



ISSN 2630-0214 (Print)

ISSN 2821-9899 (Online)

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

NHEJ

Nursing, Health, and Education Journal

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2567 | Vol.7 No.3 September -December 2024

NHEJ

กองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ศ. ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	บรรณาธิการที่ปรึกษา
2. ผศ.ดร.ยุพาภรณ์ ตีรไพรวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	บรรณาธิการที่ปรึกษา
3. ผศ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	บรรณาธิการ
4. ผศ.ดร.อัจฉรา คำมะতিย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
5. ดร.พิมพ์วิไลชัย อายุวัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
6 ดร.ชัยญาวีร์ ไชยวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
7. ดร.ภาณุ อุดกกลิ่น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
8. ผศ.อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
9. นางสาวศิริวรรณ บุตรหิน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
10. รศ. ดร.นันทิยา วัฒนาย	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กองบรรณาธิการ
11. รศ. ดร.สังวร ังดกระโทก	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช	กองบรรณาธิการ
12. รศ. ปณัดดา ปรียพฤษ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ข้าราชการบำนาญ)	กองบรรณาธิการ
13. รศ.ดร.มาริสา ไกรฤกษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ข้าราชการบำนาญ)	กองบรรณาธิการ
14. ผศ.ดร.ไพศาล สุวรรณน้อย	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ข้าราชการบำนาญ)	กองบรรณาธิการ
15 ผศ. ดร.อัจฉรา จินวงษ์	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
16. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา	กองบรรณาธิการ
17. ดร.กิตติภูมิ ภิญโญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
18. ผศ.ดร.สมสกล นิละสมิต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
19. ผศ.ดร.แสงรวี มณีศรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	กองบรรณาธิการ
20. ผศ.ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา	กองบรรณาธิการ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคัดกรองคุณภาพบทความวิจัย
วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา
Nursing, Health, and Education Journal

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. ดร.วนิดา ศรีพรหมษา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 2. ดร.ชัยญาวีร์ ไชยวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 3. ดร. สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 4. ผศ.ดร.แสงรวี มณีศรี | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต |
| 5. ดร.ดวงรัตน์ กวินนันทชัย | คณะพยาบาลศาสตร์กึ่งการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 6. ดร.ศิริกาญจน์ จินาวัน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 7. ผศ.ดร. มลธิรา อุดชุมพิสัย | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย |
| 8. ดร.ณัฐพล ยูวนิช | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต |
| 9. ผศ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 10. ผศ.เกศกัญญา ไชยวงศา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 11. ผศ.ดร.มนีรัศมี พัฒนสมบัติสุข | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา |
| 12. ผศ.ดร.ชลการ ทรงศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
สำนักงานผู้จัดพิมพ์ :วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
88 หมู่ 1 ตำบลหนองไผ่ อำเภอมือง
จังหวัดอุตรธานี รหัสไปรษณีย์ 41330

E-mail: journalbcn@bcnu.ac.th
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ>

การเผยแพร่วารสาร ปลาย 3 ฉบับ คือ

- ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน
- ฉบับที่ 2 พฤษภาคม- สิงหาคม
- ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม

สารบัญ

บทความวิจัย

ผลของการใช้แอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาวต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบ DASH และควบคุมความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ณัฐพล เทียมสอน กรรณิการ์ กาศสมบุรณ์ ศลิษา ขจรโมทย์	1-11
ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วย คาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง โรงพยาบาลลำพูน พัชรินทร์ มุลรังษี ปัทมาภรณ์ กิติ แสงอรุณ สุขสำราญ	12-24
คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ สุดกัญญา ปานเจริญ, พลธนวัฒน์ ยิ้มศิริวัฒน์ , ณิชากัทร คงสุวรรณ, นงลักษณ์ ทะวะรุ่งเรือง , พรหมพร ไส้ทอง, สกฤตน์ ศิริกุล	25-39
ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท ปิยฉัตร เตี้ยวชี จิรัญญา กาญจนโษษย์ แสงรวี มณีศรี วันเพ็ญ ชำนาญธรรม นิภาดา ธารีเพียร	40-52
ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลใน เลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี สุพิศณันท์ เมืองเหล่า, สุนันทา ชีโนะฮาระ , จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ	53-67
ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตความ รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ณัฐปภัสร เจียรภักษิตี นันทพัฒน์ แก้วทอง พรพรรณ จิตบรรจง	68-81

บทบรรณาธิการ

สวัสดีท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของผู้นิพนธ์ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และการศึกษาจากหลายสถาบัน วารสารฯ มีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา จำนวน 3 ท่าน (Double - blind peer review) วารสารฯ เผยแพร่ปีละ 3 ปีช้ ฉบับนี้ เป็นปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2567)

ฉบับนี้มีบทความวิจัย 6 เรื่อง บทความวิจัยฉบับนี้ประกอบด้วยสาระสำคัญที่น่าติดตามเกี่ยวกับบทความเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด การวางแผนจำหน่าย ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลมีการศึกษาคูณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล

ท่านที่สนใจส่งบทความวิจัย บทความวิชาการเพื่อการเผยแพร่ ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา ท่านสามารถศึกษารายละเอียดการส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์โดยส่งอีเมลเพื่อสอบถามได้ที่ journal@bcnu.ac.th หรือส่งบทความที่เว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/guidelines> อัตราค่าธรรมเนียมสำหรับบทความภาษาไทยเรื่องละ 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) และสามารถขอรายละเอียดเพิ่มเติมได้จากเจ้าหน้าที่วารสาร โทร. 098 097 940 6 หรือ ทาง Email: Journal@bcnu.ac.th

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ขอขอบพระคุณผู้อ่านทุกท่าน ผู้นิพนธ์บทความ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยกลั่นกรองบทความ และกรุณาให้ข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์กับผู้นิพนธ์และกองบรรณาธิการ ในการช่วยพัฒนาคุณภาพของวารสารให้มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

ช่วงส่งท้ายปีเก่าและต้อนรับปีใหม่ 2568 ที่กำลังจะมาถึง ขอให้ทุกท่านเดินทางโดยสวัสดิภาพ พบกันใหม่ปีหน้าค่ะ

ผศ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง
บรรณาธิการ

บทความวิจัย

ผลของการใช้แอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาวต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
แบบ DASH และควบคุมความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Received: 9 October 2024
Revised: 10 November 2024
Accepted: 26 December 2024

ณัฐพล เทียมสอน¹
กรรณิการ์ กาศสมบูรณ์ พย.ด.²
ศลิษา ขจรโมทย์³

บทคัดย่อ

บทนำ: การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้สูง เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นมากในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหาร DASH สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย: ศึกษาผลของการใช้แอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาวต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบDASH และควบคุมความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ คือ แอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาวประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติ Paired t-test และ Willcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย $\bar{X} = 64.79$, $SD \pm 11.88$ หลังจากการใช้แอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาว มีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการรับรู้ความสามารถในการรับประทานอาหาร DASH สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ระดับความดันโลหิตตัวบน หลังการเข้าร่วมแอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาวลดลงต่ำกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$)

สรุป: แอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาว มีผลทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการรับรู้ความสามารถในการรับประทานอาหาร DASH ทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการนำแอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาว ปรับใช้ให้กับผู้ป่วย เพื่อให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการดูแลตนเองจากโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ (Key word): ทฤษฎีการจัดการตนเอง, อาหารแบบ DASH, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

¹ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* Corresponding author: E-mail: ajkannika.kat@gmail.com

³ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Effect of Kindee Youyaow application to promote DASH dietary behavior and control blood pressure among patients with hypertension.

Nuttapol Teamson¹

Kannika Katsomboon, D.N.S.^{2 *}

Salisa Kajonmote³

Abstract

Introduction: Maintaining normal blood pressure levels is very necessary in patients with high blood pressure. Consuming the DASH diet can control blood pressure levels.

Research objectives: To study the effects of the Kindee Youyaow application to promote DASH dietary behavior and control blood pressure in patients with hypertension

Research methodology: This study was a Quasi - experimental research conducting with one group pretest and posttest designs. Sample size by G*power analysis. Conduct research 30 patients with uncontrolled hypertension attending the Hypertension Clinic of Sungmen Hospital. The participants were joined with Kindee Youyaow application for facilitating and sharing experiences and information. The DASH program was advised the dietary control applying with self-management theory (Creer, 2000). The data analysis involved descriptive statistics, Paired T-test and Wilcoxon signed-rank test statistics.

Results: To conclusion, The sample group of 30 people, most of whom were female. The average age is $\bar{X} = 64.79$, $SD \pm 11.88$. After using Kindee Youyaow application it was found that score of eating behavior and perception of DASH eating ability was significantly more than before the experiment ($p < 0.001$), The blood pressure level after using the application decreased significantly ($p = 0.002, 0.741, 0.618$)

Conclusion: The Kindee Youyaow application can to promote DASH dietary behavior and control blood pressure in patients with hypertension

Implications: Should be implementation the Kindee Youyaow application to promote DASH dietary behavior and control blood pressure in patients with hypertension

Keywords: Hypertension, Self- management, DASH Diet, Food consumption behavior.

¹ Student nurse, Boromarajonani College of Nursing, Phrae, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

² Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Phrae, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author: E-mail: ajkannika.kat@gmail.com

³ Student nurse, Boromarajonani College of Nursing, Phrae, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก และมีการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน ในปี 2561 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคน คาดว่าในปี 2568 จะมีผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน¹ ในประเทศไทยพบประชากรที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 13 ล้านคน และมีประชากรเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทุก ๆ 5 ปี จะเพิ่มขึ้น ปีละประมาณ 600,000 คน²

โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ได้มากกว่าบุคคลปกติ ระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะส่งผลทำให้เกิดภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต (left ventricular hypertrophy) ภาวะหัวใจวายกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและประสิทธิภาพการกรองของเสียของไตลดลงทำให้เกิดการคั่งของเสีย ไตเสื่อมสภาพและเสียหน้าที่เกิดภาวะไตวายและมีโอกาสเสียชีวิตได้³ ซึ่งการควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้จึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด⁴ การควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา โดยการรับประทานอาหารที่เหมาะสมจะช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท การลดเค็ม ลดการดื่มแอลกอฮอล์ จะช่วยลดระดับความดันโลหิตความดันโลหิตซิสโตลิกได้ถึง 2-8 มิลลิเมตรปรอท การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยควรออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 30-60 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ ช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ประมาณ 4-9 มิลลิเมตรปรอท การลดน้ำหนัก หากสามารถลดน้ำหนักได้ 10 กิโลกรัม สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ถึง 5-20 มิลลิเมตรปรอท การรับประทานยาที่ถูกต้องและต่อเนื่องทุกวัน สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงควรกระทำเป็นอันดับแรก⁵

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหารสามารถลดความดันโลหิต ได้แก่ การรับประทานอาหารรูปแบบ DASH หรือ Dietary Approaches to Stop Hypertension ถูกคิดค้นขึ้นโดย นักโภชนาการชาวสหรัฐฯ ที่มีความต้องการให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร⁶ การนำแนวคิดอาหารแบบ DASH มาใช้สามารถใช้ได้ทั้งในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (Systolic $\geq$ 140 mmHg หรือ Diastolic $\geq$ 90 mmHg) และผู้มีความดันปกติ (Systolic $<$ 120 mmHg และ Diastolic $<$ 80 mmHg) ซึ่งการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ผู้ป่วยจะต้องตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงให้ความรู้การรับประทานอาหารรูปแบบ DASH การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับประทานอาหารรูปแบบ DASH สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้^{7,8} ร่วมกับใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง เป็นทฤษฎีที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง โดยมีกระบวนการ คือ การตั้งเป้าหมาย (goal selection) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลผลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และการสะท้อนตนเอง (self-reaction)⁹ จังหวัดแพร่พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนระบบคลังข้อมูลสุขภาพจำนวน 320,517 คน ซึ่งในอำเภอ สูงเม่น มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 22,974 คน¹⁰ คณะผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารแบบ DASH และควบคุมความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ (Creer, 2000)⁷ จึงได้มีการพัฒนาแอปพลิเคชันเกี่ยวกับ DASH สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ชื่อว่า “กินดีอยู่ยาว” มีการออกแบบตารางเมนูอาหารใน 1 สัปดาห์ การจำกัดโซเดียมและการใช้ยาอย่างถูกวิธี เพื่อลดระดับความ

ดันโลหิตสูงและช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

แอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาว ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง (self management) (Creer, 2000) มี 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1.การตั้งเป้าหมาย

การคัดกรองค่า BMI และพลังงานที่ใช้เพื่อวางแผนเมนูอาหารรายบุคคล

2.การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหาร

3.การประมวลและประเมินข้อมูล

ข้อมูลส่วนของแอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาว

4.การตัดสินใจ

การตัดสินใจที่จะเลือกรับประทานตามตารางเมนูอาหาร Dash Diet

5.การลงมือปฏิบัติ

การบันทึกพฤติกรรมมารับประทานอาหารและระดับความดันโลหิต

6.การสะท้อนตนเอง

สะท้อนตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารตามเป้าหมายหรือไม่

1.พฤติกรรม และความสามารถในการรับรู้การบริโภคอาหารแบบ DASH

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม และความสามารถในการรับรู้การรับประทานอาหารแบบ DASH ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาว
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาว

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้แอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาวกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมและความสามารถในการรับรู้รับประทานอาหาร DASH สูงกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน
2. หลังการใช้แอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาว กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิต Systolic blood pressure, Diastolic blood pressure และ Mean arterial pressure ลดลงต่ำกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research, one group pre-post test design) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และใช้ยาในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ของคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสูงเม่น อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใช้ยาในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ของคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสูงเม่น อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ จำนวน 30 คนคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*Power¹¹ เลือกใช้ statistical test เป็น Means : Difference between two dependent means (matched pairs) กำหนด err prob = 0.05, power = 0.8, α effect size = 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เพิ่มอีกร้อยละ 10 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ตามคุณลักษณะ ดังนี้ (1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยคัดกรองตามเกณฑ์ สบข.โมเดล¹² คัดเลือกเฉพาะ กลุ่มสีเขียวย้ำ (BP= 139/89 – 140/90 mmHg) และสีเหลือง (BP= 140/90 – 159/99 mmHg) (2) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ (3) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ (4) ไม่มีประวัติแพ้อาหารกลุ่มธัญพืช (5) สมครใจและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ (1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยจนครบทุกขั้นตอน (2) มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นและเข้าโรงพยาบาลขณะเข้าร่วมงานวิจัย เช่น แพ้อาหาร หรือ ไม่มีภาวะโรคไตเสื่อมโดยค่า GFR น้อยกว่า 90 ml/min/1.73 m² โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

การยกเลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) (1) ขอยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาในภายหลัง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง (self management) ของ Creer (2000)⁷ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการศึกษารายละ 21 วัน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ อธิบายคำชี้แจง ขอความยินยอม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารรูปแบบ DASH และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH และให้เข้าร่วม Line OA “กินดี อยู่ยาว” หลังจากนั้นเริ่มกระบวนการกิจกรรม ใช้เวลา 50-60 นาที ดังนี้

กระบวนการที่ 1 การตั้งเป้าหมาย การคัดกรองค่า BMI และพลังงานที่ใช้เพื่อวางแผนเมนูอาหารรายบุคคล

กระบวนการที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล แจกคู่มือบันทึก ‘วันนี้กินอะไรนะ’ และให้ความรู้ในการใช้แอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาวรวมถึงสอนการเข้าร่วมกิจกรรมใน Line OA การบันทึกประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

กระบวนการที่ 3 การประมวลและประเมินข้อมูล เป็นการให้ข้อมูลความรู้ในส่วนของแอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาว

กระบวนการที่ 4 การตัดสินใจ เป็นการตัดสินใจที่จะเลือกรับประทานตามตารางเมนูอาหาร Dash Diet ที่ได้ร่วมกันวางแผน

กระบวนการที่ 5 การลงมือปฏิบัติ การบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับความดันโลหิต

กระบวนการที่ 6 การสะท้อนตนเอง สะท้อนตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามเป้าหมายหรือไม่

กิจกรรมที่ 2 (วันที่ 2) ให้ความรู้ในไลน์แอปพลิเคชัน ส่งวิดีโอเรื่อง เกือบกับความดันโลหิตสูง (1.56 นาที) ติดตามการรับประทานอาหาร 3 มื้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกในคู่มือบันทึก ‘วันนี้กินอะไรนะ’ และติดตามรูปถ่ายเมนูอาหารจากกลุ่มตัวอย่างในไลน์แอปพลิเคชัน

กิจกรรมที่ 3 (วันที่ 3) ให้ความรู้ในไลน์แอปพลิเคชัน ส่งวิดีโอเรื่อง ลดอาหารไขมันสูง ลดความดันโลหิตสูง (2.55 นาที) ติดตามการรับประทานอาหาร 3 มื้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกในคู่มือบันทึก ‘วันนี้กินอะไรนะ’ และติดตามรูปถ่ายเมนูอาหารจากกลุ่มตัวอย่างในไลน์ แอปพลิเคชัน

กิจกรรมที่ 4 (วันที่ 4) ให้ความรู้ในไลน์แอปพลิเคชัน ส่งวิดีโอเรื่อง ลดน้ำหนักร ลดความดันโลหิตสูง (2.49 นาที) ติดตามการรับประทานอาหาร 3 มื้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกในคู่มือบันทึก ‘วันนี้กินอะไรนะ’ และติดตามรูปถ่ายเมนูอาหารจากกลุ่มตัวอย่างในไลน์แอปพลิเคชัน

กิจกรรมที่ 5 (วันที่ 5) ให้ความรู้ในไลน์แอปพลิเคชัน ส่งวิดีโอเรื่อง การดื่มแอลกอฮอล์กับความดันโลหิตสูง (2.57 นาที) ติดตามการรับประทานอาหาร 3 มื้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกในคู่มือบันทึก ‘วันนี้กินอะไรนะ’ และติดตามรูปถ่ายเมนูอาหารจากกลุ่มตัวอย่างในไลน์แอปพลิเคชัน

กิจกรรมที่ 6 (วันที่ 6) ให้ความรู้ในไลน์แอปพลิเคชัน ส่งวิดีโอเรื่อง บุหรี่กับความดันโลหิตสูง (1.42 นาที) ติดตามการรับประทานอาหาร 3 มื้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกในคู่มือบันทึก ‘วันนี้กินอะไรนะ’ และติดตามรูปถ่ายเมนูอาหารจากกลุ่มตัวอย่างในไลน์แอปพลิเคชัน

กิจกรรมที่ 7 (วันที่ 7-21) ติดตามพฤติกรรมการรับประทานอาหารรูปแบบ DASH และระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างผ่านไลน์แอปพลิเคชัน

กิจกรรมที่ 8 (วันที่ 22) เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสรุปผล ทำแบบสอบถามชุดเดียวกันกับวันที่ 1 เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารรูปแบบ DASH ตอบข้อซักถาม ข้อสงสัย สอบถามปัญหาอุปสรรค กลุ่มตัวอย่างเขียนสะท้อนตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารรูปแบบ DASH ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย (1) แอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาว (2) คู่มือบันทึก ‘วันนี้กินอะไรนะ’ (3) เครื่องวัดความดันที่ได้รับการตรวจสอบ และวัดคุณภาพตามมาตรฐาน (Calibration)

