ์ เป็นต้น
3. สามารถสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน ภาษาไทย
4. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion Criteria) คือ มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย ได้แก่ มีภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีภาวะเลือดออกทางช่องคลอด ทารกดิ้นน้อยลง

เกณฑ์การถอดถอน (Withdrawal criteria)

1. เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด
2. ขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย
3. เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ในขณะเข้าร่วมโปรแกรมอันจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. โปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) ผู้วิจัยสร้างเองโดยได้รับความร่วมมือจากกลุ่มงานสุขภาพดิจิทัลของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ในการช่วยสร้าง Application Line Official Account SD19 Smart Mom ให้สอดคล้องกับนโยบายและทิศทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2566-2568 มุ่งเน้นเรื่องการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยกระดับการสร้างความรอบรู้สุขภาพในทุกมิติ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สะดวกรวดเร็ว (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งออกแบบตามแนวคิดทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ประเด็น ประกอบด้วย 1. แบบแผนความรอบรู้ด้านสุขภาพมี 2 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้การเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ ผลกระทบที่ตามมาของการตั้งครรภ์และการคลอด, โรงเรียนพ่อแม่ SD19 Smart Mom, คลินิกนมแม่ออนไลน์ SD19 Smart Mom,ตารางการให้บริการ SD19 Smart Mom และความสำคัญของการรับรู้ข้อมูลสุขภาพขณะตั้งครรภ์เพื่อส่งผลดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอด และ 2) การจัดกิจกรรมกลุ่มอภิปรายและทบทวนความรู้ โดยการซักถามในการมาใช้

บริการในการฝากครรภ์ทุกครั้ง และให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้รับบริการยังต้องการ พร้อมกับทบทวนเรื่องวิธีการใช้บริการผ่านช่องทาง SD19 Smart Mom และ 2. Application Line Official Account SD19 Smart Mom ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่หน่วยงานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 และหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 เนื้อหาประกอบด้วย 1) ช่องทาง Chat ปรึกษา SD19 Smart Mom 2) โรงเรียนพ่อแม่ SD19 Smart Mom 3) คลินิกนมแม่ออนไลน์ SD19 Smart Mom 4) ตารางการให้บริการ SD19 Smart Mom 5) ติดต่อเรา SD19 Smart Mom และ 6) คำถามที่พบบ่อย SD19 Smart Mom ระยะเวลาการใช้โปรแกรมที่แผนกฝากครรภ์ จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 40-50 นาที ดังภาพ 2-3



ภาพ 2 แสดงหน้าเมนูแอปพลิเคชัน



ภาพ 3 แสดงเนื้อหาความรู้ในแอปพลิเคชันและช่องทางการติดต่อ

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะของแบบสอบถามเป็นชนิดแบบให้เลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้

2.2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยประยุกต์ตามแบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพของคนไทย (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ประกอบด้วยข้อคำถามให้เลือกตอบ 20 ข้อ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (access) จำนวน 4 ข้อ การทำความเข้าใจ (cognitive) จำนวน 3 ข้อ ทักษะการสื่อสาร (communication skill) จำนวน 3 ข้อ รู้เท่าทันสื่อ (media literacy) จำนวน 3 ข้อ ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) จำนวน 3 ข้อ และการจัดการตนเอง (self-management) จำนวน 4 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. การตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา ดังนี้

1.1 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลมารดาทารกจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อสารสนเทศจำนวน 1 ท่าน วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

1.2 โปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) และ Application Line Official Account SD19 Smart Mom ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลมารดาทารกจำนวน 1 ท่านอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อสารสนเทศจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้

2. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .96

2.2 ผู้วิจัยนำโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) และ Application Line Official Account SD19 Smart Mom ไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยการสนทนากลุ่ม (focus group) และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน พบว่ามีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในการวิจัยก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการ หลังจากได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 เลขที่ 3/2566 วันที่ 15 มีนาคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. จัดทำหนังสือราชการติดต่อประสานงาน ขอใช้สถานที่ใช้สถานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จังหวัดกาญจนบุรีในการดำเนินการวิจัย และเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ติดต่อประสานงานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จังหวัดกาญจนบุรี นัดวันและเวลาชี้แจงโครงการวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ได้ครบ 30 ราย

ระยะดำเนินการ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 8.00 น. - 12.00 น. ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์รายใหม่จนครบจำนวน 30 คน โดยติดสติกเกอร์บนสมุดฝากครรภ์เพื่อเป็นสัญลักษณ์แสดงว่าเป็นกลุ่มตัวอย่าง และนัดพบกลุ่มตัวอย่าง 3 ครั้ง ตามวันนัดตรวจครรภ์ที่เหมาะสมกับช่วงอายุครรภ์ ซึ่งระยะห่างในการนัดตรวจครรภ์แต่ละครั้งอยู่ในช่วง 2-5 สัปดาห์ โดยใช้ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 เหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกเก็บข้อมูลในวันที่กล่าวมาข้างต้น เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้วจึงดำเนินตามกิจกรรม

ครั้งที่ 1 ที่แผนกฝากครรภ์ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ใช้เวลา 50 นาที

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย แนะนำตนเองพร้อมกับให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ หากไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย หรือหากเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการที่ได้รับ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 โดยภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติเสร็จสิ้นแล้วผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และตอบแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้าโปรแกรม ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

กิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้การเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ ผลกระทบที่ตามมาของการตั้งครรภ์และการคลอด และความสำคัญของการรับรู้ข้อมูลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

กิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยแนะนำการใช้เครื่องมือ Line official Account SD19 Smart Mom โดยให้เริ่มจากสแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อเพิ่มเพื่อน และแนะนำวิธีการใช้องค์ประกอบหลักดังต่อไปนี้ 1) ช่องทาง Chat ปรึกษา SD19 Smart Mom 2) โรงเรียนพ่อแม่ SD19 Smart Mom 3) คลินิกนมแม่ออนไลน์ SD19 Smart Mom 4) ตารางการ

ให้บริการ SD19 Smart Mom 5) ติดต่อเรา SD19 Smart Mom 6) คำถามที่พบบ่อย SD19 Smart Mom ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ครั้งที่ 2 ที่แผนกฝากครรภ์ ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3) ใช้เวลา 40 นาที

กิจกรรมที่ 1 ภายหลังกลุ่มตัวอย่างที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ได้รับบริการเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่มอภิปรายและทบทวนความรู้เกี่ยวกับการรับรู้การเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ ผลกระทบที่ตามมาของการตั้งครรภ์และการคลอด และความสำคัญของการรับรู้ข้อมูลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

กิจกรรม 2 จัดกิจกรรมกลุ่มอภิปรายและทบทวนความรู้ ซักถามความเข้าใจในการใช้องค์ประกอบในแอปพลิเคชัน Line official Account SD19 Smart Mom ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงการใช้ให้ดูและอธิบายการใช้เพิ่มเติมในหัวข้อที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจ และผู้วิจัยประเมินความเข้าใจในการใช้โปรแกรม Line official Account SD19 Smart Mom ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ครั้งที่ 3 ที่แผนกฝากครรภ์ ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 5) ใช้เวลา 50 นาที

กิจกรรมที่ 1 ภายหลังกลุ่มตัวอย่างที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ได้รับบริการเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่มอภิปรายและทบทวนความรู้เกี่ยวกับการรับรู้การเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ ผลกระทบที่ตามมาของการตั้งครรภ์และการคลอด และความสำคัญของการรับรู้ข้อมูลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

กิจกรรมที่ 2 จัดกิจกรรมกลุ่มอภิปรายและทบทวนความรู้ ผู้วิจัยซักถามเพื่อประเมินความเข้าใจในการใช้ Line official Account SD19 Smart Mom ให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโปรแกรม Line official Account SD19 Smart Mom และปัญหาอุปสรรคในการใช้โปรแกรมเพื่อปรับปรุงแก้ไข ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

กิจกรรมที่ 3 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นข้อคำถามชุดเดียวกับก่อนการทดลอง ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของแบบประเมินก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากนั้นจึงทำการยุติสัมพันธภาพและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการกระจายข้อมูลแจกแจงแบบปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญ *($p < .05$)*

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จังหวัดกาญจนบุรี หมายเลขใบรับรอง 3/2566 วันที่ให้การรับรอง 15 มีนาคม 2566 และได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยที่เข้าถึงข้อมูลได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้โดยอิสระหรือหากตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อบริการที่จะได้รับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุ 20-34 ปี ร้อยละ 86.6 รายได้เฉลี่ย 10,000-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 53.3 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 46.7 ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 30 อาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัท ร้อยละ 50

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom วิเคราะห์ข้อมูลรายด้าน ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ (n=30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	*p*
	μ	S.D.	μ	S.D.		
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.92	0.58	4.82	0.37	10.26	.00*
2. ด้านทำความเข้าใจ	4.07	0.70	4.72	0.40	6.70	.00*
3. ด้านทักษะการสื่อสาร	3.47	0.70	4.95	0.12	11.90	.00*
4. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	3.80	0.63	4.77	0.38	9.77	.00*
5. ด้านการตัดสินใจ	3.57	0.57	4.74	0.37	9.80	.00*
6. ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง	3.72	0.53	4.82	0.24	12.64	.00*

ตาราง 1 พบว่าหลังการได้รับโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทำความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านการตัดสินใจ และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมโดยอยู่ในระดับดีมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom วิเคราะห์คะแนนความรอบรู้รวม ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ (n=30)

หัวข้อ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	*p*
	μ	S.D.	μ	S.D.		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.72	0.53	4.82	0.24	14.99	.00*

ตาราง 2 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

อภิปรายผล

ผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรม “สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom)” มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value < .05) เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจากองค์ประกอบของโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) ซึ่งออกแบบมาโดยเฉพาะเพื่อหญิงตั้งครรภ์ที่เอื้อต่อการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพแบบองค์รวม ทั้งการแนะนำแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ การสื่อสารในรูปแบบที่เข้าใจง่าย ช่องทางให้คำปรึกษาส่วนบุคคลผ่าน Line Official และสื่อมัลติมีเดียอย่างคลิปวิดีโอ ที่ช่วยพัฒนาการเข้าถึง (access) ความเข้าใจ (understanding) และทักษะในการตัดสินใจ (decision-making) ของหญิงตั้งครรภ์ได้ดีขึ้น ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ (ธิติพร สุวรรณอำภา และทัศนีย์วรรณ พฤกษาเมธานันท์, 2566) ที่พบว่าการให้ความรู้โดยใช้โมบายแอปพลิเคชันในขณะตั้งครรภ์ สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นโปรแกรมได้จัดการนำเสนอข้อมูลสุขภาพที่หลากหลาย ครอบคลุมตั้งแต่การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์จนถึงการดูแลทารกแรกเกิด พร้อมมีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลที่ง่ายและเหมาะสมกับบริบทของหญิงตั้งครรภ์ และในโปรแกรมมีฟังก์ชันการสืบค้นข้อมูล เช่น chat ปรึกษา เมนูคำถามที่พบบ่อย เป็นต้น ซึ่งช่วยเพิ่มทักษะการใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการสามารถค้นหาและใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองได้ทันที ซึ่งตอบโจทย์การพัฒนาทักษะข้อมูล (information literacy) สามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ อินทรเนตร และรพีพรรณ นาคบุบผา (2566) ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง health literacy ที่ระบุว่า health literacy ประกอบด้วยการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้ ดังนั้นโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) จึงมีบทบาทเป็นกลไกที่ช่วยให้ข้อมูลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้รับบริการสามารถใช้ข้อมูลนั้นในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่การลดภาระบริการโรงพยาบาลในระยะยาว อีกทั้งยังมีผลต่อความมั่นใจและความรู้สึกมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสำคัญมากในช่วงตั้งครรภ์ (เสาวนีย์ อินทรเนตร และรพีพรรณ นาคบุบผา, 2566)

นอกจากนั้นจากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเข้าโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p*-value < .05 ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในการวิจัยนี้ เป็นกระบวนการสร้างการเรียนรู้และพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่การพัฒนาทักษะการเข้าถึงโดยผู้วิจัยได้แนะนำแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ และพัฒนารูปแบบการสื่อสาร การแจ้งข่าวสาร การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพเฉพาะบุคคลผ่านทาง Line Official เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ทักษะการเข้าใจ ทั้งการให้บริการในโรงพยาบาล และคลิปวิดีโอ ความรู้ทางวิชาการต่าง ๆ ที่เผยแพร่ใน Line Official โดยการใช้ภาษาเข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงคำศัพท์เฉพาะ จะช่วยลดระยะเวลาการมารับบริการในโรงพยาบาล ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีเวลาในการรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์มากขึ้น ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ (นธภร วิโสรัมย์ และกมลรัตน์ สมใจ, 2568) ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังการใช้งานแพลตฟอร์มดิจิทัล “ Smart Mom” พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี นอกจากนั้นในด้านทักษะการตัดสินใจเป็นสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองและตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเมื่อตนเองมีปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม หลังจากได้รับทราบข้อมูลหรือปรึกษาปัญหาทางสุขภาพกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดูแล Line Official SD19 Smart Mom ในขณะเดียวกันหญิงตั้งครรภ์จะคิดวิเคราะห์และตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเอง เช่น การให้ประเมินอาการและตัดสินใจเมื่อพบความผิดปกติ หรือเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมันโร และคณะ (Munro et al., 2017) ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนคลอดผ่านการส่งข้อความ SMS Smart Mom นั้นเป็นที่ยอมรับอย่างสูง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า

Smart Mom จะช่วยเพิ่มพูนความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพในวิธีที่สะดวกและรวดเร็ว ตอบโจทย์ความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งตรงกับ Critical health literacy ของ Nutbeam (2008) ซึ่งเน้นความสามารถด้านคิดวิเคราะห์และการมีบทบาทในการควบคุมสุขภาพของตนเอง เมื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกระดับเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ที่ตามมาคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น การดูแลโภชนาการ การออกกำลังกาย การติดตามสุขภาพ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของมารดาและทารกทั้งในระยะยาว

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเข้าโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ สามารถนำโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) ไปให้บริการหญิงตั้งครรภ์ปกติทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน และเป็นช่องทางในการติดตามปัญหาของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งผลต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ดีขึ้น

2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) ไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลสามารถให้ความรู้กับหญิงตั้งครรภ์ได้

3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้บริหารโรงพยาบาลควรสนับสนุนให้พยาบาลนำโปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) ไปประยุกต์ใช้กับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมการให้บริการ และการให้ข้อมูลอย่างหลากหลายช่องทาง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และควรมีการศึกษาและติดตามผลการใช้โปรแกรมสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 Smart Mom (SD19 Smart Mom) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *นโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข*. https://moph.go.th/document/lWD3hpT4E50JDENWStmQ2GJohDDMJRfs.pdf.