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย วัดความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง คำนวณ BMI โรคร่วม การแพ้อาหาร อาชีพ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากี่ปี ปัจจุบันใช้ยาอะไร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารรูปแบบ DASH ดัดแปลงจากเครื่องมือของคุณ ชวิศา เลิศมงคลธีรกุล และคณะ¹⁰ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ และลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานอาหารในรูปแบบDASH ดัดแปลงจากเครื่องมือของคุณ ชวิศา เลิศมงคลธีรกุล และคณะ¹⁰ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ และลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลภาควิชาชุมชน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน นักโภชนาการปฏิบัติการ 1 ท่าน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ค่า CVI ของ จากการแอปพลิเคชัน “กินดีอยู่ยาว” เท่ากับ .84 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารรูปแบบ DASH เท่ากับ .89 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานอาหารในรูปแบบDASH เท่ากับ .82 และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือด้านความหมาย สำนวนภาษา ความเข้าใจคำถามแต่ละข้อก่อนนำไปใช้จริง ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารรูปแบบ DASH และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานอาหารในรูปแบบDASH ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย จากนั้นนำผลมาวิเคราะห์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha efficiency) ได้ผลทดสอบความเที่ยงเท่ากับ .89 และ .73 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการผ่านการอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เอกสารรับรองเลขที่ PPH No. 034/2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย การรักษาความลับ และใช้เวลาในการอ่านเอกสารชี้แจงเข้าร่วมการวิจัย

และหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ก่อนที่จะลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย และสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา และจะนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง BMI โรคร่วม การแพ้ยา แพ้อาหาร อาชีพ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ ประวัติโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยา วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาค่า ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันโดยใช้สถิติ Paired sample t-test

3. ค่าความดันโลหิต Diastolic blood pressure และ Mean arterial pressure Systolic blood pressure วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาค่า ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันโดยใช้สถิติ Paired sample t-test ส่วนค่าความดันโลหิต Systolic blood pressure การกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็น normal distribution ได้ค่า Shapiro-Wilk < .05 จึงวิเคราะห์โดยใช้สถิติ wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 เพศชาย ร้อยละ 30 อายุเฉลี่ย 64.79 ปี (SD = 11.88) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 56.67 และมีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 43.33 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 33.34 รองลงมาคือประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 30 และประกอบอาชีพรับราชการและรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 13.33 ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.67 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 30 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมามีรายได้ 5,001-10,000 และมากกว่า 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 20

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมและความสามารถในการรับประทานอาหารแบบ DASH ของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมแอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาว

2.1 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถและ พฤติกรรมการรับประทานอาหารแบบ DASH โดยใช้ Paired t-test พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมแอปพลิเคชัน กินดีอยู่ยาว มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการรับประทานอาหารแบบ DASH (Mean = 4.38, SD $\pm$ 0.77) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมแอปพลิเคชัน กินดีอยู่ยาว (Mean = 3.23, SD $\pm$ 1.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารแบบ DASH (Mean = 4.41, SD $\pm$ 0.70) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมแอปพลิเคชัน กินดีอยู่ยาว (Mean = 3.74, SD $\pm$ 1.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน การรับรู้ความสามารถ และ พฤติกรรมการรับประทานอาหารแบบ DASH ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมแอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาวต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบ DASH และควบคุมความดันโลหิตสูง (n=30)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน	ก่อนเข้าร่วม แอปพลิเคชัน		หลังเข้าร่วม แอปพลิเคชัน		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
- พฤติกรรมการรับประทานอาหารตามแนวทางของ DASH	3.23	1.18	4.38	0.77	-10.39	.000
- การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการ รับประทานอาหารตามแนวทางของ DASH	3.74	1.10	4.41	0.70	-5.02	.000

**p < 0.01, paired t-test

2.2 ข้อมูลเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic BP พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมแอพพลิเคชั่น กินดีอยู่ยาว มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตหลังใช้แอพพลิเคชั่น เท่ากับ 130.80 mmHg (SD = 12.25) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic BP ก่อนเข้าร่วมแอพพลิเคชั่น กินดีอยู่ยาว เท่ากับ 136.00 mmHg (SD $\pm$ 13.38) จะเห็นว่า หลังเข้าร่วมแอพพลิเคชั่น กินดีอยู่ยาว ทำให้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic BP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความดันโลหิต SBP ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมแอพพลิเคชั่นกินดีอยู่ยาวต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบ DASH และควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($n=30$)

ค่าความดันโลหิต	ก่อนเข้าร่วมแอพพลิเคชั่น		หลังเข้าร่วมแอพพลิเคชั่น		Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
	Mean	SD	Mean	SD				
Systolic blood pressure	136.00	13.38	130.80	12.25	15.50	465.00	-4.78 ^b	.002

a. Willcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks

2.3 ข้อมูลเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่าง และค่าความดันของหลอดเลือดแดง ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังเข้าร่วมแอพพลิเคชั่น กินดีอยู่ยาว มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic BP เท่ากับ 74.00 mmHg (SD = 7.10) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมแอพพลิเคชั่น กินดีอยู่ยาว เท่ากับ 74.83 mmHg (SD 14.85) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .741$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต MAP หลังเข้าร่วมแอพพลิเคชั่น กินดีอยู่ยาว เท่ากับ 96.13 mmHg (SD = 12.51) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมแอพพลิเคชั่น กินดีอยู่ยาว 95.07 mmHg (SD = 12.37) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .618$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต DBP กับ MAP ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมแอพพลิเคชั่นกินดีอยู่ยาวต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบ DASH และควบคุมความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($n=30$)

ค่าความดันโลหิต	ก่อนเข้าร่วมแอพพลิเคชั่น		หลังเข้าร่วมแอพพลิเคชั่น		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
- Diastolic blood pressure	74.83	14.85	74.00	7.10	.33	.741
- Mean arterial pressure	95.07	12.37	96.13	12.51	-.50	.618

Paired t-test

DBP = Diastolic blood pressure; MAP= Mean arterial pressure

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการใช้แอพพลิเคชั่นกินดีอยู่ยาวต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบ DASH และควบคุมความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง (self management) ⁷ ผลของการวิจัยสามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์ และผลการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามโปรแกรมการใช้แอพพลิเคชั่น กินดีอยู่ยาว ดังนี้

2.1 ด้านความสามารถในการรับรู้และพฤติกรรมการรับประทานอาหารแบบ DASH ผลการศึกษพบว่า ภายหลังได้รับการใช้แอพพลิเคชั่นกินดีอยู่ยาวต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบ DASH และควบคุมความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนใช้แอพพลิเคชั่น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งในกระบวนการของการกิจกรรม ผู้วิจัยได้มีการติดตามเป็นรายบุคคล ทำให้กลุ่มตัวอย่าง สามารถมีการรับรู้ และพฤติกรรมที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องผลของการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH Diet ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง⁷ และสอดคล้องกับการศึกษา ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ภายหลังสิ้นสุด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและมีระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³

2. ผลของระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง หลังการใช้แอปพลิเคชัน ผลการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic BP พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมแอปพลิเคชัน กินดื้อยาว มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตหลังใช้แอปพลิเคชัน ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic BP ก่อนเข้าร่วมแอปพลิเคชัน กินดื้อยาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน¹⁴ และสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้ผลการศึกษาพบว่า ค่าความดันโลหิตในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁸ และงานวิจัยที่พบว่าหลังใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างลดลงต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁵ แต่ในส่วนของระดับความดันโลหิต Mean arterial pressure ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมแอปพลิเคชัน กินดื้อยาว แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา⁹ เนื่องจากระยะเวลา ที่จำกัดในการทำวิจัย ทำให้ผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลเพียง 21 วัน อีกทั้งยังมีปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ ที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต เช่น อายุ อาชีพ และกลุ่มตัวอย่างบางรายไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง ทำให้บางครั้งไม่ได้รับประทานอาหารตามตารางเมนูลดความดันโลหิตที่กำหนดให้ได้ อย่างไรก็ตามนี้วิเคราะห์ได้จากผลระดับความดันโลหิตที่ลดลงมีแนวโน้มที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ หากมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องอาจส่งผลให้ระดับความดันลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติได้

สรุปได้ว่า แอปพลิเคชันกินดื้อยาว ที่ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง สามารถนำไปปรับใช้ให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการดูแลตนเองจากโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม และเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการสุขภาพอย่างเหมาะสมในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นำเสนอผลของการใช้แอปพลิเคชันกินดื้อยาว ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เพื่อผลักดันให้ใช้แอปพลิเคชันกินดื้อยาวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลและเครือข่าย

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

นำแอปพลิเคชันกินดื้อยาวไปปรับใช้ในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหน่วยงานให้เป็นรูปธรรม และขยายผลไปยังหน่วยบริการอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภายหลังใช้แอปพลิเคชันกินดื้อยาว
2. ควรศึกษาเพิ่มเติมโดยการ ออกแบบวิจัยเป็นกึ่งทดลอง 2 กลุ่มวัดก่อนและหลัง เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันกินดื้อยาว

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ติดตามผลในระยะสั้น 21 วัน ควรเพิ่มระยะเวลาในการใช้แอปพลิเคชันกินดีอยู่ยาวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ให้ระยะเวลายาวขึ้นจาก 3 สัปดาห์เป็น 4 – 12 สัปดาห์ เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชัดเจนยิ่งขึ้น

Reference

1. World Health Organisation. More than 700 million people with untreated hypertension. Accessed August 25, 2021. Available from <https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>
2. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). [อินเทอร์เน็ต] 2560 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.iccp-portal.org/system>.
3. กองการแพทย์ทางเลือก. ความรู้พื้นฐานความดันโลหิตสูง. [อินเทอร์เน็ต] 2562 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaicam.dtam.moph.go.th/>
4. National Library of Medicine. The Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Accessed August, 2004. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK9630/>
5. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. [อินเทอร์เน็ต] 2555 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihypertension.org/hypertensiondetail>.
6. กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แดชไดเอท (DASH Diet) บำบัดโรคความดันโลหิตสูง. 2563. วี อินดี ดีไซน์ จำกัด: กรุงเทพฯ.
7. ชวิศา เลิศมงคลธีรกุล, ปฎิพร บุญพัฒนกุล และ อนุแสง จิตสมเกษม. ศึกษาเรื่องผลของการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH Diet ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาล. 2564; 23(1):31-45.
8. ปิยพร ศรีพนมเขต. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) ร่วมด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ ความสามารถแห่งตน เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565; 3(1): 121-32.
9. Creer, T. L. Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), Handbook of self-regulation. Accessed 9 November, 2007. (pp. 601 – 629). Available from <https://shorturl.asia/COZGz>.
10. Health Data Center. การคัดกรองความดันโลหิตสูง ในประชากรไทย จำแนกกลุ่มอายุ. [อินเทอร์เน็ต] 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.

11. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, G. A., & Buchner, A. G*power: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods.2007; 2:175-191.
12. วิชัย เทียนถาวร. ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงใน ประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่3).กองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. 2556.
13. ยูภาพร นาคกลิ้ง. ผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนต่อ พฤติกรรมการควบคุมอาหารการออกกำลังกาย และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. Journal of Health and Nursing Research. 2560; 28(1), 1-12.
14. วรางคณา ไชยวรรณ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2565; 49(3): 218- 32.
15. นริศรา คงแก้ว, อนุธิดา ชัยขันธ, ดุชนีย์ สุวรรณคง และ ต้ม บุญรอด. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง อำเภอนาบอน จังหวัด นครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(6):1008-18.

บทความวิจัย

ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วย
คาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง โรงพยาบาลลำพูน

Received: 8 September 2024

Revised: 13 December 2024

Accepted: 26 December 2024

พัชรินทร์ มูลรังษี¹ปัทมาภรณ์ กิติ²แสงอรุณ สุขสำราญ^{3*}

บทคัดย่อ

บทนำ: การติดเชื้อจากการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง เกิดจากพฤติกรรมการดูแลที่ไม่ถูกต้อง การวางแผนจำหน่ายจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม วัดก่อนหลังการทดลอง สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 16 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แผนการสอนให้คำแนะนำการดูแลตนเอง คู่มือการดูแลตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบบันทึกการติดเชื้อ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนนาค เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Fisher's exact test และ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัย: คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังในกลุ่มทดลอง มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มทดลองมีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 6.25 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 56.25 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จะเห็นได้ว่า การวางแผนจำหน่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และลดอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้

สรุปผล: การวางแผนจำหน่ายช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น และช่วยลดอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง

¹⁻² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำพูน¹E-mail: aoypatcha@gmail.com, ² E-mail: nutay2554@gmail.com³ อาจารย์ วิทยาลัยการพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* Corresponding author: E-mail sangaroon@bcnph.ac.th

Effects of Discharge Planning on Self-Care Behavior and Infection Rates among Patients with Percutaneous Nephrostomy, Lamphun Hospital

Patcharin Munrangsri ¹Pattamaporn Kitti ²Sangaroon Suksamran ^{3*}

Abstract

Introduction: Infection from a percutaneous nephrostomy is caused by incorrect care behavior. Discharge planning can help patients develop appropriate self-care behaviors after discharge from the hospital.

Objective: To investigate the effects of discharge planning on self-care behavior and infection rates in percutaneous nephrostomy patients.

Research Methodology: This study was quasi-experimental research with a 2-group design with post-test measurements. The sample was randomly selected into a control group and an experimental group of 16 participants each. The research instruments consisted of a lesson plan for providing self-care advice, a self-care guide, a self-care behavior questionnaire, and an infection record form. The instrument used for data collection was tested for reliability a Cronbach's alpha coefficient of 0.92. The data were analyzed by using Fisher's exact test and Mann-Whitney U test statistics.

Findings: The self-care behavior scores of the percutaneous nephrostomy patients in the experimental group were higher than the patients in the control group with statistical significance at .001. Furthermore, the experimental group had an infection rate of 6.25, which was significantly lower than the control group with an infection rate of 56.25%, with statistical significance at .01. Clearly, therefore, discharge planning improved the self-care behavior of the percutaneous nephrostomy patients and can reduce urinary tract infection rates.

Conclusions: Discharge planning promotes better self-care behavior and reduces infection rates in in percutaneous nephrostomy patients this group of patients.

Recommendations: The findings can be implemented in the care of percutaneous nephrostomy patients.

Keywords: discharge planning, self-care behavior, percutaneous nephrostomy patients

¹⁻² Registered Nurse, Lamphun Hospital

¹E-mail: aoypatcha@gmail.com, ² E-mail: nutay2554@gmail.com

³ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Phrae, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

* Corresponding Author: E-mail: sangaroon@bcnph.ac.th

บทนำ

ภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ (Obstructive Uropathy) เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากการอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะจากการติดเชื้อ มีก้อนเนื้อกดเบียดทางเดินปัสสาวะ หรือเป็นผลข้างเคียงของการรักษามะเร็งในช่องท้องด้วยรังสีรักษา¹ ซึ่งพบว่าการอุดกั้นอาจเป็นการอุดกั้นทั้งสองข้างหรือข้างเดียว เมื่อเกิดการอุดกั้นขึ้นจะทำให้ปัสสาวะไม่สามารถไหลออกจากกรวยไตไปยังท่อไตได้จึงทำให้ปัสสาวะคั่งค้างภายในไต เกิดภาวะไตบวม น้ำ และแรงดันในหลอดเลือดไตเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงไตและอวัยวะการกรองของไตลดลง ทำให้ไตขับของเสียแย่ลง หากการอุดกั้นไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน จะทำให้เกิดภาวะไตวายได้² การแก้ไขภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะที่ได้รับความนิยม คือ การคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous Nephrostomy: PCN) ซึ่งเป็นการระบายน้ำปัสสาวะและของเสียที่คั่งค้างอยู่ภายในร่างกายออกสู่ภายนอกด้วยวิธีคาสายระบายผ่านทางผิวหนังเข้าไปที่กรวยไต รักษาสมดุลน้ำและเกลือแร่ของร่างกายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะทำให้มีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น รวมถึงผลของการรักษาทำให้ช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้³

การคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง จึงเป็นหัตถการที่ใช้รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะที่มีผลข้างเคียงน้อยกว่าการผ่าตัด ภายหลังจากได้รับการคาสายระบายปัสสาวะที่กรวยไตแล้วผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับผลข้างเคียงจากการคาสายระบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การเคลื่อนไหวร่างกายที่ไม่สะดวกจากต้องคาท่อระบายผ่านผิวหนังทางสีข้าง อาการปวดบั้นเอว รู้สึกไม่สุขสบายจากการระคายเคืองบริเวณที่คาสายระบายซึ่งอยู่ที่บั้นเอวด้านหลัง เนื่องจากคราบวัสดุยึดติดผิวหนังซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถทำความสะอาดได้ด้วยตนเอง ตลอดจนไม่สามารถทำงานนอกบ้านได้ เนื่องจากกลัวสายหลุดและการรั่วซึม ส่งผลต่อแบบแผนการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย⁴ ภายหลังจากการทำหัตถการยังพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในกระแสเลือด⁵

โรงพยาบาลลำพูนเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีผู้ป่วยภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะจำนวนมากเข้ารับการผ่าตัด PCN จากสถิติโรงพยาบาลลำพูนในปี พ.ศ. พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด PCN จำนวน 90, 122 และ 260 ราย ตามลำดับ และพบปัญหาการติดเชื้อหลังรับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังมากกว่าร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2566 ระหว่างรับไว้รักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับยาปฏิชีวนะทุกราย และภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 10, 12 และ 37 ราย ตามลำดับ⁶ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประดิพัทธ์จันทาพูน กฤตพัทธ์ ผีกฝน และกรรณิการ์ สมสิทธิ์ กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสายระบายที่ไม่เหมาะสม สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังหัก พับ งอ หรือมีการเลื่อนหลุดของสายระบายน้ำปัสสาวะ หรือเกิดความผิดปกติไม่มีน้ำปัสสาวะไหล แต่ผู้ป่วยไม่ได้มาพบแพทย์ทันทีหรือไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ภาวะของโรคนั้นรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษด้วยการการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีการใช้ยาปฏิชีวนะ ทำให้ระยะเวลาอนโรยบาลยาวนานขึ้น และยังส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น⁷

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการดูแลตนเอง รวมถึงการเตรียมผู้ดูแลและชุมชนให้พร้อมในการดูแลช่วยเหลือ และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในระยะที่มีการเปลี่ยนผ่านการดูแลจากสถานบริการสุขภาพไปสู่การดูแลตนเองที่บ้าน⁸ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความพร้อมในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และ