ธิติพร สุวรรณอำภา และ ทัศนีย์วรรณ พฤกษาเมธานันท์. (2566). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, *38*(1), 98-111.

นธภร วิโสรัมย์ และ กมลรัตน์ สมใจ. (2568). การติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (Smart Mom). *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, *33*(2), 119-130.

บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ประไพ กิตติบุญถวัลย์, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, และ ศักดิ์มงคล เชื้อทอง. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน. *วารสาร มจร การพัฒนาสังคม*, *7*(2), 71-84.

ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ และ พรสวรรค์ คำทิพย์. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามด้วยแอปพลิเคชัน LINE ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายแกว่งแขนและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, *35*(2), 52-69.

สุจิตรา สุมนนอก, มณีรัตน์ อวยสวัสดิ์, ศรีประภา ลุนละวงศ์, และ ชัชฎา ประจุดทะเก. (2565). การพัฒนารูปแบบบริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนววิถีชีวิตใหม่. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, *16*(2), 690-710.

เสาวนีย์ อินทรเนตร และ รพีพรรณ นาคบุบผา. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์แรก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, *7*(2), 90-104.

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *แบบวัดความรอบรู้สุขภาพคนไทย*. http://bsris.swu.ac.th/hl-wellbeing/q/q9.pdf.

Munro, S., Hui, A., Salmons, V., Solomon, C., Gemmell, E., Torabi, N., & Janssen, P.A. (2017). Smart mom text messaging for prenatal education: A qualitative focus group study to explore Canadian women's perceptions. *JMIR Public Health SurveillE, 3*(1), 1-12. https://doi:10.2196/publichealth.6949

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072-2078. https://doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Norman, G. R., & Streiner, D. L. (2008). *Biostatistics: The essentials* (3rd ed.). Hamilton, Canada: B. C. Decker.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569, 122 - 137
Nursing, Health, and Public Health Journal
Vol. 5 No. 1, January - April 2026, 122 - 137

ผลการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

The effectiveness of the preparedness program for knee arthroplasty at Thabo Crown Prince Hospital

อรพรรณ สุวรรณวลัยกร[1*], กิตติพร เนาว์สุวรรณ[2] และ อัจฉรา คำมะทิตย์[3]
Orapan Suwanwalaikorn[1], Kittiporn Nawsuwan[2], Adchara Khammathit[3]
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ[1*],
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[2],
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[3]
Thabo Crown Prince Hospital[1*],
Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute[2],
Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute[3]
*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: orapan1331@gmail.com

(Received: November 22, 2025; Revised: March 10, 2026; Accepted: March 25, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 25 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการเตรียมความพร้อม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการหลังผ่าตัด (Modified WOMAC scale และ Knee Flexion record) แบบสอบถามความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ เครื่องมือมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ Independent t-test และ One-sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีคะแนน Modified WOMAC scale for Knee pain น้อยกว่ากลุ่มควบคุม มีอัตราการงอเข่าได้มากกว่า 90 องศา และมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) นอกจากนี้ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 5 ข้อ มีคะแนนสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (3.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

ข้อเสนอแนะ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมนี้มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้และสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วย จึงควรนำไปปรับใช้เป็นมาตรฐานการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ณ คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ จนถึงการติดตามผลหลังจำหน่าย โดยเน้นการให้ข้อมูลที่จำเป็น การฝึกทักษะการดูแลตนเอง และการสนับสนุนด้านจิตสังคมร่วมกับเครือข่ายสุขภาพชุมชน เพื่อส่งเสริมการปรับตัวและสร้างความมั่นใจในการกลับไปใช้ชีวิตตามปกติของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อม, การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม, ความพึงพอใจ, การฟื้นฟูสมรรถภาพ

Abstract

This two-group quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of a preparedness program for patients undergoing total knee arthroplasty at Thabo Crown Prince Hospital. The sample included 32 patients with knee osteoarthritis scheduled for surgery, divided equally into an experimental group and a control group (n = 16 each), along with 25 professional nurses. Research instruments consisted of the preparedness program, a demographic questionnaire, postoperative assessment forms (Modified WOMAC scale and Knee Flexion record), a knowledge questionnaire, and satisfaction scales. The instruments demonstrated an Index of Item-Objective

Congruence (IOC) between 0.67–1.00 and a Kuder-Richardson 20 (KR-20) reliability coefficient of 0.81. Data analysis was performed using percentages, independent t-tests, and one-sample t-tests.

The results revealed that the experimental group achieved significantly higher mean scores for self-care knowledge and satisfaction compared to the control group. Additionally, the experimental group showed significantly lower mean pain scores (Modified WOMAC scale) and a higher rate of knee flexion exceeding 90 degrees than the control group (p-value < .05). Regarding the professional nurses, their satisfaction across all five dimensions was significantly higher than the standard criterion (3.00) (p-value < .05).

Recommendation: The preparedness program proved effective in enhancing both the knowledge and physical performance of patients. It is recommended that this program be integrated into standard nursing care, spanning from the preoperative phase in the orthopedic clinic to post-discharge follow-up. Emphasis should be placed on providing essential information, training self-care skills, and offering psychosocial support in collaboration with community health networks to facilitate patient adaptation and confidence in returning to their daily activities.

Keywords: Preparedness program, Total knee arthroplasty, Satisfaction, Physical rehabilitation

บทนำ

โรคระบบกระดูกและข้อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะโรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและการสูญเสียสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ รายงานการศึกษาภาวะโรคระดับโลก (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020) ระบุว่าโรคข้อเสื่อมเป็น หนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020) โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งเป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด เนื่องจากข้อเข่าเป็นข้อต่อขนาดใหญ่ที่ต้องรองรับน้ำหนักตัวและมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา

ในบริบทของประเทศไทย โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุของโรคมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน การใช้งานข้อเข่าอย่างไม่เหมาะสม การใช้งานข้อซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน รวมถึงการบาดเจ็บของข้อเข่าในอดีต (กรกฎ กพนรัตน์ และคณะ, 2566) พยาธิสภาพของโรคเกิดจากการเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนผิวข้อและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในข้ออย่างค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดข้อ ข้อฝืด ข้อบวม เคลื่อนไหวลำบาก และเกิดความพิการในระยะท้ายของโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์นิยมไม่สามารถควบคุมอาการหรือชะลอความเสื่อมของข้อเข่าได้ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Total knee arthroplasty: TKA) จึงเป็นทางเลือกสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระยะรุนแรง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการปวด แก้ไขความผิดรูปของข้อเข่า เพิ่มสมรรถภาพการเคลื่อนไหว และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม เช่น การติดเชื้อ ข้อเข่าติด การเคลื่อนไหวข้อเข่าจำกัด รวมถึงความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วย (สุจิตร์ตรา เย็นสรง, 2566) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อผลลัพธ์หลังผ่าตัด งานวิจัยของ เพ็ญพักตร์ อินติ (2567) ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีผลลัพธ์ด้านการเคลื่อนไหวและคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ

การศึกษาของ พัชรินทร์ ชูชื่น และคณะ (2567) ซึ่งรายงานว่าการฝึกและการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดสามารถช่วยเร่งการฟื้นตัวด้านสมรรถภาพการทำงานของข้อเข่าหลังผ่าตัดได้

นอกจากนี้ งานวิจัยในประเทศไทยยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และการได้รับข้อมูลที่เพียงพอก่อนและหลังการผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (กรกฎ กพนรัตน์ และคณะ, 2566) ขณะเดียวกัน การศึกษาของ อัคคลักษณ์ ญาณโรจน์ (2567) ชี้ให้เห็นว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องส่งผลต่อช่วงการเคลื่อนไหวของข้อเข่าและความสามารถในการเดินของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อเป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอที่ให้บริการผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลย้อนหลังพบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในแต่ละปีจำนวนมาก ปัญหาที่พบบ่อยในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ขณะที่ปัญหาสำคัญในระยะหลังผ่าตัดคือภาวะข้อเข่าติดและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและภาระในการดูแลต่อเนื่องของระบบสุขภาพ (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ, 2566)

แม้ว่าจะมีงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่บ้าง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านร่างกายเป็นหลัก และมักดำเนินการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (จิตชญา อยู่เย็น และคณะ, 2560; ณัชชา ตระการจันทร์ และพัศจีพร ยศพิทักษ์, 2563; นิลุบล ไชยโกมล, 2563) ขณะที่การศึกษาที่ประเมิน ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในมิติที่ครอบคลุมทั้งความรู้ของผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางคลินิก และความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรทางการพยาบาลในบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่า ที่พัฒนาและดำเนินการโดยทีมพยาบาลในบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านความรู้ของผู้ป่วย ผลลัพธ์หลังผ่าตัด และความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรทางการพยาบาล

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบ เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายอันจะนำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดตามมาตรวัด Modified WOMAC Scale for Knee Pain ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการงอข้อเข่าได้มากกว่า 90 องศา ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
5. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาลที่มีต่อการนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าไปใช้ในการปฏิบัติงาน

สมมติฐาน

1. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มีระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มีระดับความปวดข้อเข่าหลังผ่าตัด Modified WOMAC Scale for Knee Pain ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

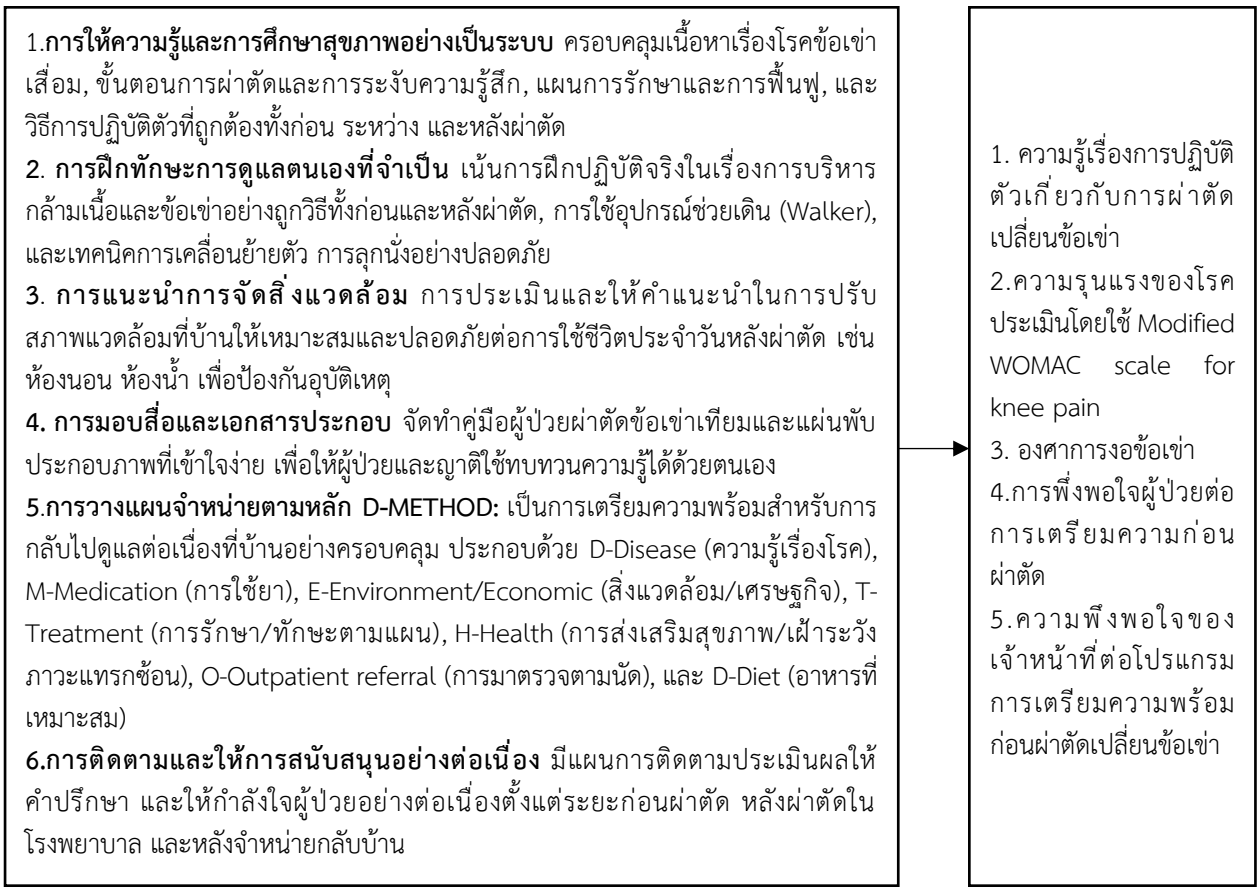
3. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มีความสามารถในการงอข้อเข่าได้มากกว่า 90 องศา สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มีระดับความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

5. เจ้าหน้าที่พยาบาลที่นำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าไปใช้ในการปฏิบัติงาน มีระดับความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม สูงกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การนำแนวคิดทฤษฎีพยาบาลต่างๆ มาประยุกต์ใช้ ได้แก่ ทฤษฎีของไนติงเกล แนวคิดการดูแลตัวเองของโอเร็ม (Orem, 2001) และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (Gibson, 1991) ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสามารถดูแลตัวเองหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการวิจัยครั้งนี้ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (the two groups, pre-test, post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และมีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565
2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวนทั้งสิ้น 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 16 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling)

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means Differences between two independent means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size)=0.50 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) ซึ่งเหมาะสมกับการวิจัยกึ่งทดลองด้านการพยาบาลและการแทรกแซงทางสุขภาพ โดยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งรายงานผลลัพธ์ในระดับปานกลางถึงสูง (เพ็ญพักตร์ อินติ 2567; พัชรินทร์ ชูชื่น และคณะ 2567) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha)= .05 และค่า Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน (Cohen, 1988) ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 27 คน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 32 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (dropout) ระหว่างการดำเนินการวิจัย และเพื่อเพิ่มความเหมาะสมของการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างเท่าเทียมกัน กลุ่มละ 16 คน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการออกแบบการวิจัยเชิงทดลองและช่วยเพิ่มความแม่นยำของผลการวิเคราะห์ทางสถิติ

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเพศชายหรือเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และมีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ
2. ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้และสื่อสารได้ตามปกติ
3. ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนภาษาไทยได้
2. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสารหรือการรับรู้
3. ผู้ป่วยติดเตียงหรือมีภาวะแขนขาอ่อนแรง
4. ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ประสงค์ถอนตัวออกจากการวิจัยไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม

2. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวน 25 คน ซึ่งเป็นการคัดเลือกแบบ ประชากรทั้งหมด (total population) เนื่องจากจำนวนพยาบาลในหน่วยงานมีจำนวนไม่มาก และทุกคนมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ซึ่งการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพใช้การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกับค่ามาตรฐาน (one-sample t-test) จึงไม่จำเป็นต้องคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย G*power แต่ใช้พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในหน่วยงานเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานอย่างแท้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing) ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ป่วย (patient education and self-care promotion) เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการสนับสนุนทางจิตสังคม โดยมีคู่มือการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเป็นเอกสารประกอบการดำเนินงาน โปรแกรมแบ่งการดำเนินการออกเป็น 4 ระยะสำคัญ รวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อมตั้งแต่แรกรับและก่อนผ่าตัด (Preoperative Preparation Phase) ดังนี้

ครั้งที่ 1 แรกรับภายหลังแพทย์มีคำสั่งนัดหมายผ่าตัด ภายหลังแพทย์มีคำสั่งนัดหมายเพื่อเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทางประชากรและลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย เพื่อสร้างความเข้าใจในบริบทเบื้องต้น พร้อมทั้งประเมินสภาวะทางคลินิกอย่างเป็นระบบ โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน ได้แก่ Modified WOMAC scale การบันทึกองศาการงอของข้อเข่า (Knee Flexion) และการประเมินความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ภายหลังการประเมิน ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเตรียมความพร้อม โดยมุ่งเน้นการให้ข้อมูลเชิงบูรณาการ ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม แผนการรักษาและการระงับความรู้สึก แนวทางการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีการฝึกทักษะการบริหารกล้ามเนื้อและข้อเข่าอย่างถูกต้อง การให้คำแนะนำเชิงรุกในการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านเพื่อความปลอดภัย และการมอบคู่มือผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อใช้เป็นสื่อในการทบทวนองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจในการเข้าสู่กระบวนการรักษา

ครั้งที่ 2 ก่อนผ่าตัด 1 วัน ดำเนินการทบทวนและเน้นย้ำองค์ความรู้จากการเตรียมความพร้อมใน ครั้งที่ 1 โดยใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงรุกที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้วิจัยประเมินระดับความเข้าใจ ประเด็นที่ผู้ป่วยยังมีความกังวล หรือข้อมูลที่ยังมีความคลาดเคลื่อน และเติมเต็มความรู้ให้ครบถ้วนในทุกมิติ การดำเนินงานในระยะนี้มุ่งเสริมสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย (empowerment) ควบคู่กับการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อกระบวนการผ่าตัดและการฟื้นฟูสภาพ

ระยะที่ 2 ระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในโรงพยาบาล (Postoperative Recovery Phase) ดังนี้

ครั้งที่ 3 ฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดวันที่ 3 และการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ผู้วิจัยดำเนินการประเมินสภาวะทางคลินิกและรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การรักษา โดยใช้เวลาประมาณ 20–30 นาที ประกอบด้วยการประเมินระดับความปวด การตอบสนองต่อยาแก้ปวด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การประเมิน Modified WOMAC scale และการบันทึกพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (knee flexion) รวมถึงการประเมินซ้ำด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ซึ่งในระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มร่วมกับหลักการวางแผนจำหน่าย D-METHOD ผ่านกระบวนการสอน การให้คำแนะนำ และการสนับสนุนด้านร่างกายและจิตสังคม โดยครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 7 ด้าน ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค การใช้ยา สิ่งแวดล้อมและสังคม แนวทางการรักษาต่อเนื่อง การสังเกตอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัด และโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านจากการดูแลในโรงพยาบาลสู่การดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 3 ระยะติดตามผลหลังจำหน่าย (Follow-up Phase) ดังนี้

ครั้งที่ 4 การติดตามผลภายหลังการจำหน่าย ดำเนินการติดตามผลที่คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยประเมินสภาวะทางคลินิกและความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพด้วยเครื่องมือมาตรฐานชุดเดียวกับระยะก่อนจำหน่าย เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงเชิงประจักษ์ ระยะนี้เน้นการสะท้อนข้อมูลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ การสำรวจปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง และการใช้กระบวนการคิดแก้ปัญหาร่วมกัน

เพื่อปรับแนวทางการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของแต่ละครอบครัว พร้อมทั้งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 4 ระยะติดตามผลระยะยาวและการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Long-term Empowerment Phase)

ครั้งที่ 5 การประเมินผลสัมฤทธิ์ในระยะยาว เป็นการติดตามผลต่อเนื่องเพื่อประเมินสภาวะทางคลินิก ศักยภาพทางกายภาพ และพลวัตของการเปลี่ยนแปลงภายหลังผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ ผู้วิจัยประเมินความก้าวหน้าของการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เคยระบุไว้ พร้อมทั้งใช้กระบวนการทวนสอบความถูกต้องของทักษะและองค์ความรู้ในการดูแลตนเอง รวมถึงการเสริมแรงทางบวกและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมความมั่นคงและความยั่งยืนในการดูแลตนเอง อันนำไปสู่ผลลัพธ์ทางการรักษาที่สมบูรณ์และคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกเป็น 5 ชุด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

2.2 แบบประเมินอาการหลังผ่าตัด ประกอบด้วย Modified WOMAC Scale for Knee Pain ฉบับภาษาไทย (Bellamy et al., 1988 อ้างถึงใน จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์, 2563) ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการปวดข้อเข่า และ knee flexion record สำหรับบันทึกองศาการงอของข้อเข่าแบบประเมินรวมจำนวน 24 ข้อ คะแนนรวม 240 คะแนน โดยแบ่งระดับความรุนแรงของอาการออกเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนน คือ 0-80 คะแนน หมายถึงระดับน้อย, 81-160 คะแนน หมายถึงระดับปานกลาง และ 161-240 คะแนน หมายถึงระดับรุนแรงมาก ดังนั้นคะแนนที่สูง ตั้งแต่ 161 คะแนนขึ้นไป หมายถึงผู้ป่วยมีอาการปวดและข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับรุนแรง ส่วน Knee Flexion Record ใช้สำหรับบันทึกองศาการงอของข้อเข่าซึ่งวัดโดยใช้เครื่องมือวัดมุมข้อต่อ (goniometer)

2.3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ “ใช่”, “ไม่ใช่” และ “ไม่ทราบ” การให้คะแนนตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–20 คะแนน คะแนนที่สูงแสดงถึงระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่สูงขึ้น

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) ถึง พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) การแปลความหมายคะแนนใช้ค่าเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ยที่สูงแสดงถึงระดับความพึงพอใจที่สูงขึ้น