ลดอัตราการเข้ารับการรักษารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนและลดภาวะแทรกซ้อน และช่วยลดค่าใช้จ่ายของระบบการดูแลสุขภาพได้⁹ จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁰ การศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจก พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระเจก และความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)¹¹ ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดโดยใช้รูปแบบ D-METHOD พบว่า ผลคะแนนทักษะในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดในกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ รูปแบบ D-METHOD มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² และการศึกษาของแกนเตอร์ สเปนโรนี และวอลบริดจ์ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพยาบาลแบบการสอนและให้คำแนะนำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด PCN พบว่า การสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะ และการมาตรวจตามนัด จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น และลดอัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล¹³

การวางแผนจำหน่ายตามบริบทของโรงพยาบาลลำพูน ได้ดำเนินการวางแผนจำหน่ายตามแนวทางที่กองการพยาบาลได้พัฒนาระบบการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 พบว่า ยังขาดความชัดเจนและไม่เป็นรูปธรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง และยังพบอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยหน่วยงานระบบปัสสาวะ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ติดตามผลลัพธ์ภายหลังการคาสายระบายน้ำปัสสาวะ และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการคาสายระบายน้ำปัสสาวะ ตลอดจนถึงการเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงนำแนวคิดการส่งเสริมการดูแลตนเองในส่วนของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวประกอบด้วย การสอนและให้คำแนะนำเรื่องโรค ข้อบ่งชี้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด PCN การดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะที่บ้าน และการเยี่ยมติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และนำข้อมูลที่ได้ไปปรับใช้ในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม¹⁴ มาบูรณาการร่วมกับการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD เพื่อให้การดำเนินการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง โรงพยาบาลลำพูน มีระบบที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

คำถามการวิจัย

การวางแผนการจำหน่ายส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการวางแผนการจำหน่ายต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง โรงพยาบาลลำพูน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

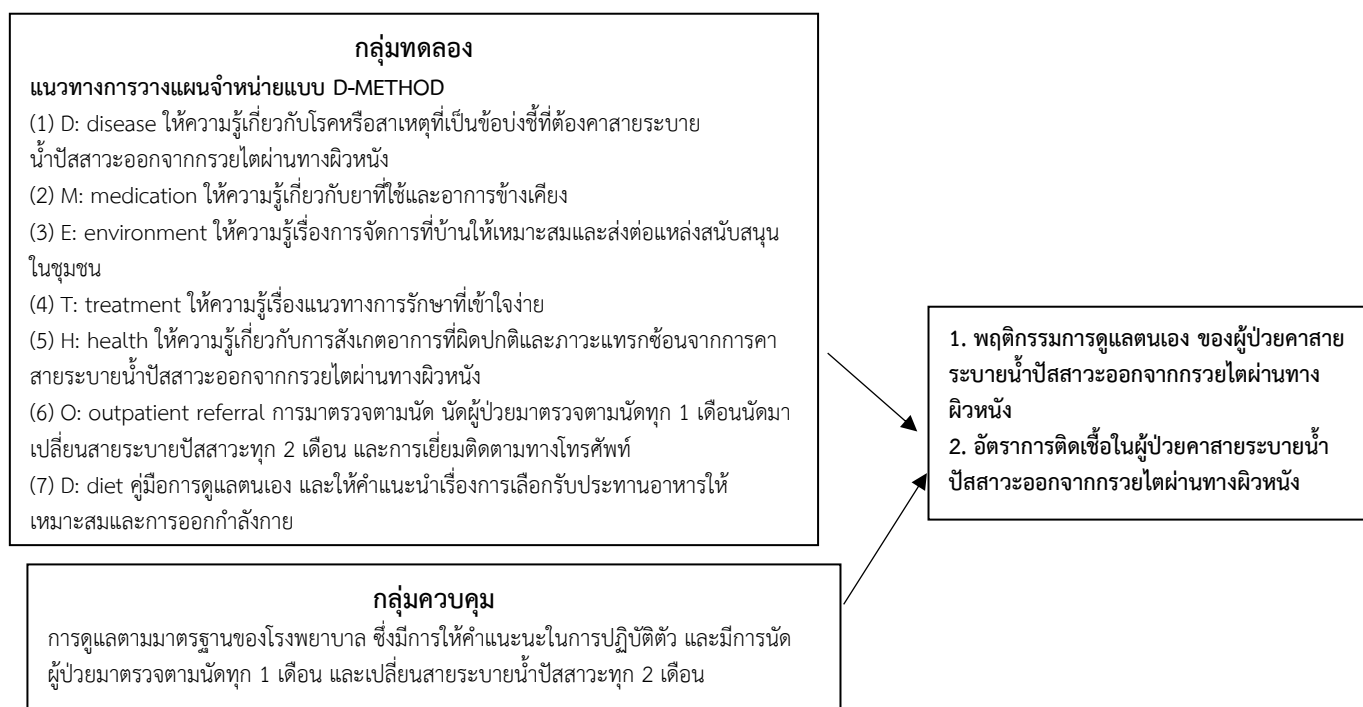
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อของผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมีการติดเชื้อน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของโอเรม (Orem, Taylor & Renpenning, 2001) ซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล เมื่อความต้องการการดูแลตนเองมีมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยอธิบายว่า บุคคลจะไม่สามารถปฏิบัติการช่วยเหลือตัวเองได้ตามความต้องการถ้ามีข้อจำกัดเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมกับการใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลซึ่งจะเป็นตัวเลือกในการให้วิธีการพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพและความต้องการของผู้ป่วย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง ที่เข้ารับการรักษที่ตึกสงฆ์และระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลลำพูน เก็บข้อมูลระหว่างพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยสงฆ์และระบบปัสสาวะโรงพยาบาลลำพูน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยสงฆ์และระบบปัสสาวะโรงพยาบาล เลือกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random Sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis¹⁵ ใช้ Test Family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Different Between two Independent means (Two Groups) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต โดยการให้คำแนะนำร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลตนเอง⁷ ได้ค่า Effect Size เท่ากับ 1.22 กำหนดค่าความคาดเคลื่อน (Alpha = 0.05) และ Power of test 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง 16 รายต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 18 รายต่อกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 36 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าออกเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion)

1. ผู้ป่วยคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลำพูน
2. ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการพูด อ่าน เขียน สื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการทำการกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้ครบทุกขั้นตอนตลอดการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษา

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวางแผนจำหน่าย ผู้วิจัยใช้แนวทางการวางแผนจำหน่าย ของ ประดิพัทธ์ จันทาพูน กฤตพัทธ์ ผักฝน และกรรณิกา สมสิทธิ์ (2564)⁷ ประกอบด้วย 1) แผนการสอน ประกอบด้วย ความหมาย ประเภทของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด การดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะที่บ้าน อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด และช่องทางการติดต่อกรณีที่มีอาการผิดปกติหรือต้องการคำแนะนำ 2) คู่มือการดูแลตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติเคยได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองหลังได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง ของ ประดิพัทธ์ จันทาพูน กฤตพัทธ์ ผักฝน และกรรณิกา สมสิทธิ์ (2564)⁷ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง แบบสอบถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 17 ข้อ โดยแบ่งระดับของพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังนี้ คะแนนอยู่ในช่วง 39-51 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับสูง คะแนนอยู่ในช่วง 28-39 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับปานกลาง และคะแนนอยู่ในช่วง 17-28 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับต่ำ

2.3 แบบบันทึกการติดตาม บันทึกจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการวินิจฉัยของแพทย์ หลังจากการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังเป็นระยะเวลา 3 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทำการทดสอบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.92

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2566 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2567 หอผู้ป่วยสงฆ์และระบบปัสสาวะโรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยสงฆ์และระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลลำพูน
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัยและขอเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลองตลอดระยะเวลาของการศึกษา
3. จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จะใช้ในการดำเนินงาน

ขั้นตอนทดลอง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่คาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังโรงพยาบาลลำพูน ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรก รับ ระยะพักรักษาในโรงพยาบาล และระยะฟื้นฟูสภาพและก่อนจำหน่าย โดยใช้แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และแผ่นพับความรู้การดูแลผู้ป่วย โดยจะได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวจากพยาบาลวิชาชีพที่มีวิธีการให้คำแนะนำแตกต่างกันตามสมรรถนะของพยาบาลแต่ละคน เป็นการสอนโดยการอธิบายจากพยาบาลเป็นหลักในระยะเวลาอันสั้น จากนั้นจะนัดมาพบแพทย์และพยาบาลตามนัดทุก 1 เดือน และเปลี่ยนสายระบายน้ำปัสสาวะทุก 2 เดือน

กลุ่มทดลอง มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

1. ระยะการสร้างสัมพันธภาพ (1 วันก่อนการผ่าตัด: 5 นาที) ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และกิจกรรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต

2. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (1 วันก่อนการผ่าตัด: 45 นาที)

2.1 ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง

2.2 ผู้วิจัยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวโดยใช้วิธีการสอนแบบตัวต่อตัว ร่วมกับการใช้ภาพพลิกและคู่มือการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

(1) D: disease โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหรือสาเหตุที่เป็นข้อบ่งชี้ในการคาสาย PCN

(2) M: medication ยาที่ใช้ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้และอาการข้างเคียง

(3) E: environment สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจสังคม โดยให้ความรู้เรื่องการจัดการที่บ้านให้เหมาะสมและส่งผลต่อแหล่งสนับสนุนในชุมชน

(4) T: treatment แนวทางการรักษา การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อน

(5) **H: health** ภาวะแทรกซ้อนและอาการเจ็บป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการที่ผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนจากการคายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง

(6) **O: outpatient referral** การมาตรวจตามนัด นัดผู้ป่วยมาตรวจทุก 1 เดือน และเปลี่ยนสายระบายน้ำปัสสาวะทุก 2 เดือน การเยี่ยมติดตามทางโทรศัพท์ รวมถึงช่องทางแจ้งช่องทางการติดต่อหน่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะในกรณีที่มีอาการผิดปกติ หรือต้องการคำแนะนำ

(7) **D: diet** คู่มือการดูแลตนเอง และให้คำแนะนำเรื่องการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมและการออกกำลังกาย

3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน: 30 นาที) ผู้ป่วยและญาติจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามแผนการสอนจากผู้วิจัยครั้งที่ 2 เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย นัดหมายการเยี่ยมติดตามทางโทรศัพท์ และในวันที่ 7 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และนัดมาพบแพทย์อีก 1 เดือน

4. ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ (วันที่ 7 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล: 10 นาที) โทรศัพท์ติดตามอาการผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยในการดูแลตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง เพิ่มความมั่นใจแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

5. ประเมินผล (ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน: 15 นาที) ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และประเมินการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน วันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เลขที่ LPN 0104/2566 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ทำหนังสือขออนุญาตรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน หลังจากได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และอธิบายถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล การตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษาและข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมของงานวิจัยและใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ ปกปิดแหล่งที่มาของข้อมูลอย่างเคร่งครัด ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลต้องมีรหัสผ่าน และข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปี เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอกลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อที่ต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ภายหลังการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีการกระจายตัวแบบไม่เป็นโค้งปกติ โดยวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติเคยได้รับการคายระบายน้ำปัสสาวะจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบด้วยสถิติ Chi-square test

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ดังนั้นจึงใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

4. เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Fisher's exact test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์เคยใส่ PCN ไม่มีความแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.25 มีอายุอยู่ในช่วง 41–60 ปี ค่าเฉลี่ยอายุกลุ่มควบคุม 56.13 ปี (SD = 10.95) ค่าเฉลี่ยอายุกลุ่มทดลอง 56.44 ปี (SD = 10.40) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สถานภาพส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 87.50 และ 81.25 ตามลำดับ อาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.50 และ 81.25 ตามลำดับ และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม จำนวน	ร้อยละ	กลุ่มทดลอง จำนวน	ร้อยละ	p-value
เพศ					
ชาย	9	56.25	9	56.25	1.000
หญิง	7	43.75	7	43.75	
อายุ					
21 – 40 ปี	2	12.50	2	12.50	.955
41 – 60 ปี	9	56.25	9	56.25	
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	5	31.25	5	31.25	
กลุ่มควบคุม = 56.13, SD= 10.95 กลุ่มทดลอง = 56.44, SD= 10.40					
สถานภาพสมรส					
โสด	3	18.75	2	12.50	.632
สมรส	13	81.25	14	87.50	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	15	93.75	15	93.75	1.000
มัธยมศึกษา	1	6.25	1	6.25	
อาชีพ					
รับจ้าง	13	81.25	14	87.50	.591
เกษตรกร	2	12.50	2	12.50	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	6.25	0	0	

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังในกลุ่มทดลอง (median = 47.81, IQR = 10.25) มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม (median = 38.44, IQR = 1.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Z=-4.88, $p < .001$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่าย ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

คะแนนเฉลี่ย	M (IQR)	SD	Z	p-value
พฤติกรรม				
กลุ่มทดลอง	47.81 (10.25)	5.04	- 4.88	<.001
กลุ่มควบคุม	38.44 (1.75)	1.32		

อัตราการติดเชื้อของผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง พบว่า กลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ติดเชื้อ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 56.25 ซึ่งมีการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มทดลองที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value = .01)

ตารางที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อของผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่าย ด้วยสถิติ Fisher's exact test

การติดเชื้อ	กลุ่มควบคุม จำนวน	ร้อยละ	กลุ่มทดลอง จำนวน	ร้อยละ	p-value
มีการติดเชื้อ	7	43.75	1	6.25	.01
ไม่มีการติดเชื้อ	9	56.25	15	93.75	

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังในกลุ่มทดลอง (median = 47.81, IQR = 10.25) มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม (median = 38.44, IQR = 1.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -4.88$, $p < .001$) และกลุ่มทดลองมีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 6.25 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 56.25 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากก่อนที่จะมีการวางแผนจำหน่าย D-METHOD ได้มีการประเมินผู้ป่วยตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม พบว่า ความต้องการการดูแลตนเองมีมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง และเลือกใช้วิธีการพยาบาลที่เหมาะสมและความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วยคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง แบบตัวต่อตัว ร่วมกับการใช้ภาพพลิก คู่มือการดูแลตนเอง และมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยในการดูแลตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง เพิ่มความมั่นใจแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และลดอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม¹⁴ ซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care) ที่มุ่งเน้นการสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) มี 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการสร้างสัมพันธภาพ โดยใช้กระบวนการและหลักการสื่อสารที่เหมาะสม 2) ระยะดำเนินการพยาบาลโดยการสนับสนุน ชี้แนะสอนและสาธิตรวมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และ 3) ระยะการสิ้นสุดการพยาบาล โดยติดตามนัดตรวจและการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้มีความรู้ในการดูแลตนเองและเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยเองที่ทำให้สามารถสอนหรือให้คำแนะนำได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ทั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ ประดิพัทธ์ จันทาพูน กฤตพัทธ์ ผิกฝน และกรรณิกา สมสิทธิ์⁷ ศึกษาเรื่องผลของการสอนโดยให้คำแนะนำร่วมกับการ ใช้คู่มือการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจาก กรวยไต พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองหลังการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตก่อนและหลัง การศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีอัตราการติดเชื้อน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใน 30 วันหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งภาวะแทรกซ้อนหลังออกจาก โรงพยาบาลที่พบบ่อย ได้แก่ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา การติดเชื้อ ถ้าผู้ป่วยได้รับการวางแผนออกจาก โรงพยาบาลอย่างเหมาะสมจะสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วย ลดการกลับเข้ามารับการรักษาโรงพยาบาลซ้ำโดย ไม่ได้วางแผน ลดการติดเชื้อ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย¹⁶ ซึ่งพยาบาลควรมีองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต เพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งมี ช่องทางการติดต่อเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา¹⁷ รวมถึงการจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์เกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อไตผ่าน ผิวน้ำ จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ลดการติดเชื้อ และลดการกลับมารับการรักษาซ้ำ¹⁸ นอกจากนี้ยังมีการใช้กับ การศึกษาในโรคอื่น จากการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของคณิงนิช เพชรรัตน์, สัญญา ปงลังกา, จุฑามาศ กิตติศรี¹⁹ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และจากการศึกษาของกมนวรรณ นิลเอก และรุ่งนภา จันทรา²⁰ ศึกษาผลการใช้ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก หอ ผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองและคะแนน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวกที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 งานวิจัยที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยในครั้งนี้อธิบายให้เห็นถึงความสำคัญ ของ การสอนให้ความรู้อย่างเป็นระบบ มีการใช้สื่อการสอนโดยใช้ภาพพลิก รวมถึงการมีคู่มือในการดูแลตนเองเมื่อกลับไป อยู่ที่บ้าน สามารถส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น และช่วยลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ดังนั้นผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าแนวทางการวางแผน จำหน่ายรูปแบบ D-METHOD การสอนให้คำแนะนำแบบตัวต่อตัวร่วมกับใช้ภาพพลิกคู่มือการดูแลตนเอง และมีการ กำกับติดตามให้คำแนะนำผ่านทางโทรศัพท์ช่วยส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต มี พฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น และช่วยลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการกำหนดนโยบาย ให้ทุกหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต ให้ มีการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พัฒนาศมรรถนะพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD ในผู้ป่วยกลุ่มอื่น
2. แนะนำให้มีการศึกษาการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น Application, telemedicine เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อติดตามผลการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

Reference

1. เอกรินทร์ โชติกวาณิชย์ ธเนศ ไทยดำรงค์ ญัฐพงศ์ บิณษรี บิณษรี เปรมสันต์ สังข์คุ้ม และกิตติพงษ์ พินธุโสภณ, บรรณาธิการ. ภาวะฉุกเฉินทางศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา (Urological Emergency). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
2. Khan MA, Shamsi A. Obstructive uropathy: an overview. *Journal of Clinical Urology*. 2019; 12(2):109-118.
3. ศุจินตรา บัวชื่น. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่สายระบายปัสสาวะผ่านผิวหนังเข้ากรวยไต รักษาภาวะอุดกั้นระบบทางเดินปัสสาวะ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 2565; 45(1): 5-17.
4. สุกัญญา คล้ายชู. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะที่ได้รับการใส่สายระบายปัสสาวะที่กรวยไตผ่านผิวหนัง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
5. เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, วิไลย์ดา ฉันท์เรืองวนิชย์, บรรณาธิการ. สารหลักทางการพยาบาลศัลยศาสตร์ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วัฒนาการพิมพ์; 2561.
6. โรงพยาบาลลำพูน. สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน. ลำพูน: โรงพยาบาลลำพูน; 2566.
7. ประดิพัทธ์ จันทาพูน, กฤตพัทธ์ ผีกฝน, กรรณิกา สมสิทธิ์. ผลของการสอนโดยให้คำแนะนำร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 2564; 8(3):72-84.
8. ศุภรดา ประเสริฐกุล. การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *โรงพยาบาลนครพิงค์: [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]*, เชียงใหม่; 2566.
9. Leinert C, Fotteler M, Kocar T. D, Brefka S, Schindler B, Denking M.D. Discharge planning from hospital. 2022; 55(8): 717-719.
10. รัตนา นิลเลื่อม, ดวงกมล วัตราดุลย์, พรทิพย์ สีนประเสริฐ, กรองแก้ว ทรัพย์ประเสริฐ, จิตารัตน์ ขาวเงินยวง และ อรทัย บุญชูวงศ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลราชบุรีจังหวัดราชบุรี. 2564; 32(2): 202 – 216.
11. เพ็ญศรี ปัญญา, อรพิน มโนรส และ มะลิ การปักษ์. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันในการให้ความรู้ต่อความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจก ที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยจักษุ โสต คอ นาสิก โรงพยาบาลแพร่. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลแพร่*. 2567; 31(2): 1-16.
12. จิตาลักษณ์ แก้วแจ่ม, ศิริกาญจน์ จินาวัน. ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือดโดยใช้รูปแบบ D-METHOD ต่อทักษะใน การปฏิบัติตัวและความพึงพอใจในบริการพยาบาล. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลแพร่*. 2567; 32(1): 1-11.
13. Ganter Ritz V, Speroni KG, Walbridge D. Reducing Complications and Hospitalizations Through an Innovative Catheter Care Clinic for Percutaneous Nephrostomy Catheter Patients. *Journal of Radiology Nursing*. 2016; 35(4):275-280.

14. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
15. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007; 39(2): 175-191.
16. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, et al. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database Syst Rev. 2010; 20(1):CD000313.
17. Helmy NM, Aly AA, Atia RRA, Mohammed BMA, Abouelezz ZGM. Effect of Educational Guidelines on Nurses' Performance regarding Percutaneous Nephrostomy Tube. Egyptian Journal of Health Care. 2023; 14(1):578-593.
18. Azer SZ, Abd-El Mohsen SA, Sayed SY. The effect of nursing guidelines on minimizing incidence of complications for patients with percutaneous nephrostomy tube. American Journal Nursing Research. 2018; 6(5):327-334.
19. คณิงนิจ เพชรรัตน์, สัณญา ปงลังกา, จุฑามาศ กิตติศรี. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2561; 45(1): 37-49.
20. กมนวรรณ นิลเอก และรุ่งนภา จันทรา. ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์. 2562; 33(2):143-156.

บทความวิจัย

คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของ
นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

Received: 9 October 2024
Revised: 13 December 2024
Accepted: 26 December 2024

สุดกัญญา ปานเจริญ, พย.ม.¹ พลธนวัฒน์ ยิ้มศิริวัฒน์²
ณิชาภัทร คงสุวรรณ³ นงลักษณ์ ทะวะรุ่งเรือง⁴
พรหมพร ไส้ทอง⁵ สกุลรัตน์ ศิริกุล, พย.ม.^{6*}

บทคัดย่อ

บทนำ: คุณภาพการนอนหลับที่ดีในนักศึกษาพยาบาลช่วยพัฒนากระบวนการคิดวิเคราะห์ การปฏิบัติงาน และการเรียนรู้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 268 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 6 ชุด ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ พิตต์สเบิร์ก ความเครียด การรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอน การใช้สื่อโซเชียลมีเดีย และการงาน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าความเที่ยงแอลฟาของครอนบาคมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80, .80, .82, .83, .83 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (93.3%) ชั้นปีที่ 1 (28.0%) และมีเกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 3.01–3.50 (32.1%) พบว่านักศึกษาร้อยละ 52.4 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเครียด ($rs = .467, p < .001$) การรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม ($rs = .254, p < .001$) การใช้สื่อโซเชียลมีเดีย ($rs = .238, p < .001$) การงาน ($rs = .294, p < .001$) และสุขนิสัยการนอน ($rs = .361, p < .001$)

สรุปผล: นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี โดยมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเครียด การรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม การใช้สื่อโซเชียลมีเดีย การงาน และสุขนิสัยการนอนหลับ

ข้อเสนอแนะ: สถาบันการศึกษาควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขนิสัยการนอน การดูแลช่วยเหลือปัญหาสุขภาพจิต การงาน การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลที่เหมาะสม

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ นักศึกษาพยาบาล

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²⁻⁵ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁶ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** Corresponding author: E-mail: sakulrat@bcnsprnw.ac.th

Sleep quality and factors related to sleep quality of nursing students

Sudkanya Pancharern M.N.S^{1*} Phontanawat Yimsiriwatthana ²Nichaphat Kongsuwan³ Nonglak Tawarungrueang⁴Phromphon Laithong⁵ Sakulrat Sirikul, M.N.S^{6*}

Abstract

Introduction: Good sleep quality in nursing students will improve their analytical thinking, performance, learning processes, and efficiency.

Research objectives: To examine sleep quality and factors related to sleep quality in nursing students at Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan.

Research methodology: The sample consisted of 268 students from the Bachelor of Nursing Program in the 1st-4th year of the academic year 2024 by stratified random sampling. Data were collected by questionnaires consisting of personal data, Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire, Stress Questionnaire, Perceived Environmental Disturbances Questionnaire, Sleep Habits Questionnaire, Social Media Use Questionnaire, and Workload Questionnaire. The content validity of the instruments was tested by experts and the reliability was tested by Cronbach's Alpha Coefficient with reliability values of .80, .80, .82, .83, .83, and .81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman rank correlation.

Results: Results revealed that the sample was female (93.3%), 28.0% were in their first year, had a GPA between 3.01-3.50 (32.10%), and reported poor sleep quality of 52.40%. The significant factors related to sleep quality were stress, perception of environmental disturbance, social media use, workload, and sleep habits. There was a statistically significant relationship with sleep quality ($r_s = .467$ $p < .001$; $r_s = .254$ $p < .001$; $r_s = .238$ $p < .001$; $r_s = .294$ $p < .001$; $r_s = .361$ $p < .001$, respectively).

Conclusion: Most nursing students had poor sleep quality, and stress, perceived environmental disturbance, social media use, workload, and sleep habits were statistically significantly related to sleep quality.

Implications: Educational institutions should focus on promoting good sleep habits, providing care and support for mental health problems, and workload, and providing an environment conducive to proper sleep for nursing students.

Keywords: Sleep quality, Nursing students

1* Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

2-5 Nursing student, Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

6 Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Corresponding author: E-mail: sakulrat@bcnsprnw.ac.th

บทนำ

การนอนหลับเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบประสาทต่อมไร้ท่อ กระบวนการทางชีวเคมี สิ่งแวดล้อม จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งมีความเกี่ยวข้องอย่างมากในช่วงชีวิตของวัยรุ่นและเยาวชน สมาคมเวชศาสตร์การนอนหลับของสหรัฐอเมริกา (American Academy of Sleep Medicine) ระบุว่าผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 18 ถึง 60 ปี ควรนอนหลับอย่างน้อย 7 ชั่วโมงต่อวันเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽¹⁾ การนอนหลับไม่เพียงพออาจนำไปสู่โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และระดับสารที่ทำให้เกิดการอักเสบในร่างกายสูงขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นยังทำให้เกิดอาการสมาธิสั้น และการตัดสินใจไม่ดี ซึ่งอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นคุณภาพการนอนหลับจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้คนมีสุขภาพดี เนื่องจากเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดขึ้นของโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคทางจิต⁽²⁾ คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีส่งผลต่อสุขภาพและการเรียนรู้ เป็นความผิดปกติอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยในพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อการทำงานทั้งในเวลากลางวันและกลางคืนโดยส่งผลกระทบต่อด้านจิตวิทยาและสังคม

นักศึกษาพยาบาลมีความเครียด ความวิตกกังวล นอนไม่หลับ และเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดมากกว่านักศึกษาปริญญาตรีทั่วไป⁽³⁾ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะงานวิชาการจำนวนมาก นักศึกษาต้องปรับตัวโดยลดเวลาการนอน เข้านอนดึกมากขึ้น เข้านอนไม่เป็นเวลา และพฤติกรรมนอนที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีปัญหาการนอนไม่หลับ ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับอายุ ชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม สุขนิสัยการนอนหลับ และความเครียด⁽⁴⁾ การนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อนักศึกษาพยาบาลในหลายๆ ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย พบว่ามีอาการอาหารไม่ย่อยหรือย่อยยากและย่อยช้า เกิดโรคแผลในกระเพาะอาหาร ปวดศีรษะ ปวดหลัง ด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่ามีภาวะซึมเศร้า รู้สึกเหนื่อยขณะทำงานหรือขึ้นฝึกปฏิบัติในคลินิก นอนไม่หลับ และมีอาการง่วงนอนขณะเรียนในห้องเรียน จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่านักศึกษาพยาบาลมีปัญหาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 71.43 และมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีร้อยละ 63.20 และ 84.31⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า นักศึกษาเข้านอนยากโดยต้องใช้ระยะเวลามากกว่า 30 นาที ตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งนอนหลับร้อยละ 52.60 เข้านอนหลัง 02.00 น. มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีร้อยละ 78.01 โดยส่วนมากมีเวลานอนหลับน้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 33.30 และ 86.50⁽⁶⁾ การนอนหลับไม่เพียงพอจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของกลุ่มอาการอ่อนล้าเรื้อรังและกลุ่มอาการหมดไฟในการทำงาน (Burnout syndrome)⁽⁷⁾ การศึกษาพบว่าความเหนื่อยล้าเป็นเรื่องปกติสำหรับนักศึกษาพยาบาล เช่นเดียวกับปัญหาด้านการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า และความรุนแรงของความเหนื่อยล้าจะเพิ่มขึ้นเมื่อคุณภาพการนอนหลับลดลง คุณภาพการนอนหลับไม่ดีจะทำให้กระบวนการคิด วิเคราะห์และประสิทธิภาพของการทำงานและการเรียนลดลงถึง 3 เท่า⁽⁸⁾ นักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่สังคมและผู้ป่วย ถ้านักศึกษาสามารถนอนหลับได้อย่างเพียงพอและมีสุขภาพดี นั้นจะส่งผลดีต่อตัวนักศึกษาและผู้ป่วยรวมถึงสังคมโดยสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีอีกด้วย

การนอนไม่หลับตามแนวคิดของSpielman⁽⁹⁾ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก 3 ปัจจัยซึ่งมักจะเกิดร่วมกัน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors) หรือปัจจัยที่ทำให้ความทนต่อการนอนไม่หลับลดลง ซึ่งเกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลเอง คือ ลักษณะทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้แก่ อายุ และเพศ 2) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) หรือปัจจัยที่ทำให้เกิดการนอนไม่หลับอย่างเฉียบพลันซึ่งเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือสิ่งแวดล้อมของการนอนหลับ ได้แก่ การเจ็บป่วยหรือการรักษาอย่างกะทันหัน และ 3) ปัจจัยที่ทำให้การนอนไม่หลับคงอยู่ (perpetuating factors) ได้แก่ ความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนที่ไม่ถูกต้อง โดยปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญในการทำให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับอย่างเรื้อรัง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

เกี่ยวกับการนอนหลับการศึกษที่ผ่านมาพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในนักศึกษา ดังนี้ ปัจจัยโน้มนำ ได้แก่ เพศ ระดับชั้นปี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ⁽¹⁰⁾ ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ เกรตเฉลี่ยสะสม ลักษณะที่พักอาศัย และจำนวนผู้พักอาศัย โดยพบว่า คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเกี่ยวข้องกับผลการเรียนต่ำลง และปัจจัยคงอยู่ ได้แก่ การใช้โซเชียลมีเดีย การออกกำลังกาย การดื่มชา กาแฟ และยาที่ใช้เป็นประจำ โดยพบว่า การใช้โซเชียลมีเดีย การออกกำลังกาย และการดื่มชา กาแฟ มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับประสิทธิภาพและคุณภาพการนอนหลับ⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าเพศหญิงมีปัญหาการนอนไม่หลับและคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากกว่าเพศชาย รวมถึงความวิตกกังวล ซึมเศร้า ภาวะที่มีรายได้ต่ำ และพฤติกรรมกรเข้านอนไม่เป็นเวลา การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนโดยเฉลี่ยประมาณ 108.86 มิลลิกรัมเป็นประจำทุกวันร้อยละ 74.40 และสูบบุหรี่มากกว่า 11 มวนต่อวัน ร้อยละ 14.00 ทำให้มีปัญหาการเข้านอนยากส่งผลให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น⁽¹²⁾ มีการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ความเครียด สุขนิสัยการนอนหลับ อายุ ชั้นปี และเกรตเฉลี่ยสะสม นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีระยะเวลาการนอนที่สั้นกว่านักศึกษาชั้นปีอื่นๆ และใช้เวลาก่อนนอนหลับนานกว่าในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ และจะนอนสั้นลงในวันสุดสัปดาห์ ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 3 นอนนานที่สุด และนอนหลับยากมากที่สุดในคืนปกติตลอดสัปดาห์⁽⁴⁾

นักศึกษาพยาบาลต้องฝึกประสบการณ์วิชาชีพ และต้องมีความรับผิดชอบต่อผู้รับบริการหรือผู้ป่วยในการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และระยะเวลาการนอนเฉลี่ยลดลงอาจเกี่ยวข้องกับการใช้โซเชียลมีเดีย รวมถึงการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมใหม่ เช่น กฎระเบียบการอยู่หอพัก การทำกิจกรรมต่าง ๆ และการตื่นตั้งแต่เช้าเพื่อขึ้นฝึกปฏิบัติในแหล่งฝึกทำให้เกิดความเครียดจนส่งผลกระทบต่อกรนอน ส่งผลให้พักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่มีสมาธิในการเรียน อาจมีปัญหาสุขภาพกายและจิตตามมาได้ การศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักศึกษาพยาบาลมีการศึกษาในอดีตที่ครอบคลุมหลากหลายปัจจัย เช่น ความเครียด สุขนิสัยการนอนหลับ การใช้โซเชียลมีเดีย และสิ่งแวดล้อม แต่ยังขาดการศึกษาที่รวมปัจจัยต่าง ๆ เข้าด้วยกันในบริบทเฉพาะของวิทยาลัยพยาบาลที่มีลักษณะโครงสร้างกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมเฉพาะตัวที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ เช่น สภาพแวดล้อมในหอพัก ความหนาแน่นของนักศึกษาในห้องพัก และกิจกรรมที่ส่งผลต่อการนอนหลับ การวิจัยนี้รวบรวมปัจจัยทั้งด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการใช้ชีวิตเข้าด้วยกัน เพื่อให้เข้าใจภาพรวมที่ครอบคลุมมากขึ้น สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบมาตรการหรือกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัย เพื่อสนับสนุนสุขภาพจิตและความพร้อมในการเรียนรู้ของนักศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

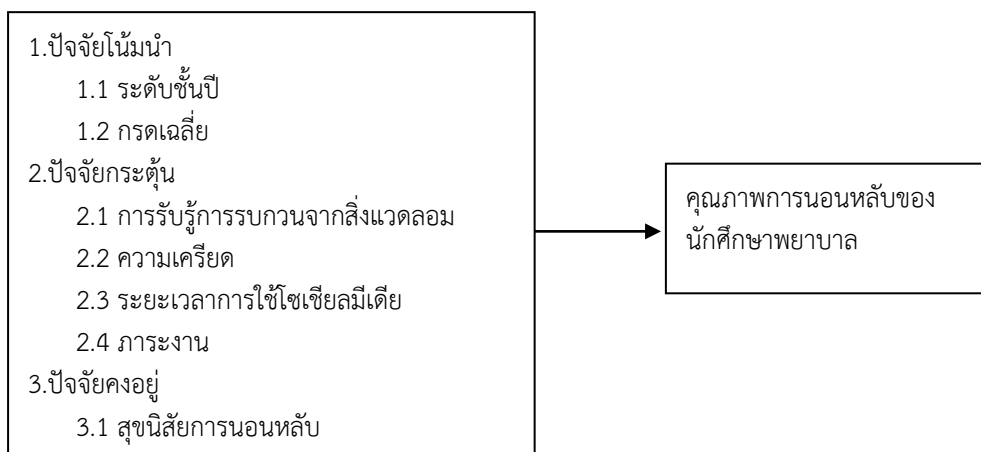
1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

ระดับชั้นปี สุขนิสัยการนอนหลับ ความเครียด การรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม เกรตเฉลี่ย การบริโภคชา กาแฟ ระยะเวลาการใช้โซเชียลมีเดีย และภาระงาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ โดยคุณภาพการนอนหลับเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเองในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้วิจัยเลือกประเมินตามดัชนีชี้วัดคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI)⁽¹³⁾ โดยคัดสรรตัวแปรตามกรอบแนวคิดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนไม่หลับของสปีลแมน⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเกิดจากปัจจัยร่วมกัน 3 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors) หรือปัจจัยที่ทำให้ความทนต่อการนอนไม่หลับลดลงซึ่งเกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลเอง ได้แก่ ระดับชั้นปี และเกรดเฉลี่ยสะสม 2) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) หรือปัจจัยที่ทำให้เกิดการนอนไม่หลับอย่างเฉียบพลัน ซึ่งเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือสิ่งแวดล้อมของการนอนหลับ ได้แก่ การรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม ความเครียด ระยะเวลาการใช้โซเชียลมีเดีย และภาระงาน 3) ปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factors) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ ได้แก่ สุขนิสัยการนอนหลับ



ภาพ 1 กรอบแนวคิด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชา รักษา นครสวรรค์ ปีการศึกษา 2567 ชั้นปีที่ 1 จำนวน 191 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 185 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 185 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 144 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 705 คน

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 268 คน มีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) ไม่มีการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย เช่น โรคติดต่อ ได้รับบาดเจ็บ หรือป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล 2) ไม่มีประวัติการใช้นอนหลับระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) เพื่อกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (α) .05 ค่าอำนาจการวิเคราะห์ (Power Analysis) = .95 Anticipated Effect Size ขนาด Moderate Value = 0.3 จำนวนตัวแปรต้น = 8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 253 ราย และป้องกันการสูญหายของข้อมูลของกลุ่ม

ตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมทั้งสิ้น 268 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนของนักศึกษาในแต่ละชั้นปี เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นตัวแทนทั้ง 4 ชั้นปี และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 1 จำนวน 73 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 70 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 70 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 55 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 268 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ชั้นปี เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม สถานที่พักอาศัย จำนวนผู้พักอาศัย การดื่มชา กาแฟ และยาที่ใช้เป็นประจำ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิทสเบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index [PSQI]) เป็นแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับและความแปรปรวนของการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา สร้างโดย Buysse และคณะ (1989) วัดคุณภาพการนอนหลับ จำนวน 9 ข้อ มี 7 องค์ประกอบ คือ 1) คุณภาพการนอนหลับ โดยรวม 2) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 3) ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน 4) ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย 5) การรบกวนการนอนหลับ 6) การใช้ยานอนหลับ และ 7) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวันด้วยการเลือกตอบเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา การให้คะแนน ไม่มีเลย (0 คะแนน) น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง (1 คะแนน) สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง (2 คะแนน) และสัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป (3 คะแนน) คะแนนอยู่ในช่วง 0-21 คะแนน การแปลผลคุณภาพการนอนหลับ มี 2 ระดับ คือ ดี (คะแนน ≤ 5 คะแนน) และ ไม่ดี (คะแนน > 5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียดสวนปรุง กรมสุขภาพจิต (Suanprung Stress Test: SPST-20) จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ ให้ผู้ตอบสำรวจว่าระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ข้อใดเกิดขึ้นกับผู้ตอบบ้าง ถ้าข้อใดไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คือ คะแนน 0 (ไม่มีเหตุการณ์หรืออาการ) ถึงคะแนน 5 (รู้สึกรุนแรงมากที่สุด) คะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน แปลผลโดยแบ่งผลรวมที่ได้ออกเป็น 4 ระดับคือ ช่วงคะแนน 0-23 คะแนน เครียดระดับต่ำ ช่วงคะแนน 24-41 คะแนน เครียดระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 42-61 คะแนน เครียดระดับสูง และคะแนน 62 ขึ้นไป เครียดระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของจินต์จุฑา แสงกะหนีก (2565) จากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 5 ข้อ โดยปรับข้อความให้สอดคล้องกับบริบทของนักศึกษา ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เสียง แสงสว่าง อุณหภูมิ ลักษณะที่นอน และผู้ที่นอนร่วมห้อง เลือกตอบระดับการรบกวน ตั้งแต่ ไม่รบกวน (0 คะแนน) รบกวนน้อย (1 คะแนน) รบกวนปานกลาง (2 คะแนน) รบกวนมาก (3 คะแนน) รบกวนมากที่สุด (4 คะแนน) การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 2.68 – 4.00 หมายถึง รบกวนมาก 1.34 – 2.67 หมายถึง รบกวนปานกลาง และ น้อยกว่า 1.34 หมายถึง รบกวนน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสุขนิสัยการนอนหลับ เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินสุขนิสัยการนอนหลับของจินต์จุฑา แสงกะหนีก (2565) จำนวน 10 ข้อ โดยปรับข้อความให้สอดคล้องกับบริบทของนักศึกษา เลือกตอบสิ่งที่ปฏิบัติ ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ (1 คะแนน) ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ (2 คะแนน) และปฏิบัติ มากกว่า 5 ครั้ง/สัปดาห์ (3 คะแนน) คะแนนรวม 0-30 คะแนน การแปลผลสุขนิสัยการนอนหลับ มี 3 ระดับ คือ ดี (คะแนน < 20 คะแนน) พอใช้ (คะแนน 20–24) และปรับปรุง (คะแนน > 24)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการใช้สื่อโซเชียลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วยความถี่ในการใช้สื่อโซเชียล และระยะเวลาการใช้โซเชียล คะแนนรวม 10 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง ใช้มาก 2.34 – 3.67 หมายถึง ใช้ปานกลาง 1.00 – 2.33 หมายถึงใช้น้อย

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามด้านภาระงาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 7 ข้อ ในแต่ละข้อ คำถามผู้ตอบจะต้องเลือกระดับความคิดเห็น 1 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง มาก 2.34 – 3.67 หมายถึง ปานกลาง 1.00 – 2.33 หมายถึง น้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปจ่ายด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ แบบสอบถามสุขนิสัยเกี่ยวกับการนอนหลับ แบบสอบถามการใช้สื่อโซเชียล และแบบสอบถามด้านภาระงาน คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำแบบสอบถามไปปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดลองใช้การหาค่าความตรง พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of item objective congruence, IOC) มีค่า IOC 0.67-1

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ศึกษาวิจัย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha method) ในการตรวจสอบความเชื่อมั่น พบว่า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินความเครียด แบบประเมินปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ แบบประเมินภาระงาน และแบบประเมินสุขนิสัยเกี่ยวกับการนอนหลับได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80, .80, .82, .83, .83 และ .81 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล งานทะเบียนนักศึกษา เพื่อแนะนำตัวและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขอรายชื่อนักศึกษาพยาบาลในปีการศึกษา 2567 จากฝ่ายทะเบียน แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากชื่อนักศึกษาแต่ละชั้นปีตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้และขอให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายทะเบียนแจ้งรายชื่อที่จับฉลากได้แก่นักศึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาชั้นปีเพื่อนัดวันเก็บข้อมูล

3. การเก็บข้อมูลดำเนินการในช่วงเวลาที่เหมาะสม โดยพิจารณาความสะดวกของนักศึกษาและการไม่รบกวนการเรียนการสอนหลังเลิกเรียนหรือในช่วงวันหยุด ผู้วิจัยได้จัดเวลาเพิ่มเติมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมตอบแบบสอบถามได้

4. ผู้วิจัยประสานกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพบนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแต่ละปี ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ก่อน การลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

5. กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกโดยอิงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ได้แก่ นักศึกษาที่ไม่มีโรคหรือภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย เช่น โรคติดต่อ หรือการบาดเจ็บที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และไม่มีการใช้ยานอนหลับในช่วงเข้าร่วมโครงการ ไม่นักศึกษาที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูลหรือมีความจำเป็นต้องถอนตัวจากการวิจัย

6. เปิดโอกาสให้นักศึกษาตอบแบบสอบถาม อย่างอิสระใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที เมื่อตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาเชิงจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ เลขที่ SPRNW -REC 009 / 2567 ลงวันที่ 14 สิงหาคม 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย จึงได้ขออนุญาตจากผู้ปกครอง เมื่อได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยก่อนเข้าร่วมการวิจัย ก่อนการลงลายมือชื่อในใบยินยอม ไม่มีการเปิดเผยถึงผู้ให้ข้อมูล ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และให้สิทธิในการตัดสินใจ รวมทั้งถอนตัวโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและเปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลงานวิจัยเพิ่มเติมได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และคุณภาพการนอนหลับ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพของการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของตัวแปรที่จะนำมาหาความสัมพันธ์พบว่า ตัวแปรมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงเลือกใช้สถิติ Spearman Rank Correlation กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 มีอายุ 19 ปี ร้อยละ 26.50 ร้อยละ 32.10 พักอาศัยหอพักภายในวิทยาลัยร้อยละ 91.40 มีผู้อาศัยร่วมภายในหอพัก ร้อยละ 46.60 ออกกำลังกาย นาน ๆ ครั้งร้อยละ 62.70 ไม่ดื่มชาและกาแฟ ร้อยละ 76.10 และไม่รับประทานยาประจำ ร้อยละ 97.60 ปัจจัยโน้มนำ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 28.0 ส่วนใหญ่เกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 3.01 – 3.50 ร้อยละ 32.10 ปัจจัยกระตุ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.40 มีความเครียดในระดับสูง ร้อยละ 33.60 ตามลำดับ การรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่การรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.90 การใช้สื่อโซเชียลส่วนใหญ่ใช้ในระดับมาก ร้อยละ 56.30 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่าภาระงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.50 ปัจจัยคงอยู่ สุขนิสัยการนอนหลับ พบว่า ส่วนใหญ่สุขนิสัยการนอนหลับ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.80 รองลงมาอยู่ในระดับปรับปรุง ร้อยละ 35.50 และอยู่ในระดับดี ร้อยละ 25.70 (ตารางที่ 1)

คุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จำนวน 140 คน ร้อยละ 52.40 และมีคุณภาพการนอนหลับดี จำนวน 127 คน ร้อยละ 47.60 โดยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาเข้านอนจนกระทั่งหลับน้อยกว่า 15 นาที และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน ร้อยละ 66.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการนอนหลับอยู่ในช่วง 6-7 ชั่วโมง ร้อยละ 57.80 ส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติ วิสัยร้อยละ 85 ขึ้นไป จำนวน 253 คน ร้อยละ 94.80 ส่วนใหญ่มีปัญหาการรบกวนการนอนหลับน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 85.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยานอนหลับร้อยละ 97.40 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวันร้อยละ 56.30 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความเครียด ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สุขนิสัยการนอนหลับ การใช้สื่อโซเชียล และภาระงาน (N=268)

ตัวแปร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับความเครียด (mean= 45.51 SD= 16.23)		
ความเครียดในระดับต่ำ	11	4.1
ความเครียดในระดับปานกลาง	119	44.4
ความเครียดในระดับสูง	90	33.6
ความเครียดในระดับรุนแรง	48	17.9
การรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม (mean= 1.62 SD= .98)		
รบกวนระดับน้อย	114	42.5
รบกวนระดับปานกลาง	115	42.9
รบกวนระดับมาก	39	14.6
การใช้สื่อโซเชียล (mean= 3.84 SD= .64)		
น้อย	-	-
ปานกลาง	117	43.7
มาก	151	56.3
ภาระงาน (mean= 3.55 SD= .78)		
น้อย	16	6.0
ปานกลาง	130	48.5
มาก	122	45.5
สุขนิสัยการนอนหลับ (mean= 11.81 SD= 4.21)		
ดี	69	25.7
ปานกลาง	104	38.8
ปรับปรุง	95	35.4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของลักษณะการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (N=268)

ลักษณะการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้คุณภาพการนอนหลับโดยรวม		
ไม่ดีเลย	21	7.9
ไม่ค่อยดี	110	41.0
ดี	118	44.0
ดีมาก	19	7.1
ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ		
< 30 นาที	179	66.8
31-60 นาที	77	28.7
1 ชั่วโมง 1 นาที - 2 ชั่วโมง	9	3.4
> 2 ชั่วโมง	3	1.1

ระยะเวลาของการนอนหลับ		
มากกว่า 7 ชั่วโมง	62	23.1
6 - 7 ชั่วโมง	155	57.8
5 - 6 ชั่วโมง	37	13.8
น้อยกว่า 5 ชั่วโมง	13	4.9
ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย		
ร้อยละ 85 ขึ้นไป	253	94.8
ร้อยละ 75 - 84	7	2.6
ร้อยละ 65 - 74	5	1.9
น้อยกว่าร้อยละ 65	2	0.7
การรบกวนการนอนหลับ		
ไม่เป็นปัญหาเลย	21	7.8
น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	230	85.8
1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์	17	6.3
3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า	-	-
การใช้นอนหลับ		
ไม่เคยใช้	261	97.4
ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	6	2.2
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	1	0.4
3 ครั้ง/สัปดาห์	-	-
ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน		
ไม่มีผลกระทบในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	6	2.2
น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	88	32.8
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	151	56.3
≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	23	8.6
คุณภาพการนอนหลับ (mean= 5.07 SD= 2.07)		
คุณภาพการนอนหลับดี (คะแนน ≤5)	127	47.6
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (คะแนน >5)	140	52.4

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน พบว่า ความเครียด การรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม การใช้สื่อโซเชียลมีเดีย ภาระงาน สุขนิสัยการนอนหลับ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .467$ $p < .001$; $r_s = .254$ $p < .001$; $r_s = .238$ $p < .001$; $r_s = .294$ $p < .001$; $r_s = .361$ $p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนระดับชั้นปี และเกรดเฉลี่ยสะสมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล (N = 268)

ตัวแปร	คุณภาพการนอนหลับ	
	Correlation Coefficient	p- value
ระดับชั้นปี	.063	.304
เกรดเฉลี่ย	-.030	.629
ความเครียด	.467**	<.001
สิ่งแวดล้อม	.254**	<.001
การใช้สื่อโซเชียลมีเดีย	.238**	<.001
ภาระงาน	.294**	<.001
สุขนัยการนอนหลับ	.361**	<.001

r_s = Spearman rank correction coefficient, ** $P < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้สามารถอภิปรายผลการศึกษที่สำคัญจำแนกเป็นประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. คุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 52.4 ตามเกณฑ์ของพิตส์เบิร์ก (Pittsburgh sleep quality Index: PSQI) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบการนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากใช้เวลาก่อนนอนน้อยกว่า 30 นาที มีเวลานอนหลับคืนละ 6-7 ชั่วโมง เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญความเครียดต่างๆ มากมายระหว่างการเรียน เนื่องจากการเรียนเกี่ยวกับทฤษฎีในห้องเรียนที่ซับซ้อนและการฝึกปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย⁽¹⁴⁾ รวมถึงมีกิจกรรมหลากหลาย ทั้งด้านการเรียนที่ต้องทำการบ้านและกิจกรรมของสถาบัน เช่น กิจกรรมเสริมหลักสูตร การส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม และการมีกิจกรรมอื่น ๆ ของวิทยาลัย เป็นต้น นอกจากนี้นักศึกษาพยาบาลมีความเครียด ความวิตกกังวล นอนไม่หลับ และเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดมากกว่านักศึกษาปริญญาตรีทั่วไป ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะงานวิชาการจำนวนมาก⁽³⁾ นักศึกษาต้องปรับตัวโดยลดเวลาการนอน เข้านอนดึกมากขึ้น เข้านอนไม่เป็นเวลา และพฤติกรรมนอนที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี และการรบกวนจากสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านเสียง ความร้อน และแสงมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยหอพักภายในวิทยาลัยร้อยละ 91.4 มีผู้อาศัยร่วมภายในหอพัก ร้อยละ 46.6 ซึ่งหอพักของวิทยาลัยไม่มีเครื่องปรับอากาศ อากาศภายในห้องนอนค่อนข้างร้อน และนักศึกษาพักร่วมกันหลายคนอาจเกิดเสียงรบกวนทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี⁽¹⁵⁾

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลสามารถ อภิปรายผลได้ว่า การใช้สื่อโซเชียลของนักศึกษาพยาบาล พบว่า การใช้สื่อโซเชียลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .238$, $P < 0.01$) นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีการใช้โซเชียลเพื่อการสื่อสาร มีจำนวนชั่วโมงการใช้จำนวนที่ค่อนข้างสูงอาจส่งผลกระทบถึงการเข้านอนที่ล่าช้า ทำให้ส่งผลกระทบกับคุณภาพการนอนหลับ เนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เช่น โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต และโดยเฉพาะสมาร์ตโฟนที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ เป็นปัจจัยที่ขัดขวางการนอนหลับ นักศึกษามักจะเวลากลางคืนหรือช่วงพักเพื่อใช้บริการต่างๆ เช่น อีเมล โซเชียลเน็ตเวิร์ก ภาพยนตร์ และเกม การใช้โทรศัพท์มือถือเป็นเวลานานเกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ โดยเฉพาะในนักศึกษาที่ใช้โทรศัพท์มือถือวันละ 5 ชั่วโมงขึ้นไป⁽¹⁶⁾ คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ชีวิต รวมถึง

การใช้โทรศัพท์มือถือ ผู้ที่ใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากเกินไป เช่น โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต และโน้ตบุ๊ก ช่วงก่อนนอน มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ร้อยละ 59.9⁽¹⁷⁾

การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม จากการศึกษา พบว่า การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .254, P < 0.01$) กล่าวคือ สิ่งแวดล้อมของการนอนหลับเป็นสาเหตุที่ทำให้นอนไม่หลับ โดยปกติแล้วบุคคลมีความไวต่อการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมของการนอนหลับแตกต่างกัน บางคนสามารถปรับตัวได้ต่อทุกสภาพแวดล้อมของการนอนหลับ ในขณะที่บางคนนอนไม่หลับในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป และห้องพักของนักศึกษาใดที่มีสิ่งแวดล้อมที่ดีโดยไม่มีสิ่งใดมารบกวนการนอนหลับมีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี นอกจากนี้เสียงยังส่งผลต่อการนอนหลับถ้าเสียงดังเกินไป (เกิน 45 เดซิเบล) จะสามารถนอนหลับได้ดีที่สุดเมื่อเสียงเบาน้อยกว่า 35 เดซิเบล รวมถึงความร้อน และแสงที่มากเกินไปอาจทำให้นักศึกษาหลับได้ยากและรู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอ เมื่อนอนหลับโดยเฉพาะในช่วงที่เรียกว่าการนอนหลับแบบ REM ร่างกายไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิได้ หากห้องร้อนหรือเย็นเกินไป (เช่น ต่ำกว่า 12.2°C หรือสูงกว่า 23.9°C) อาจทำให้มีการขยับตัวมากขึ้นในขณะหลับ ซึ่งอาจทำให้ตื่นและหลับได้ยากขึ้น แสงก็มีบทบาทสำคัญถ้าแสงสว่างเกิน 2,000 ลักซ์ ทำให้ร่างกายไม่สร้างเมลาโทนิน ซึ่งช่วยให้นอนหลับได้ อาจทำให้นอนหลับได้ไม่ดี⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา อยู่เจริญสุข⁽¹⁹⁾ ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชธานี พบว่า ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษาของนาฏนภา อารยะศิลปธรและคณะ⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ก็พบว่า ปัจจัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ โดยพบว่ากรนอนในห้องที่มีอากาศร้อนอบอ้าวเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับมากที่สุด

สุขนินัยการนอนหลับมีความสัมพันธ์เชิงบวกน้อยกับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล ($r = .361, p < .001$) กล่าวคือ เมื่อนักศึกษาพยาบาลมีสุขนินัยการนอนหลับที่ไม่ดี มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี อาจเนื่องจากสุขนินัยการนอนหลับที่ดี จะส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ การเข้านอนและตื่นนอนตรงเวลา การไม่งีบหลับในเวลากลางวัน หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน กำจัดสิ่งรบกวนการนอนหลับ อุณหภูมิห้องปกติ เพียงมีความสุขสบาย และมีกิจกรรมผ่อนคลายก่อนนอน สอดคล้องกับการศึกษาของนาตยา ดวงประทุม⁽²¹⁾ ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างสุขนินัยการนอนและคุณภาพการนอนหลับ โดยมีนักศึกษาบางส่วนมีพฤติกรรมกรนอนกลางวัน ทำให้ไม่ง่วงนอนในเวลากลางคืน ผลการการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ นันทชัยและคณะ⁽¹²⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 217 ราย ผลการวิจัยพบว่าสุขนินัยการนอนสามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = .23; 95\% CI = .90-.57, p < .01$) และพบว่า การสร้างนินัยการนอนหลับที่ดี จะส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับได้ ได้แก่ การเข้านอนและตื่นนอนตรงเวลา ไม่นอนหลับในเวลากลางวัน การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน

ภาระงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .294, P = < 0.01$) การนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาพื้นฐานที่ซับซ้อนและสอดคล้องกับจังหวะชีวภาพของสิ่งมีชีวิต โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะไปในทาง ผ่อนคลาย คือ ระดับความรู้สึกตัวลดลงการตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยมากหรือไม่มีเลย แสดงพฤติกรรมสงบนิ่งและหลับตา การนอนหลับเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวเปลี่ยนแปลงได้ง่ายถูกปลุกให้ตื่นได้โดยการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม ซึ่งปัจจัยกระตุ้นที่อาจทำให้เกิดการนอนไม่หลับอย่างเฉียบพลันได้ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล การทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดารัสณี โพธารส⁽²²⁾ ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนิสิตพยาบาล จำนวน 255 ราย ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้แก่ แบบ

แผนการดำเนินชีวิตโดยรวม ($r=.12$, $P = < .01$) ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมตามแบบแผนการดำเนินชีวิต คือ การทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การอ่านหนังสือ การทำการบ้าน เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3.37 ± 1.25 คะแนน

ความเครียด ความเครียดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับไม่ดี หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงจะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี อาจเนื่องจากความเครียดกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ให้ทำงานมากขึ้น ส่งผลให้มีการหลั่งแอดรีนาลิน (adrenaline) และคอร์ติโคสเตอรอยด์ (corticosteroid) มากขึ้น ทำให้อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เกิดอาการกระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ตื่นในช่วงเวลาของการนอนหลับบ่อยครั้ง และไม่สามารถหลับต่อได้⁽²³⁾ เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่า ระดับความเครียดของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์มีความสัมพันธ์มากที่สุดกับคุณภาพการนอนหลับ โดยนิสิตที่มีความเครียดสูงจะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี⁽²²⁾ และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะสุขภาพ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับคุณภาพการนอนหลับไม่ดีของนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าระดับความเครียด สูง ภาวะสุขภาพไม่แข็งแรง และความบ่อยในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพการนอนหลับไม่ดีได้ร้อยละ 16.3⁽²⁴⁾

จากผลการศึกษาพบว่าคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีความสัมพันธ์กับ ระดับชั้นปี และเกรดเฉลี่ยสะสม เนื่องจากเป็นช่วงเวลาของการปรับตัวทั้งในด้านการเรียนและสิ่งแวดล้อมใหม่อาจเกิดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในช่วงวัยเดียวกัน การดำเนินชีวิตในสถานศึกษาล้ายคลึงกัน นักศึกษาส่วนใหญ่พักอาศัยในหอพักที่ทางสถาบันจัดให้ นอกจากนี้คุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 อาจได้รับผลกระทบจากการปรับตัว ส่วนชั้นปีอื่นก็ได้รับผลกระทบจากการเรียนที่ซับซ้อนขึ้น รวมถึงการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย อาจส่งผลให้ระดับชั้นปี และเกรดเฉลี่ยสะสม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าระดับชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษา⁽²⁵⁾ ในขณะที่งานของนาฏนภา อารยะศิลปธร และคณะ⁽²⁰⁾ พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 มักประสบปัญหาคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีกว่าชั้นปีอื่น ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากบริบทเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุวรรณบุรี ซึ่งมีการจัดสภาพแวดล้อมและกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันระหว่างชั้นปี เช่น การพักในหอพักของวิทยาลัยที่มีข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความหนาแน่นของผู้อยู่อาศัยและการไม่มีเครื่องปรับอากาศ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาทุกชั้นปีในลักษณะคล้ายกัน ดังการศึกษาของสาวิตรี พลเยี่ยม และเทพไทย โชติชัย⁽¹⁵⁾ สิ่งแวดล้อมในหอพัก เช่น เสียงและความร้อน มีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพการนอนหลับ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี รวมทั้งความเครียดในระดับสูงความเครียดในระดับรุนแรง ร้อยละ 50 ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพถึงสาเหตุที่ทำให้คุณภาพการนอนหลับการนอนไม่ดีในนักศึกษา และสาเหตุที่มีความเครียดในระดับสูงเกิดเพื่อนำมาแก้ไขปัญหามาให้เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การวิจัยนี้เป็นการดำเนินการสำรวจ ซึ่งควรมีการวิจัยเพิ่มเติมในการทดลองการปรับปรุงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการนอนหลับ หรือทำการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาผลต่อคุณภาพการนอนหลับต่อไป

Reference

1. Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, Buysse D, et al. Recommended amount of sleep for a healthy adult: a joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *J Clin Sleep Med*. 2015;11(6):591-2. doi: <https://doi.org/10.5664/jcsm.4758>
2. Galván-Molina JF, Jiménez-Capdeville ME, Hernández-Mata JM, Arellano-Cano JR. Sistema de tamizaje de psicopatología en estudiantes de Medicina [Psychopathology screening in medical school students]. *Gac Med Mex*. 2017;153(1):75-87.
3. Bartlett ML, Taylor H, Nelson JD. Comparison of mental health characteristics and stress between baccalaureate nursing students and non-nursing students. *J Nurs Educ*. 2016;55(2):87–90. doi: <https://doi.org/10.3928/01484834-20160114-05>
4. จิราภรณ์ นันทชัย, นริศรา ไคร์ศรี, ลาวัลย์ สมบูรณ์, เทียมศร ทองสวัสดิ์. ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล. *Nursing Journal*. 2017;44(พิเศษ):49-59.
5. Santos TC, Martino MM, Sonati JG, Faria ALD, Nascimento EF. Sleep quality and chronotype of nursing students. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2016;29(6):658-63.
6. Butsathon N, Luvira V, Nonjui P, Deenok P, Aunruean W. Sleep pattern among students in Khon Kaen university. *Srinagarind Med J*. 2020;35(3):332-9.
7. Asawa K, Sen N, Bhat N, Tak M, Sultane P, Mandal A. Influence of sleep disturbance, fatigue, vitality on oral health and academic performance in Indian dental students. *Clujul Med*. 2017;90:333-43.
8. กรมสุขภาพจิต. เจาะลึกภาวะ Burnout Syndrome วิธีแก้และกิจกรรมที่จะช่วยเติมพลังในตัวคุณ. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ryt9.com/s/iqml/3085580>
9. Spielman AJ. Assessment of insomnia. *Clin Psychol Rev*. 1986;6(1):11-25.
10. Albasheer OB, et al. Prevalence of insomnia and relationship with depression, anxiety, and stress among Jazan University students: A cross-sectional study. *Cogent Psychology*. 2020;7(1). doi: <https://doi.org/10.1080/23311908.2020.1789424>
11. Wang Y, Xiao H, Zhang X, Wang L. The role of active coping in the relationship between learning burnout and sleep quality among college students in China. *Front Psychol*. 2020;11:647. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00647>
12. Gunes Z, Arslantas H. Insomnia in nursing students and related factors: A cross-sectional study. *Int J Nurs Pract*. 2017;23(5):e12578.
13. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989;28(2):193-213.

14. Ravi RK, Mohamed MG. Well-being among nursing students: Relationship between lifestyle behaviours, sleep quality and resilience. *Afr J Nurs Midwifery*. 2022;24(3):1-7.
15. สาวิตรี พลเยี่ยม, เทพไทย โชติชัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. *ว. วิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*. 2563;4(2):33-44.
16. Salvi CP, Mendes SS, Martino MM. Profile of nursing students: quality of life, sleep and eating habits. *Rev Bras Enferm*. 2020;73:e20190365.
17. Mohammadbeigi A, et al. Sleep quality in medical students: The impact of overuse of mobile cell-phone and social networks. *J Res Health Sci [Internet]*. 2016 [cited 2018 Sep 18];16(1):46-50. Available from: <http://jrhs.umsha.ac.ir/index.php/JRHS/article/view/2484/pdf>
18. ชิตติมา ณรงค์ศักดิ์, จิตติมา สงวนวิชัยกุล, วรพงศ์ ตริสทิธิวนิช. การนอนหลับและสุขอนามัยการนอนหลับ. *ว. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*. 2563;14(2):69-85.
19. กาญจนา อยู่เจริญสุข. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชธานี. *ว. ราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2561;2(1):37-47.
20. นาฏนภา อารยะศิลปธร, พัทธนี สมกำลัง, จันทร์จิรา ญบุญเอิบ. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง. *ว. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*. 2560;28(1):38-50.
21. นาทยา ดวงประทุม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี. *ว. วิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*. 2566;12(2):47-58.
22. ดารัสนี โพธารส. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนิสิตพยาบาล. *ว. คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*. 2560;25(1):25-36.
23. จริญญา ศรีวิชัย, ฉัตรพิมล ธนุศรี, นิชกานต์ แสงจันทร์, ชิตยา ยิ้มเป็นยวง, ปรียาภรณ์ สิมกิง, สิทธิรักษ์ บุปผาวงษ์, และคนอื่นๆ. ศึกษาความสัมพันธ์ความเครียดและคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ปีการศึกษา 2561. *แพทยสารทหารอากาศ*. 2562;65(3):1-9.
24. Valerio TD, Kim MJ, Sexton-Radek K. Association of stress, general health, and alcohol use with poor sleep quality among US college students. *Am J Health Educ*. 2016;47(1):17-23.
25. ขวัญธิดา พิมพ์การ, พจนารถ เกื้อสกุล, กิตติ เกื้อสกุล. การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษามหาวิทยาลัยสายสุขภาพ และสายอาชีพ. *ว. การวัดผลการศึกษานักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา*. 2022;38(104):258-71.

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก
ที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท

Received: 28 November 2024
Revised: 13 December 2024
Accepted: 26 December 2024

ปิยฉัตร เตียวชี พย.ม.¹ จิรณญา กาญจนโษษย์ พย.บ.²
แสงรวี มณีศรี พร.ด.^{3*} วันเพ็ญ ชำนาญธรรม พย.ม.⁴
นิภาดา ธารีเพียร พย.ม.⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองแตกเป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาทที่มีอัตราการเสียชีวิตและความพิการสูง จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนและมีประสิทธิภาพในระยะวิกฤต

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มละ 45 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองแตก แบบประเมินระดับความพิการ และแบบบันทึกการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-squared test, Independent t-test, Repeated measure ANOVA

ผลการวิจัย: พบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิก หลังเข้ารับการรักษา 1 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($f=17.46, p < .001, f=8.30, p < .05$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.312, p < .001, \chi^2 = 5.075, p < .05$ ตามลำดับ)

สรุปผล: แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิกและลดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกต่อไป ในการทำวิจัยในอนาคตควรมีการประเมินผลลัพธ์ในระยะยาว และมีการควบคุมลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เข้มงวดโดยเฉพาะความรุนแรงของโรค

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล โรคหลอดเลือดสมองแตก ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันในกะโหลกในศีรษะสูง

¹ พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการพิเศษ) หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

² พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ) หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

* Corresponding author Email: sangrawee.m@rsu.ac.th

⁴⁻⁵ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

Effectiveness of Using the Nursing Practice Guidelines to Care for Patients with Hemorrhagic Stroke with Non-Operation Admitted to the Neurosurgery Intensive Care Unit

Piyachatr Teawsee, M.N.S.¹ Chirunya Kanchanabothsaya, B.N.S.²
Sangrawee Maneesri, Ph.D.^{3*} Wanpen Chamnantham, M.N.S.⁴
Nipada Tareepian, M.N.S.⁵

Abstract

Introduction: Hemorrhagic stroke is a neurological emergency with high mortality and disability rates, requiring urgent and effective care during the critical period.

Research Objective: To develop and evaluate the effectiveness of nursing practice guidelines in caring for patients with non-operated hemorrhagic stroke at the Neurosurgery Intensive Care Unit, Nopparat Rajathanee Hospital.

Methodology: The study included 90 patients, divided into two groups: 45 before and 45 after implementing nursing practice guidelines. Data collection instruments comprised personal information records, ICH score, modified Rankin scale, and IICP monitoring records. Data analysis was performed using descriptive statistics, the chi-squared test, the independent t-test, and repeated measures ANOVA.

Results: Following the implementation of nursing practice guidelines for non-operated hemorrhagic stroke patients, significant reductions in systolic blood pressure were observed at 1 hour and 24 hours after admission ($f = 17.46, p < .001$; $f = 8.30, p < .05$, respectively). Furthermore, there were statistically significant decreases in the incidence of increased intracranial pressure and mortality rates ($\chi^2 = 15.312, p < .001$; $\chi^2 = 5.075, p < .05$, respectively).

Conclusion: These nursing practice guidelines were efficient in reducing systolic blood pressure and decreasing major complications in hemorrhagic stroke patients.

Recommendations: Nursing practice guidelines can be used to improve the quality of nursing care and clinical outcomes for patients with non-operated hemorrhagic stroke at the Neurosurgery Intensive Care Unit. Future studies should assess long-term outcomes and strictly control the sample characteristics, particularly disease severity.

Keywords: Nursing practice guidelines, Hemorrhagic stroke, Systolic blood pressure, Increased intracranial pressure

¹ Registered Nurse (Senior professional level), Neurosurgery Intensive Care Unit, Nopparat Rajathanee Hospital

² Registered Nurse (Professional level), Neurosurgery Intensive Care Unit, Nopparat Rajathanee Hospital

³ Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University

* Corresponding author Email: sangrawee.m@rsu.ac.th

⁴⁻⁵ Lecturer, School of Nursing, Rangsit University

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การมีจุดเลือดออกในสมอง จากหลอดเลือดโป่งพอง ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หรืออุบัติเหตุ แบ่งตามตำแหน่งได้เป็นเลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral Hemorrhage: ICH) ในช่องว่างใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid Hemorrhage: SAH) และในโพรงสมอง (Intraventricular Hemorrhage: IVH) โรคนี้มีความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตสูง จึงต้องวินิจฉัยและรักษา ตั้งแต่เนิ่น ๆ เนื่องจากภาวะเลือดออกสามารถขยายตัวอย่างรวดเร็วและอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของเซลล์สมอง ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลงกะทันหัน เกิดความผิดปกติของระบบประสาท และหากรุนแรงจะทำให้สมองเคลื่อนกดทับก้านสมอง จนเสียชีวิตในที่สุด โดยอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันสูงถึง ร้อยละ 36² ซึ่งปัจจัยพยากรณ์การเสียชีวิตที่สำคัญ ได้แก่ ปริมาตรเลือดออก ≥ 30 ลบ.ซม. จุดเลือดออกในตำแหน่ง Infratentorial, IVH, สมองเคลื่อน ≥ 5 มม. และคะแนน Glasgow Coma Score (GCS) ≤ 8

อุบัติการณ์ของ ICH ในเอเชียพบ 51.8 คนต่อประชากร 100,000 คน/ปี ซึ่งสูงกว่าในกลุ่มประชากรอื่น และเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น⁵ ในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2560-2565 พบอุบัติการณ์ของ ICH มีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 79.27 เป็นร้อยละ 88.38 ต่อแสนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป และอัตราการเสียชีวิตด้วย ICH เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.88 เป็นร้อยละ 27.58⁶ แนวทางการรักษา ICH ที่สำคัญประกอบด้วย การจัดการความดันโลหิต โดยมีเป้าหมายลดความดันโลหิตซิสโตลิกให้ต่ำกว่า 140 มม.ปรอท ภายใน 6 ชั่วโมงแรก และรักษาให้ต่ำกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท ในช่วง 24-48 ชั่วโมงถัดไป⁷ และการแก้ไขภาวะเลือดออกผิดปกติร่วมด้วยโดยการให้สารต้านฤทธิ์ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulation reversal agents) เช่น วิตามินเค (Vitamin K) ยาต้านแฟคเตอร์ Xa (Factor Xa inhibitors) และยายับยั้งทรอมบิน (Thrombin Inhibitors)⁸

จากสถิติโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเพิ่มขึ้นจาก 289 คนในปี 2562 เป็น 395 คนในปี 2566 อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 74 เป็น 108 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมประสาทเพิ่มจาก 228 เป็น 350 คน โดยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดร้อยละ 17-26 และไม่ผ่าตัดร้อยละ 74-83 ปัจจุบันหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทยังพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล: ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมและใช้ยาหลายชนิด ผู้ดูแลมีความรู้ไม่เพียงพอ 2) ด้านผู้ป่วย: บุคลากรมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และ 3) ด้านระบบการดูแล: การประเมินและซักประวัติยังไม่ครอบคลุม แนวทางการให้คำแนะนำยังไม่เป็นรูปธรรม

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง⁹⁻¹¹ พบว่าการพัฒนารูปแบบและแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ส่งผลให้บุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมายังไม่ได้เน้นการควบคุมการขยายตัวของก้อนเลือดโดยการให้สารต้านฤทธิ์ยาต้านการแข็งตัวของเลือดและการลดความดันโลหิตอย่างเข้มงวด ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ที่เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเพื่อควบคุมความดันโลหิต ลดความพิการ ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท

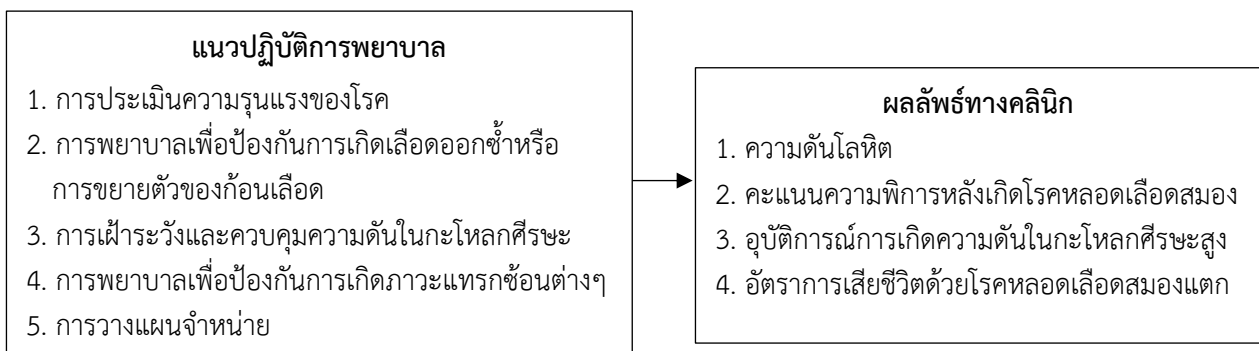
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ต่อความดันโลหิต คะแนนความพิการ อุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ค่าเฉลี่ยคะแนนความพิการหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ของกลุ่มตัวอย่างในระยะหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ต่ำกว่าระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิด (Conceptual framework)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งการพัฒนาแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบช่วยให้พยาบาลมีกรอบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ชัดเจนและมีเครื่องมือช่วยในการตัดสินใจอย่างเป็นขั้นตอน โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Soukup¹² ประกอบด้วย 4 ระยะ รายละเอียดดังภาพที่ 1 และภาพที่ 2



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development: R & D)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria): 1) ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ICD 10: I61 Intracerebral hemorrhage และ 3) ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria): 1) ผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดแต่ญาติปฏิเสธ 2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด, 3) ผู้ป่วยมี ICH score 5-6 (High grade), 4) ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท ไม่เกิน 24 ชั่วโมง และ 5) ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวและไม่มีญาติ หรือผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การคำนวณขนาดศึกษา (Study size estimation)