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) ถึงพึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) การแปลความหมายคะแนนใช้การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกับค่ามาตรฐาน 3.00 โดยคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่าค่ามาตรฐานแสดงถึงความพึงพอใจในระดับดี

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างและปรับปรุงขึ้น ได้แก่ 1) โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าพร้อมคู่มือ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ 2 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา กิจกรรม และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยในส่วนของแบบสอบถามความรู้ฯ พบว่ามีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ทุกข้อ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้การคำนวณด้วยสูตร Kuder–Richardson 20 (KR-20) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 สำหรับแบบประเมินอาการหลังผ่าตัด (Modified WOMAC Scale) และแบบบันทึกองศาการงอของข้อเข่า (Knee Flexion Record) ผู้วิจัยใช้เครื่องมือมาตรฐานที่มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามต้นฉบับ จึงไม่ได้ดำเนินการหาความเชื่อมั่นซ้ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขหนองคาย และหลังจากได้รับรองจากสำนักงานสาธารณสุขหนองคาย ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

2. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย อธิบายขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย อธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

5. ปฏิบัติการทดลองตามโปรแกรมที่วางแผนไว้ ซึ่งกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing) ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ป่วย (patient education and self-care promotion) เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกทักษะและการสนับสนุนทางจิตสังคม โดยมีคู่มือการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นเอกสารประกอบการดำเนินงาน

<u>กลุ่มทดลอง</u> ดำเนินการตามโปรแกรมแบ่งการดำเนินการออกเป็น 4 ระยะสำคัญ รวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ดำเนินการ 2 ครั้ง ได้แก่ <u>ครั้งที่ 1</u> ภายหลังแพทย์มีคำสั่งนัดหมายผ่าตัด ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐาน ประเมินสภาวะทางคลินิก ได้แก่ ระดับความปวดด้วย Modified WOMAC scale การบันทึกองศาการงอของข้อเข่า และการประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด พร้อมให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตัวก่อน–หลังผ่าตัด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การฝึกบริหารข้อเข่า การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน และมอบคู่มือผู้ป่วย <u>ครั้งที่ 2</u> ก่อนผ่าตัด 1 วัน เป็นการทบทวนและเน้นย้ำองค์ความรู้ ประเมินความเข้าใจ เติมเต็มข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วน และเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองและความพร้อมด้านจิตใจ

ระยะที่ 2 ระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในโรงพยาบาล ดำเนินการ 1 ครั้ง ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้วิจัยประเมินสภาวะทางคลินิก ระดับความปวด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ประเมิน Modified WOMAC scale การงอข้อเข่า และประเมินความรู้ซ้ำ พร้อมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มร่วมกับหลักการวางแผนจำหน่าย D-METHOD ผ่านการสอน การให้คำแนะนำ และการสนับสนุนด้านร่างกายและจิตสังคม

ระยะที่ 3 ระยะติดตามผลหลังจำหน่าย ดำเนินการ 1 ครั้ง ที่คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ โดยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพด้วยเครื่องมือชุดเดียวกับก่อนจำหน่าย ร่วมกับการสะท้อนปัญหา อุปสรรค และการแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อปรับแนวทางการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย

ระยะที่ 4 ระยะติดตามผลระยะยาวและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดำเนินการ 1 ครั้ง เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ในระยะยาว ตรวจสอบความถูกต้องของทักษะและองค์ความรู้ในการดูแลตนเอง พร้อมเสริมแรงเชิงบวกและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการดูแลตนเอง รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์

กลุ่มควบคุม การดำเนินการในกลุ่มควบคุมเป็นการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลปกติของหน่วยงาน (routine nursing care) และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง โดยแบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ระยะก่อนผ่าตัด (baseline) ภายหลังผู้ป่วยได้รับการนัดหมายเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะทางประชากร การประเมินระดับความปวดและสมรรถภาพการทำงานของข้อเข่าด้วย modified WOMAC scale การบันทึกพิสัยการเคลื่อนไหวหรือองศาการงอของข้อเข่า (knee flexion record) และการประเมินความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลปกติ

ครั้งที่ 2 ระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการติดตามประเมินผลในวันที่ 3 หลังการผ่าตัด ใช้เวลาเก็บข้อมูลประมาณ 20–30 นาที ประกอบด้วยการประเมินระดับความปวด การตอบสนองต่อยาแก้ปวด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การประเมินสมรรถภาพข้อเข่าด้วย modified WOMAC scale การบันทึกพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า และการประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้วยแบบสอบถามชุดเดิม ทั้งนี้ผู้ป่วยยังคงได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติ

ครั้งที่ 3 ระยะติดตามผลหลังจำหน่าย (follow-up) ดำเนินการติดตามประเมินผลที่คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ตามวันนัดหมายของแพทย์ โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกับครั้งที่ 2 ได้แก่ การประเมินระดับความปวด สมรรถภาพการทำหน้าที่ของข้อเข่า (modified WOMAC scale) และพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (knee flexion record) เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพภายหลังกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ข้อมูลที่ได้ใช้ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

6. การประเมินผล ความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดยแบ่งเป็นแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับจากพึงพอใจมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงพึงพอใจน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน และแบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่ใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับจากพึงพอใจมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงพึงพอใจน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

7. เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและทดลองโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยใช้สถิติ Independent t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบ Modified WOMAC scale for knee pain โดยใช้สถิติ Independent t-test

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการงอเข่าได้มากกว่า 90 องศาโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. ความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

6. ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาลที่มีต่อการนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าไปใช้ในการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติ One sample t-test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้หมายเลขรับรอง NKPH 59/2564 ลงวันที่ 21 กันยายน 2564 และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจง วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งการตอบรับหรือการปฏิเสธในการวิจัย จะไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือ การรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วม ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม โดย ระหว่างการศึกษาจะมีพยาบาลวิชาชีพดูแลความปลอดภัยตลอดเวลา ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมศึกษา สามารถบอก ยกเลิกได้ การศึกษาในครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวมไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุล หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษา สามารถสอบถามผู้วิจัย หรือสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิในการดูแลผู้รับบริการหรือการปฏิบัติงานและทำลายข้อมูลทั้งหมดภายใน 1 ปี ภายหลังจากผลวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 32)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n =16)		กลุ่มควบคุม (n =16)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	11	68.75	0	0.00
หญิง	5	31.25	16	100.00
อายุ				
50-59 ปี	5	31.25	5	31.25
60-69 ปี	6	37.50	7	43.75
70-79 ปี	5	31.25	4	25.00
น้ำหนัก				
50-59 กิโลกรัม	3	18.75	1	6.25
60-69 กิโลกรัม	8	50.00	7	43.75
70-79 กิโลกรัม	3	18.75	4	25.00
80-89 กิโลกรัม	1	6.25	3	18.75
90 กิโลกรัมเป็นต้นไป	1	6.25	1	6.25
BMI				
BMI น้อยกว่า 25	7	43.75	6	37.50
BMI มากกว่า 25	9	56.25	10	62.50
การผ่าตัด				
Rt TKA	4	25.00	8	50.00
Lt TKA	8	50.00	5	31.25
Both TKA	4	25.00	3	18.75
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	4	25.00	3	18.75
DM	5	31.25	4	25.00
HT	3	18.75	6	37.50
DM, HT	2	12.50	2	12.50
โรคประจำตัวอื่นๆ	1	6.25	1	6.25