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $\alpha = .05$, อำนาจการทดสอบ (power of test) = .80, ขนาดอิทธิพล (effect size) $f = .25$ (medium effect size) for Repeated measures ANOVA¹³ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 กลุ่ม วัดผลลัพธ์ 4 ครั้ง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 82 คน และเพิ่ม dropout ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด และเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม พัฒนาขึ้นโดยทีมผู้วิจัยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 1. การประเมินความรุนแรงของโรค 2. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำหรือการขยายตัวของก้อนเลือด 3. การเฝ้าระวังและควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ 4. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และ 5. การวางแผนจำหน่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง (Participants Data Record Form) ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา และผู้ดูแลหลัก **ส่วนที่ 2** แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย สาเหตุการเกิดหลอดเลือดสมองแตก โรคร่วม พฤติกรรมเสี่ยง ปริมาตรก้อนเลือด GCS ผล CT-brain ความดันโลหิต จำนวนยาลดความดันโลหิต สภาพจำหน่าย จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต และการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก **ส่วนที่ 3** แบบคัดกรองระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke severity assessment form) โดยใช้เครื่องมือ ICH score พัฒนาขึ้นโดย Hemphill และคณะ¹⁴ ประกอบไปด้วย GCS, อายุ, จุดเลือดออก, ปริมาตร ICH, และ IVH มีเกณฑ์การคะแนนดังนี้: คะแนน GCS 3 ถึง 4 (=2 คะแนน), 5 ถึง 12 (=1), 13 ถึง 15 (=0); อายุ ≥ 80 ปี ใช่ (=1), ไม่ใช่ (=0); ตำแหน่งที่ Infratentorial ใช่ (=1), ไม่ใช่ (=0); ปริมาตร ICH $\geq 30 \text{ cm}^3$ (=1), $< 30 \text{ cm}^3$ (=0); และ IVH ใช่ (=1), ไม่ใช่ (=0) คะแนนรวม 0-6 คะแนนมากบ่งบอกความรุนแรงของโรคสูง **ส่วนที่ 4** แบบประเมินระดับความพิการหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (modified Rankin scale: mRS)¹⁵ พัฒนาขึ้นโดย Rankin¹⁵ แบ่งการประเมินออกเป็น 6 ระดับ จากคะแนน 0 คะแนน = ไม่มีความผิดปกติ ถึง 5 คะแนน = มีความผิดปกติอย่างรุนแรง ต้องนอนบนเตียง ปัสสาวะราด ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตให้คะแนนระดับความทุพพลภาพ 6 คะแนน **ส่วนที่ 5** แบบบันทึกการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) ประกอบด้วยการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การให้คะแนน 0 = ไม่เกิด 1 = เกิดระยะแรก และ 2 = เกิดระยะท้าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา ทีมผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด แบบคัดกรองระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองแตก (ICH score) แบบประเมินระดับความพิการหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (modified Rankin scale) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of

item objective congruence: IOC) เท่ากับ .93, 1.0, 1.0 ตามลำดับ เนื่องจาก ICH score และ modified Rankin scale เป็นแบบประเมินมาตรฐานแล้วจึงไม่นำมาหาค่า reliability

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การค้นหาวิเคราะห์ปัญหาและบริบท การวิเคราะห์สถานการณ์ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทย้อนหลัง 5 ปี พบแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น ด้านบริบทพบว่ามีโครงสร้างระบบบริการ ทรัพยากรและระบบสนับสนุนพื้นฐานที่จำเป็นเพียงพอ สาเหตุของปัญหาคือขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ระบบการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนไม่ชัดเจน การติดตามและจัดการความดันโลหิตยังไม่เข้มงวด รวมถึงการซักประวัติการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดและการให้สารต้านฤทธิ์ยาต้านการแข็งตัวของเลือดล่าช้า ส่งผลให้การควบคุมการขยายตัวของก้อนเลือดมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ

ระยะที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมเพื่อยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล สืบค้นตามกรอบ PICO's จาก 5 ฐานข้อมูล ได้แก่ CINAHL, Science Direct, Scopus, Google scholar และ Grey literature ระหว่างปี 2015-2024 ได้งานวิจัย 25 เรื่อง และประเมินระดับความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ JBI level of evidence¹⁶ นำมาสู่แนวปฏิบัติการพยาบาล 5 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินความรุนแรงของโรค 2) การพยาบาลเพื่อป้องกันการขยายตัวของก้อนเลือด: การให้สารต้านฤทธิ์ยาต้านการแข็งตัวของเลือดและการควบคุมความดันโลหิตในระยะวิกฤต 3) การเฝ้าระวังและควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ: ติดตามสัญญาณชีพและระบบประสาท การจัดทำ ดูแลอาการปวด ประเมินอาการชัก การให้สารน้ำ ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย และดูแลระบบทางเดินหายใจ 4) การป้องกันการภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบไต ต่อมไทรอยด์ การติดเชื้อ และ 5) การวางแผนจำหน่าย¹⁷⁻¹⁹

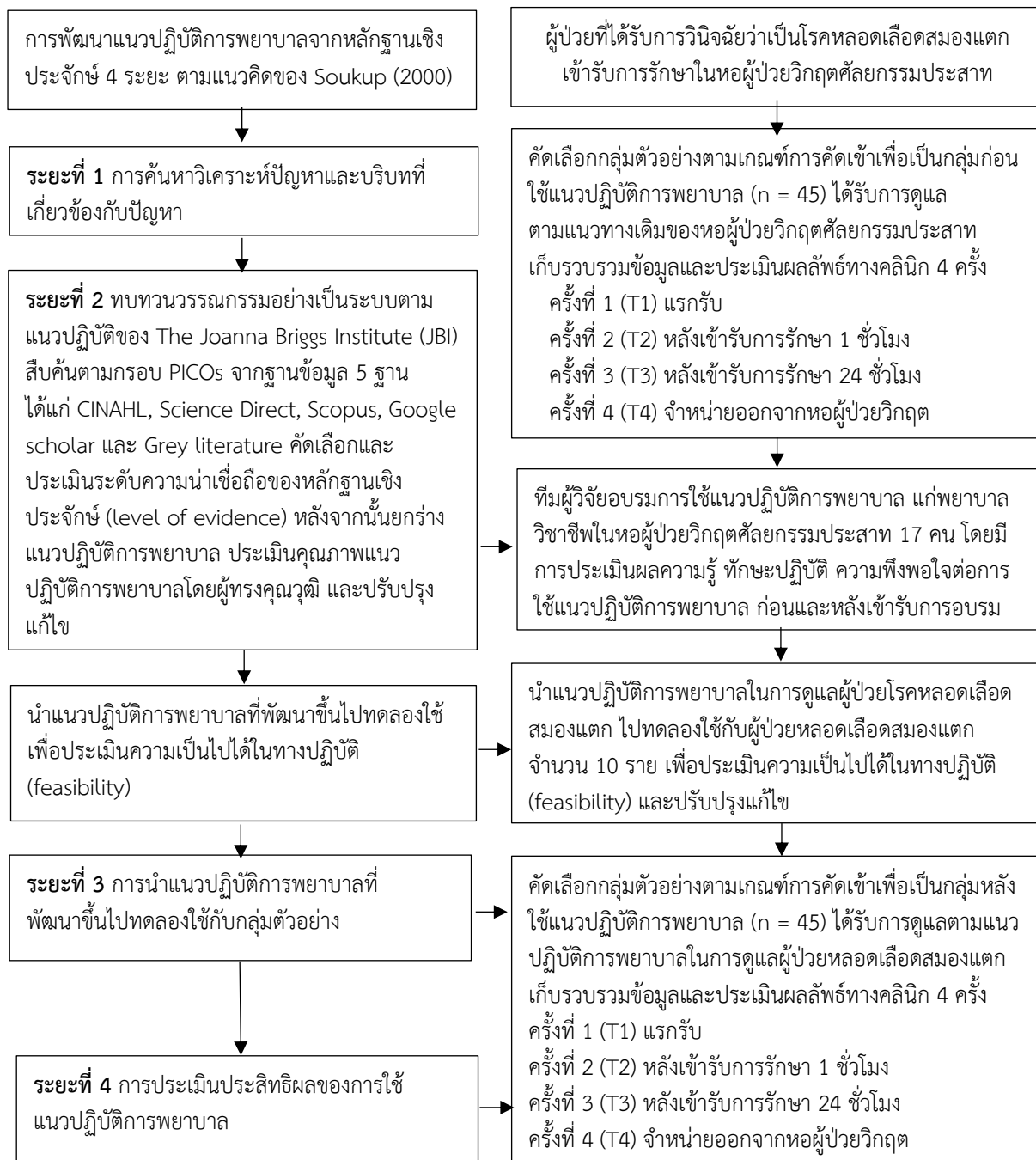
ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ เริ่มจากการเตรียมความพร้อมโดยประชุมชี้แจงและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะแก่พยาบาลวิชาชีพ มีการประเมินผ่านการวัดความรู้และสังเกตทักษะ กำหนดระบบพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา จากนั้นดำเนินการทดลองใช้โดยคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัดและบันทึกข้อมูลต่อเนื่อง ประชุมทีมและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติเป็นระยะ

ระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก 4 ตัวแปร ได้แก่ ความดันโลหิต คะแนนความพิการ อุบัติการณ์การเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง และอัตราการเสียชีวิต โดยจัดเตรียมเครื่องมือเก็บข้อมูล กำหนดระยะเวลาและวิธีการประเมินที่ชัดเจน อบรมผู้เก็บข้อมูลให้มีความเข้าใจตรงกัน และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยบันทึกค่าความดันโลหิตจำนวน 4 ครั้ง ประเมินคะแนนความพิการ และบันทึกการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและการเสียชีวิตทั้งแรกรับและจำหน่าย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่ 44/2567 วันที่ 30 กรกฎาคม 2567 – 29 กรกฎาคม 2568 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรม เคารพในบุคคล คำนึงถึงประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย และยุติธรรมในการปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ระหว่างกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ระหว่างกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติ Chi-squared test และ Independent t-test

3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 4 ครั้ง โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA

4) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติ Independent t-test

5) เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ระหว่างกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติ Chi-squared test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนใช้และหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ไม่มีความแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยประมาณ 59 ปี สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้าง การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับข้อมูลการเจ็บป่วยดังแสดงในตารางที่ 1 ทั้งสองกลุ่มมีสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกจากความดันโลหิตสูง ปริมาตรของก้อนเลือดไม่แตกต่างกัน ได้รับยาลดความดันโลหิต 1-3 ชนิด แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมี ICH score เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1.33 และ 1.98, $p < .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-squared test และ Independent t-test

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 45)		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 45)		Statistic	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สาเหตุของ Intracerebral Hemorrhage					2.212 ^a	.899
ความดันโลหิตสูง	42	93.3	41	91.1		
เกิดขึ้นเอง	2	4.4	3	6.7		
Warfarin Induce	1	2.2	1	2.2		
ปริมาตรของก้อนเลือด (ml)					1.056 ^b	.070
Mean (S.D.)	17.96 (16.28)		14.59 (13.93)			
Range	0.86-65.08		1.38-87.75			
ICH score					3.111 ^b	.037*
Mean (S.D.)	1.98 (1.18)		1.33 (0.74)			
Range	0-4		0-3			
ยาลดความดันโลหิต					.963 ^a	.327
1-3 ชนิด	36	80	32	71.1		
> 3 ชนิด	9	20	13	28.9		

a = chi-squared test, b = independent t-test * $p < .05$

การวิเคราะห์ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต พบว่าทั้งความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกมีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาและมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

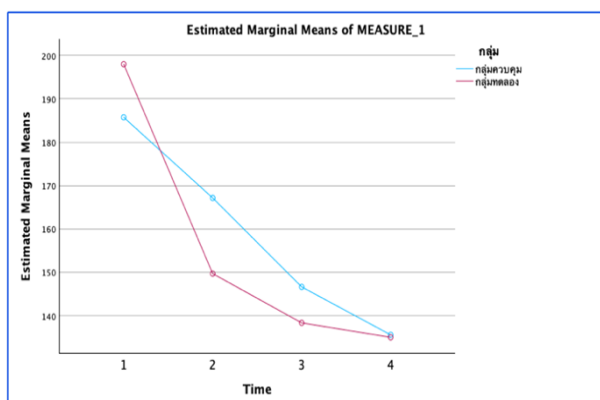
ตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยพบขนาดอิทธิพลระดับปานกลางในความดันซิสโตลิก ($\eta^2_p = .136$) และระดับต่ำในความดันไดแอสโตลิก ($\eta^2_p = .065$) แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพในการควบคุมความดันโลหิต โดยเฉพาะความดันซิสโตลิกซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการพยากรณ์โรค ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 4 ครั้ง โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA

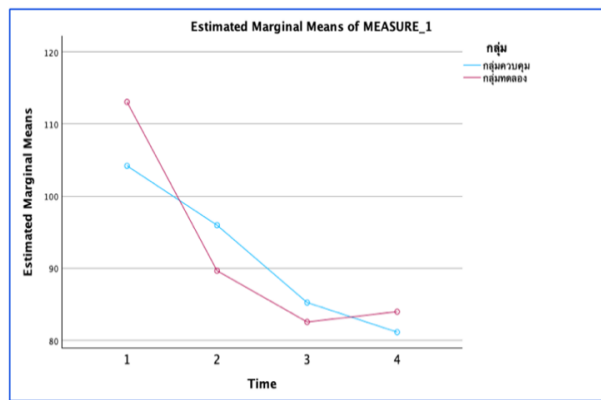
Source variation	SS	df	MS	F	p-value	η^2_p
ความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP)						
Within subjects						
Time	170918.060	2.384	71686.803	222.218	<.001*	.716
Time*Group	10675.394	2.384	4477.496	13.880	<.001*	.136
Error time	67684.729	209.813	322.596			
ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure: DBP)						
Within subjects						
Time	38894.029	2.675	14538.210	79.960	<.001*	.476
Time*Group	2969.073	2.675	1109.811	6.104	<.001*	.065
Error time	42805.089	235.462	181.820			

η^2_p = Partial Eta Squared

เมื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตระหว่างกลุ่มพบว่า ความดันซิสโตลิกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 3 ช่วงเวลาแรก โดยช่วงแรกกลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติมีความดันซิสโตลิกสูงกว่า (12.25 mmHg, $p < .05$) แต่ในช่วงที่ 2 และ 3 กลุ่มตัวอย่างระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติมีความดันซิสโตลิกที่สูงกว่า (17.46 และ 8.30 mmHg, $p < .001$ และ $p < .05$) ส่วนความดันไดแอสโตลิก พบความแตกต่างเฉพาะช่วงเวลาแรก โดยที่กลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติมีความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า (8.86 mmHg, $p < .05$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า แม้กลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติจะมีความดันโลหิตสูงกว่าในช่วงแรก แต่หลังจากได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าโดยเฉพาะความดันซิสโตลิกใน 24 ชั่วโมงแรก ดังภาพที่ 3 และ 4



ภาพที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย SBP 4 ช่วงเวลา



ภาพที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย DBP 4 ช่วงเวลา

การศึกษาระดับความพิการโดยใช้ mRS พบว่าแรกรับกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ย 4.29 (S.D. = 0.84) สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ย 3.80 (S.D. = 1.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระยะจำหน่ายทั้งสองกลุ่มมีคะแนน mRS ลดลง โดยกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ย 3.78 (S.D. = 1.44) และกลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ย 3.24 (S.D. = 1.51) ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติจะมีคะแนน mRS ที่ต่ำกว่าแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .667$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพิการหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติ Independent t-test

mRS score	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 45)		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 45)		M _{diff}	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
แรกรับ	4.29	0.84	3.80	1.47	.489	1.935	.046*
จำหน่าย	3.78	1.44	3.24	1.51	.533	1.712	.667

อุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) ระยะแรกรับทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p = .242$) แต่ระยะการดูแลต่อเนื่องจนถึงจำหน่าย พบว่ากลุ่มตัวอย่างระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติเกิดภาวะ IICP ร้อยละ 37.8 เปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติเกิดภาวะ IICP ร้อยละ 4.4 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับอัตราการเสียชีวิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติเสียชีวิต ร้อยละ 20 เปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติเสียชีวิตเพียงร้อยละ 4.4 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ระหว่างกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติ Chi-squared test

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 45)		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 45)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงแรกรับ					2.841	.242
ไม่เกิด	5	11.1	7	15.6		
เกิดระยะแรก	29	64.4	33	73.3		
เกิดระยะท้าย	11	24.4	5	11.1		
อุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงระยะดูแลถึงจำหน่าย					15.312	<.001*
ไม่เกิด	28	62.2	43	95.6		
เกิดระยะแรก	5	11.1	0	0		
เกิดระยะท้าย	12	26.7	2	4.4		
อุบัติการณ์การเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก					5.075	.024*
ไม่เกิด	36	80	43	95.6		

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 45)		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 45)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เกิด	9	20	2	4.4		

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด โดยแนวปฏิบัติถูกพัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการที่เป็นมาตรฐานตามกรอบแนวคิดของ Soukup¹² โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือทั้งระดับชาติและนานาชาติ โดยจุดเด่นของแนวปฏิบัตินี้คือควบคุมการขยายตัวของก้อนเลือดโดยการลดความดันโลหิตอย่างเข้มงวด และให้สารต้านเกล็ดเลือดต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างเหมาะสม โดยกำหนดแนวทางการบริหารยา Nifedipine ที่ชัดเจน เริ่มต้นที่ 2.5 mg/hour (ความเข้มข้น 0.1-0.2 mg/ml) และเพิ่มขนาดครั้งละ 2.5 mg/hour ทุก 15 นาที ไม่เกิน 15 mg/hour¹⁷ พร้อมเฝ้าระวังอาการข้างเคียง หากไม่ได้ target SBP ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถลดความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่า โดยเฉพาะใน 1 และ 24 ชั่วโมงแรก สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการควบคุม SBP < 140 mmHg ภายใน 4 ชั่วโมง²⁰ สัมพันธ์กับการลดการขยายตัวของก้อนเลือดและอัตราการเสียชีวิต ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภายใน 6 ชั่วโมงควรลด SBP < 140 mmHg ภายใน 1 ชั่วโมง²¹ ดูแลไม่ให้ SBP < 100-120 mmHg หรือ > 180 mmHg และรักษาระดับโพแทสเซียมที่ภายใน 24 ชั่วโมง²² การประเมินความพิการมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เนื่องจากช่วยบ่งชี้ระดับความพิการและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถวางแผนการรักษาและฟื้นฟูได้เหมาะสม แม้กลุ่มตัวอย่างระยะหลังใช้แนวปฏิบัติจะมี mRS ต่ำกว่าตั้งแต่แรก แต่ลดลงมากกว่าในระยะจำหน่าย สะท้อนประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในการลดความรุนแรงของโรคและความพิการ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่เนิ่นๆ จะเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะมี mRS ≤ 2 ที่ 90 วัน ซึ่งบ่งชี้ถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าผู้ป่วยที่กลับบ้านทันทีหลังการรักษาในระยะเฉียบพลัน²³

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าอย่างชัดเจน เนื่องจากการเฝ้าระวังและควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ทั้งสัญญาณชีพและระบบประสาทอย่างใกล้ชิด ในช่วง 24 ถึง 48 ชั่วโมงแรก การสังเกตอาการเตือนเริ่มแรกช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วและปลอดภัย²⁴ และมีแนวทางการป้องกันการขยายตัวของก้อนเลือด โดยระยะเวลาตั้งแต่มาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับสารต้านเกล็ดเลือดต้านการแข็งตัวของเลือดน้อยกว่า 60 นาที และควบคุม SBP < 160 mmHg และ INR < 1.3 ภายใน 4 ชั่วโมง จะช่วยลดการขยายตัวของก้อนเลือดและอัตราการเสียชีวิตได้¹⁸