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n =16)		กลุ่มควบคุม (n =16)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนวันนอน				
4 วัน	2	12.50	2	12.50
5 วัน	8	50.00	6	37.50
6 วัน	3	18.75	5	31.25
7 วัน	2	12.50	4	25.00
8 วัน	1	6.25	0	0.00

ตาราง 1 พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 31.25 เพศชาย ร้อยละ 68.75 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.00 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี น้ำหนัก ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 60-69 กิโลกรัม BMI ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มากกว่า 25 kg/m^2 กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยผ่าตัด Lt TKA, Both TKA, Lt TKA คิดเป็น ร้อยละ 50.00, 25.00 และ25.00ตามลำดับ กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยผ่าตัด Rt TKA, Lt TKA, Both TKA คิดเป็น ร้อยละ 50.00, 31.25 และ18.75 ตามลำดับ โรคประจำตัว พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็น ความดันโลหิตสูง และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ 5 วัน คิดเป็นร้อยละ 50.00 และ37.50

2. เปรียบเทียบความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด

ตาราง 2 ผลเปรียบเทียบความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า	กลุ่มทดลอง(n=16) Mean	กลุ่มควบคุม (n=16) Mean	t	*S.D.*	*p*-value *(2-tailed)*
ก่อนทดลอง	7.80	7.60	0.17	1.17	*.87*
หลังทดลอง	15.30	10.90	5.73	0.77	*< .01**

*p< .05

ตาราง 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมช่วงก่อนผ่าตัด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (t=.17, p = .87) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมช่วงหลังการทดลอง พบว่าความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (t=5.73, *p=.00*)

3. ผลเปรียบเทียบค่า Modified WOMAC scale for Knee pain ระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด 3 วัน,หลังผ่าตัด 1 เดือน และหลังผ่าตัด 3 เดือน

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่า Modified WOMAC scale for Knee pain ระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ทั้งก่อนผ่าตัด หลังการผ่าตัด 3 วัน,หลังผ่าตัด 1 เดือน และหลังผ่าตัด 3 เดือน

Modified WOMAC scale for Knee pain	กลุ่มทดลอง(n=16) Mean	กลุ่มควบคุม (n=16) Mean	t	*S.D.*	*p-value (2-tailed)*
ก่อนผ่าตัด	120.50	114.10	0.53	12.10	.60
หลังผ่าตัด 3 วัน	113.30	118.60	-1.11	4.75	.27
หลังผ่าตัด 1 เดือน	83.20	97.90	-2.60	5.65	.02*
หลังผ่าตัด 3 เดือน	61.10	77.00	-2.98	5.32	.01*

*p-value < .05

จากตาราง 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน Modified WOMAC scale for Knee pain ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการผ่าตัด ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (t = 0.53, p = .60) ค่าเฉลี่ยของคะแนน Modified WOMAC scale for Knee pain ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการผ่าตัด 3 วัน ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (t = -1.11, p = .28) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน Modified WOMAC scale for Knee pain หลังผ่าตัดทั้ง 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนน Modified WOMAC scale for Knee pain ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (t = -2.60, p = .02 และ t=-2.98, p = .01 ตามลำดับ)

4. ผลเปรียบเทียบอัตราการงอเข่าได้มากกว่า 90 องศา ระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ทั้งก่อนผ่าตัด หลังการผ่าตัด 3 วัน,หลังผ่าตัด 1 เดือน และหลังผ่าตัด 3 เดือน

ตาราง 4 เปรียบเทียบอัตราการงอเข่าได้มากกว่า 90 องศา ระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ทั้งก่อนผ่าตัด หลังการผ่าตัด 3 วัน,หลังผ่าตัด 1 เดือน และหลังผ่าตัด 3 เดือน

องศาของการงอเข่ามากกว่า 90 องศา	**กลุ่มทดลอง(n = 16)**	**กลุ่มควบคุม(n = 16)**	χ^2	*p*-value
	จำนวน (ร้อยละ)	**จำนวน (ร้อยละ)**		
ก่อนผ่าตัด	12(75.00)	12(75.00)	.00	*1.00*
หลังผ่าตัด 3 วัน	16(100.00)	16(100.00)	.00	*1.00*
หลังผ่าตัด 1 เดือน	16(100.00)	14(87.50)	5.06	*.04**
หลังผ่าตัด 3 เดือน	16(100.00)	13(81.25)	16.00	*.01**

* p < .05

จากตาราง 4 พบว่า อัตราการงอเข่าได้มากกว่า 90 องศา ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการผ่าตัด, หลังผ่าตัด 3 วัน ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (X^2 = .00, p = 1.00, X^2 = .00, p = 1.00 ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบอัตราการงอเข่าได้มากกว่า 90 องศา หลังผ่าตัดทั้ง 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่าอัตราการงอเข่าได้มากกว่า 90 องศา ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (X^2 = 5.06, p = *.04*, X^2 = 16.00, p = *.01* ตามลำดับ)

5. ความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตาราง 5 ความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า	หลังได้รับการเตรียมความพร้อม		*t*	*df*	*p*-value
	Mean	S.D.			
กลุ่มทดลอง (n =16)	3.61	0.45	-3.92	25.00	*0.01**
กลุ่มควบคุม (n =16)	4.13	0.27			

*$p < .05$

จากตาราง 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (t=-3.92, p =.01)

6. ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาลที่มีต่อการนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าไปใช้ในการปฏิบัติงานค่าเฉลี่ยระดับดีขึ้นไป (>3.00)

ตาราง 6 ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาลที่มีต่อการนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าไปใช้ในการปฏิบัติงานค่าเฉลี่ยระดับดีขึ้นไป (Mean > 3.00)

ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาล	n	Mean	*S.D.*	t	df	*p*-value
ความชัดเจน/เข้าใจง่ายของเนื้อหาโปรแกรม	25	4.02	0.35	14.04	24.00	*< 0.01**
ความเป็นไปได้/ความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ	25	3.97	0.38	12.65	24.00	*< 0.01**
ความครอบคลุม/ความสมบูรณ์ของโปรแกรม	25	4.00	0.36	13.51	24.00	*< 0.01**
ประโยชน์ของโปรแกรมต่อผู้ป่วย	25	3.93	0.37	12.43	24.00	*< 0.01**
การใช้เวลา/ภาระงานที่เพิ่มขึ้น	25	3.96	0.33	14.26	24.00	*< 0.01**

* $p < .05$ (ทดสอบด้วย One-sample t-test เทียบกับค่าเกณฑ์ 3.00)

จากตาราง 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาลทั้ง 5 ข้อ แตกต่างจากค่ามาตรฐานที่กำหนด (3.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมต่อความรู้ในการปฏิบัติตัว ระดับความปวด ความสามารถในการงอข้อเข่า และความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ดังนี้

1. ผลของโปรแกรมต่อความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมความรู้ของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการของโปรแกรมเน้นการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะก่อนเข้ารับการผ่าตัด โดยใช้การวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD ร่วมกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งมุ่งเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองผ่านการให้ความรู้ การชี้แนะ และการประเมินผลการเรียนรู้

ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังการผ่าตัดมากขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตชญา อยู่เย็น และคณะ (2560) ที่พบว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมช่วยเพิ่มความรู้และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ดีกว่าการพยาบาลตามปกติ

2. ผลของโปรแกรมต่อระดับความปวดหลังผ่าตัด (Modified WOMAC scale for Knee pain) ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน Modified WOMAC scale for Knee pain ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะ 1 เดือนและ 3 เดือน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมีส่วนช่วยลดระดับความปวดของผู้ป่วยได้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการความปวด การเคลื่อนไหว และการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ลดพฤติกรรมที่อาจกระตุ้นให้เกิดอาการปวด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่ระบุว่า เมื่อบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น จะช่วยลดความบกพร่องด้านสุขภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัชชา ตระการจันทร์ และ พัศจีพร ยศพิทักษ์ (2563) ที่พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดอย่างเป็นระบบช่วยลดอาการปวดและส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

3. ผลของโปรแกรมต่อความสามารถในการงอข้อเข่าได้มากกว่า 90 องศา จากผลการวิจัยพบว่า อัตราการงอข้อเข่าได้มากกว่า 90 องศาของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะ 1 เดือนและ 3 เดือนหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่กำหนดไว้ ผลลัพธ์ดังกล่าวเกิดจากกระบวนการของโปรแกรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวข้อเข่าอย่างถูกวิธี รวมถึงการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวและมีความสม่ำเสมอในการฝึกงอเหยียดข้อเข่า ส่งผลให้พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าดีขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) และงานวิจัยที่ระบุว่าการให้ข้อมูลและการฝึกปฏิบัติอย่างเป็นระบบช่วยเพิ่มสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของข้อเข่าหลังผ่าตัดได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ

4. ผลของโปรแกรมต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมช่วยลดความไม่แน่นอนและความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลที่ชัดเจน ครอบคลุม และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและพร้อมต่อการเข้ารับการรักษา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Johansson et al. (2005); Lucas (2008) ที่พบว่าการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดอย่างเป็นระบบช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการรักษา

5. ผลของโปรแกรมต่อความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด จากผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาลต่อโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในภาพรวมและรายข้อทั้ง 5 ข้อ สูงกว่าระดับมาตรฐานที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า กระบวนการของโปรแกรมมีการจัดลำดับขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงการวางแผนจำหน่าย โดยใช้หลัก D-METHOD ร่วมกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ทำให้พยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นระบบ ลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้สะดวกและมีความมั่นใจมากขึ้น นอกจากนี้ เมื่อพยาบาลเห็นผลลัพธ์เชิงประจักษ์ของผู้ป่วย เช่น ระดับความปวดลดลง ความสามารถในการงอข้อเข่าดีขึ้น และผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในผลสำเร็จของการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัชชา ตระการจันทร์ และพัศจีพร ยศพิทักษ์ (2563) ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมอย่างเป็นระบบช่วยให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น และเอื้อต่อการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาล ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีรัตน์ กุลสุทธิ และคณะ (2560) ที่ระบุว่าการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการทำงานของบุคลากร ลดภาระงานจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล

ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมไม่เพียงส่งผลดีต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังสนับสนุนการทำงานของพยาบาลให้มีความเป็นระบบ มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่องในบริบทของหน่วยงาน

โดยสรุป โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติตัว ลดระดับความปวด เพิ่มความสามารถในการงอข้อเข่า และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัยและสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีความเหมาะสมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมไปใช้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนถึงระยะติดตามหลังจำหน่าย โดยเน้นการให้คำแนะนำตามหลัก D-METHOD ร่วมกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) เพื่อส่งเสริมความรู้ความมั่นใจ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนการนำโปรแกรมไปใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จัดทำคู่มือการใช้โปรแกรม และพัฒนาศักยภาพพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ลดความแปรปรวนในการปฏิบัติงาน และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อประเมินผลของโปรแกรมในระยะยาว เช่น คุณภาพชีวิตและการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด รวมถึงการประยุกต์ใช้โปรแกรมในบริบทหรือกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลาย และการพัฒนาโปรแกรมร่วมกับเทคโนโลยีสุขภาพเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษากลุ่มประชากรที่ขนาดใหญ่มากขึ้น และหลากหลายมากขึ้น

2. ควรพัฒนาโปรแกรมให้มีการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด โดยกำหนดกิจกรรมและแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องและเป็นมาตรฐานเดียวกันในทุกระยะการดูแล ตั้งแต่ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน จนถึงระยะติดตามหลังจำหน่าย เพื่อเสริมความต่อเนื่องของการดูแลและเพิ่มประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด

3. ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวและนำผลการประเมินจากผู้ใช้งานโปรแกรม โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่พยาบาล มาปรับปรุงรูปแบบและกิจกรรมของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เช่น การปรับเนื้อหาการให้ความรู้หรือรูปแบบการติดตามผล เพื่อให้โปรแกรมตอบสนองต่อบริบทการปฏิบัติงานจริง และส่งเสริมการนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติที่ยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

กรกฎ กพนรัตน์, สุภัทรา ลาภมณี, และ อัครเดช ศิริพร. (2566). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 4*(2), 115-127.

จิตชญา อยู่เย็น, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, และ นารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม ต่อความพร้อมในการดูแลและความพึงพอใจของผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 35*(1), 85-99.

จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์. (2563). *การพยาบาลศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ณัชชา ตระการจันทร์ และ พัศจีพร ยศพิทักษ์. (2563). การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, *14*(34), 171-184.

นิลุบล ไชยโกมล. (2563). ผลของโปรแกรมบริหารกล้ามเนื้อและข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, *28*(3), 384-396.

พัชรินทร์ ชูชื่น, พัชราภรณ์ สมบูรณ์, และธวัชชัย โชติชัย. (2567). ประสิทธิผลของการออกกำลังกายก่อนผ่าตัดต่อสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *วารสารการพยาบาลออร์โธปิดิกส์*, *23*(1), 12-20.

เพ็ญพักตร์ อินติ. (2567). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, *2*(1), 1-21.

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ. (2566). *สถิติผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ปี 2564-2566*. งานสถิติเวชระเบียน กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์.

สุจิตร์ตรา เย็นสรง. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม: กรณีศึกษา. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ*, *8*(3), 256–266.

สุรีรัตน์ กุลสุทธิ, พรทิพย์ วงษา, และ กฤตพัทธ์ ฝึกฝน. (2560). ผลการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตและการทำงานของข้อในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, *18*(3), 63-72.

อัคคลักษณ์ ญาณโรจน์. (2567). การศึกษาย้อนหลังผลของจำนวนครั้งของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อมุมในการเคลื่อนไหวของข้อเข่าและความสามารถในการเดินของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, *9*(2), 63-355.

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

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175-191.

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, *396*(10258), 1204-1222.

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing, 16*(3), 354-361. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660x

Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisto, J., & Salanterä, S. (2005). Preoperative education for orthopaedic patients: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *50*(2), 212-223.

Lucas, B. (2008). Total hip and total knee replacement: Pre-operative nursing management. *British Journal of Nursing*, *17*(22), 1346-1351.

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