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ช่วยพัฒนาผลลัพธ์ทั้งการควบคุมความดันโลหิต การป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และการลดอัตราการเสียชีวิต จุดแข็งของงานวิจัยคือมีการออกแบบระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสม มีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างชัดเจน ขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียงพอ และใช้แบบประเมินที่เป็นมาตรฐานสากล สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงทางคลินิก อย่างไรก็ตามมีข้อจำกัดคือไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ศึกษาในโรงพยาบาลเดียว ระยะเวลาในการติดตามผลลัพธ์สั้น และมีปัจจัยแทรกซ้อนที่ไม่ได้ควบคุม โดยเฉพาะความรุนแรงของโรคที่ประเมินโดย ICH score

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

ที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท

2. สร้างระบบพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา จัดระบบการนิเทศติดตามการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ
3. พัฒนาระบบการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ระบบส่งต่อข้อมูล และการดูแลต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาแบบ Randomized Controlled Trial ที่ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน
2. ทำการศึกษาติดตามในระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์ที่ยั่งยืน
3. พัฒนาแนวปฏิบัติในรูปแบบดิจิทัลที่มีระบบประเมินและติดตามผลที่แม่นยำและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

Reference

1. Unnithan AKA, Das JM, Mehta P. Hemorrhagic Stroke [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2024 Nov 25]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559173/>
2. Nisar T, Alchaki A, Hillen M. Validation of ICH score in a large urban population. Clin Neurol Neurosurg. 2018;174:36-39.
3. Rangasawat S. Factors affecting 30-day mortality rate in patients with primary intracerebral hemorrhage at Mukdahan Hospital. Nakhon Phanom Hosp J. 2021;8(2):28-43. In Thai.
4. Magid-Bernstein J, Girard R, Polster S, Srinath A, Romanos S, Awad IA, et al. Cerebral Hemorrhage: Pathophysiology, Treatment, and Future Directions. Circ Res. 2022;130(8):1204-29.
5. An SJ, Kim TJ, Yoon BW. Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Features of Intracerebral Hemorrhage: An Update. J Stroke. 2017;19(1):3-10.
6. Tiamkao S. Stroke situation in Thailand. J Thai Neurol. 2021;37(4):54-60. In Thai.
7. Hemphill JC 3rd, Greenberg SM, Anderson CS, Becker K, Bendok BR, Cushman M, et al. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2015;46(7):2032-60.
8. Frontera JA, Lewin JJ 3rd, Rabinstein AA, Aisiku IP, Alexandrov AW, Cook AM, et al. Guideline for Reversal of Antithrombotics in Intracranial Hemorrhage: A Statement for Healthcare Professionals from the Neurocritical Care Society and Society of Critical Care Medicine. Neurocrit Care. 2016;24(1):6-46.
9. Rojana S. Development of nursing care model for hemorrhagic stroke patients with hypertension. Thai J Cardiovasc Thorac Nurs. 2020;31(2):206-21. In Thai.
10. Siripraphaphon S, Panprasert S, Ditprae S. Development of care system for hemorrhagic stroke patients with hypertension at Somdejphraphutthalertla Hospital. J Health Sci. 2022;31(2):s353-64. In Thai.
11. Saeng-in P, Thongmee P, Plueynongkae S, Petsanghan P, Hanlue K, Saenyamool S. Development of nursing practice guidelines for hemorrhagic stroke patients in neurosurgical

- intensive care unit, Roi Et Hospital. J Nurs Health Care. 2024;42(3):e272542. In Thai.
12. Soukup SM. The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. Nurs Clin North Am. 2000;35(2):301-9.
 13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
 14. Hemphill JC, Bonovich DC, Besmertis L, Manley GT, Johnston SC. The ICH Score: A Simple, Reliable Grading Scale for Intracerebral Hemorrhage. Stroke. 2001;32(4):891-7.
 15. Rankin J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. II. Prognosis. Scott Med J. 1957;2(5):200-15.
 16. Joanna Briggs Institute. JBI EBP Database Guide [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 25]. Available from: <https://ospguides.ovid.com/OSPguides/jbidb.htm>
 17. Neurological Institute of Thailand. Clinical practice guideline for hemorrhagic stroke: Care map for hemorrhagic stroke. Bangkok: Thana Press; 2019. In Thai.
 18. Aldhaeefi M, Badreldin HA, Alsuwayyid F, Alqahtani T, Alshaya O, Al Yami MS, et al. Practical Guide for Anticoagulant and Antiplatelet Reversal in Clinical Practice. Pharmacy (Basel). 2023;11(1):34.
 19. Teo KC, Keins S, Abramson JR, Leung WCY, Leung IYH, Wong YK, et al. Blood Pressure Control Targets and Risk of Cardiovascular and Cerebrovascular Events After Intracerebral Hemorrhage. Stroke. 2023;54(1):78-86.
 20. Kuramatsu JB, Gerner ST, Schellinger PD, Glahn J, Endres M, Sobesky J, et al. Anticoagulant reversal, blood pressure levels, and anticoagulant resumption in patients with anticoagulation-related intracerebral hemorrhage. JAMA. 2015;313(8):824-36.
 21. Law ZK, Appleton JP, Bath PM, Sprigg N. Management of acute intracerebral haemorrhage – an update. Clin Med (Lond). 2017;17(2):166-72.
 22. Shoamanesh A, Lindsay MP, Castellucci LA, Cayley A, Crowther M, de Wit K, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage, 7th Edition Update 2020. Int J Stroke. 2021;16(3):321-41.
 23. Manchi MR, Venkatachalam AM, Atem FD, Stone S, Mathews AA, Abraham AM, et al. Effect of inpatient rehabilitation facility care on ninety day modified Rankin score in ischemic stroke patients. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2023;32(6):107109.
 24. Singkwang K. Development of clinical practice guidelines for initial assessment of increased intracranial pressure warning signs in post brain tumor surgery patients. Buddhachinaraj Med J. 2020;37(2):136-48. In Thai.

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี

Received: 21 November 2024

Revised: 25 December 2024

Accepted: 27 December 2024

สุพิชญ์นันท์ เมืองเหล่า, พย.บ.¹สุนันทา ชีโนะฮาระ พย.บ.²จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ พย.ม.^{3*}

บทคัดย่อ

บทนำ: การให้ความรู้ที่เหมาะสมจะช่วยให้เพิ่มความมั่นใจและทักษะในการจัดการโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพของมารดาและคุณภาพชีวิตโดยรวม

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน จำนวน 40 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี โปรแกรมพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล และผลทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) โปรแกรมการให้ความรู้ 3 ครั้งในระยะเวลา 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ chi-square test

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 12.9 เป็น 18.4 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 50.2 เป็น 58.3 ($p<.001$) ผลทางคลินิกพบว่าค่าเฉลี่ย FBS ลดลงจาก 165.3 เป็น 115.6 มก./ดล. และ HbA1C ลดลงจาก 7.7% เป็น 5.1% ($p<.001$)

สรุปผล: การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้โรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ สามารถส่งเสริมการดูแลตนเองได้เหมาะสมและมีผลลัพธ์ทางคลินิกในทางที่ดี

ข้อเสนอแนะ: ควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการดูแลสตรีที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ขยายผลไปยังสถานพยาบาลใกล้เคียง และควรทำการศึกษาเพิ่มเติมโดยมีกลุ่มควบคุมเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม และควรเพิ่มการทดลองโดยใช้แอปพลิเคชันหรือการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลร่วมด้วย

คำสำคัญ: การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โปรแกรมการให้ความรู้ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องฉีดยาทำแผล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องฝากครรภ์ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding author: Email: sri.jittanun@bcnu.ac.th

Effectiveness of an educational program on blood sugar control behaviors
and blood sugar levels of women with gestational diabetes at
the antenatal clinic, Udon Thani Hospital

Supichchanan Muanglao, B.N.S.¹

Sununta Shinohara, B.N.S.²

Jittanun Srisuwan, M.N.S.^{3*}

Abstract

Introduction: Appropriate education will help increase confidence and skills in managing gestational diabetes mellitus, which will positively affect the mother's mental health and overall quality of life.

Research objectives: To study the effectiveness of an educational program on blood sugar control behaviors and blood sugar levels among women with gestational diabetes mellitus (GDM).

Research methodology: Forty pregnant women with GDM from Udon Thani Hospital's antenatal clinic participated in a four-week educational program based on Orem's self-care theory. Data collection included questionnaires on self-care knowledge and behaviors, plus clinical measurements of FBS and HbA1C. The program delivered three educational sessions, with data analyzed using descriptive statistics and chi-square test.

Results: Results showed that after participating in the program, participants' mean knowledge score increased significantly from 12.9 to 18.4 ($p<.001$), and self-care behavior scores improved from 50.2 to 58.3 ($p<.001$). Clinical outcomes also showed significant improvements, with mean FBS decreasing from 165.3 to 115.6 mg/dL and mean HbA1C reducing from 7.7% to 5.1% ($p<.001$).

Conclusion: The study demonstrates that the educational program effectively improved knowledge, self-care behaviors, and clinical outcomes among women with GDM.

Implications: Recommendations include implementing this program as a standard care protocol for GDM patients, extending it to nearby healthcare facilities. Further research incorporating technology, such as mobile applications or online platforms, should be conducted to support self-care and enhance the involvement of caregivers in monitoring outcomes.

Keywords: blood sugar control, educational program, gestational diabetes mellitus, pregnancy, self-care behavior

¹ Department of Outpatient Nursing, Injection and Dressing Unit, Udon Thani Hospital

² Department of Outpatient Nursing, Antenatal Care Unit, Udon Thani Hospital

³ Lecturer, Department of Maternal-Child Nursing and Midwifery, Boromarajonani College of Nursing Udon Thani.

*Corresponding author: Email: sri.jittanun@bcnu.ac.th

บทนำ

สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation : IDF) รายงานว่า โรคเบาหวานทั่วโลกพบจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี ค.ศ.2021 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 537 ล้านคน คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 เพิ่มจำนวนสูงถึง 643 ล้านคน และสถิติในปี ค.ศ.2021 ยังรายงานว่าจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในแถบเอเชีย 25.9 ล้านคน ซึ่งสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในแถบยุโรป 15.0 ล้านคน⁽¹⁾ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus : GDM) ทำให้เกิดอันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ ซึ่งโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จะพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ สาเหตุหลักเกิดจากร่างกายของสตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถผลิตหรือใช้ออร์โมนอินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงร่างกายในไตรมาสที่ 2 อายุครรภ์ 13-31 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์จะมีน้ำหนักหรือดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) สูงขึ้นจากที่อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลงหรือหายไปหลังจากอายุครรภ์ 12 สัปดาห์แล้ว ทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถรับประทานอาหารได้ดีมากขึ้น⁽²⁻³⁾ ดังนั้นในช่วงไตรมาสที่ 2 นี้ทีมสุขภาพจึงควรตรวจ คัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ดังนี้ กรณีมีปัจจัยเสี่ยงควรตรวจคัดกรองครั้งแรกในการฝากครรภ์ และควรคัดกรองเมื่ออายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์กรณีไม่มีความเสี่ยง หากทีมสุขภาพคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ล่าช้า หรือสตรีตั้งครรภ์ไม่ตระหนักในการดูแลตนเองจากการมีข้อจำกัดต่างๆ อาจทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายรุนแรง จนอาจเสียชีวิตได้ทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์⁽³⁻⁴⁾

ข้อมูลสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย พบว่า โรคเบาหวานเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่คุกคามสุขภาพคนไทยเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งจากการคาดการณ์ความชุกของโรค พบว่า โรคเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนในสตรีไทยที่ตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 22.9 เมื่อเทียบกับจากภาวะเสี่ยงอื่นๆ⁽⁵⁾ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะส่งผลต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ รวมถึงช่วงทารกหลังคลอด ดังนั้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานในขณะตั้งครรภ์จึงจำเป็นอย่างยิ่ง⁽²⁻³⁾ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง การแท้งบุตร ทารกเสียชีวิตในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะน้ำคร่ำมากเกินไป ภาวะคลอดติดขัดหรือคลอดติดไหล่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อในช่องคลอดหรือระบบทางเดินปัสสาวะ อาจเกิดความเครียดระดับสูง และสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้ 3-4 เท่าของการตั้งครรภ์ปกติ ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดมีความผิดปกติแต่กำเนิด ภาวะตัวเหลือง และปัญหาทางระบบหายใจ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานเกิดความกลัว วิดกกังวล และเกิดภาวะเครียดมากกว่าการตั้งครรภ์ปกติ⁽²⁻⁴⁾ รวมทั้งการเพิ่มอัตราการตายของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานและทารกได้ ซึ่งอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลด้านอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงเกิดผลกระทบค่าใช้จ่ายด้านการให้บริการแก่สตรีตั้งครรภ์ที่เพิ่มมากขึ้น⁽⁶⁾

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลจากการขาดความตระหนักในการดูแลสนใจใส่ใจในภาวะสุขภาพหรือข้อจำกัดต่างๆ สาเหตุจากปัจจัยส่วนบุคคลจะส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ระยะยาว เพิ่มความเสี่ยงในการพัฒนาเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในภายหลังคลอด ในกระบวนการรักษาพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ตามระบบ ควรพิจารณาอย่างเป็นองค์รวมให้ครอบคลุมทุกปัจจัย และพยายามประเมิน ค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว⁽⁷⁻¹⁰⁾ เมื่อสตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้อย่างแน่นอน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนอาหาร การออกกำลังกาย และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ได้⁽¹⁰⁻¹²⁾ การให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่สตรีตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับโรค สร้างความตระหนักในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับบริบทรายบุคคลให้มากขึ้น จะเป็นการป้องกันการพัฒนาของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้⁽¹¹⁻¹³⁾

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการสร้างความตระหนักและเพิ่มเติมความรู้ให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมกับบริบทและมุ่งเน้นการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem ซึ่งมี 6 มโนทัศน์หลัก ประกอบด้วย การดูแลตนเอง (self-care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) และปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (basic conditioning factors)⁽¹⁴⁾ Orem ชี้แนะว่าการที่จะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล โภชนากร ที่เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ เพื่อคอยช่วยชี้แนะให้ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเองให้เพียงพอ ให้คงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการฟื้นฟูจากภาวะสุขภาพที่ผิดปกติ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ เมื่อบุคคลมีปัญหาด้านสุขภาพ หากมีความตระหนักในปัญหาสุขภาพ มีความรู้ในระดับหนึ่ง จากนั้นจะเริ่มตัดสินใจเลือกในแนวทางแก้ไขปัญหานั้นๆ โดยเริ่มลงมือปฏิบัติด้วยตนเองตามข้อมูลความเชื่อ หรือบริบทของตนเอง ทั้งนี้จึงจำเป็นอย่างยิ่งในการมีผู้แนะนำ ชี้แนะในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง แนะนำแนวทางส่งเสริม สนับสนุนเพื่อให้แก้ไขหรือป้องกันภาวะสุขภาพต่างๆ^(12,15) ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานจะมีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติมากขึ้น ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสามารถดูแลตนเองจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านต่างๆให้ดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้⁽¹⁵⁾

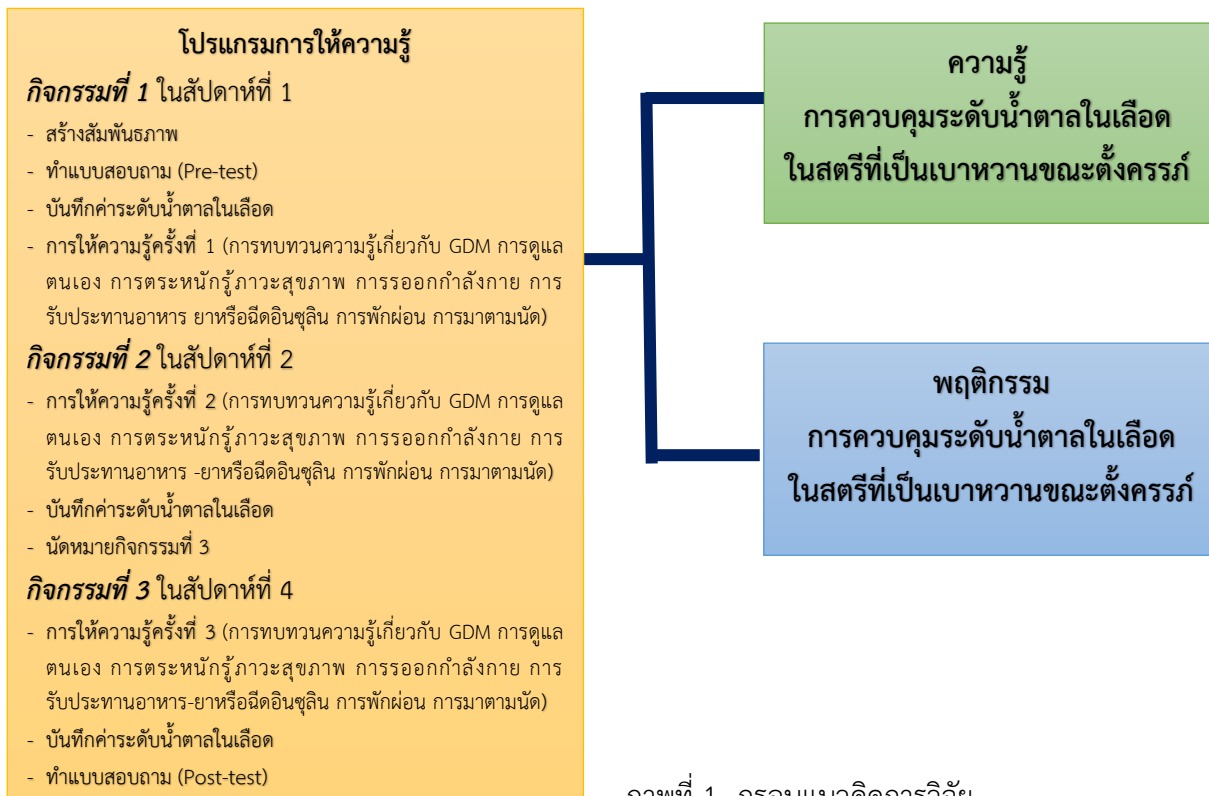
จากสถิติโรงพยาบาลอุดรธานี การตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่ปี 2564 – 2566 พบโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง และปี 2566 เริ่มคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มีปัจจัยเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยคัดกรองเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกจำนวน 1,218 ราย พบความผิดปกติที่จำเป็นต้องคัดกรองโรคเบาหวานแบบ OGTT 420 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน GDM A1 187 ราย เป็นเบาหวาน GDM A2 58 ราย และเบาหวาน Overt DM 23 ราย⁽¹⁶⁾ ในปี 2565 พบอุบัติการณ์ DFIU ขณะอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ 1 ราย และพบสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในเกณฑ์ปกติ ($2\text{ hr-PP} < 120\text{ mg/dL}$) ได้ตลอดการตั้งครรภ์ ร้อยละ 54.5 และในปี 2566 พบทารกเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำภายหลังการคลอดร้อยละ 7.8⁽¹⁶⁾ จากประสบการณ์การทำงานที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี ได้พบข้อมูลเบื้องต้นว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ จากสาเหตุมีความรู้ในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ ไม่ตระหนัก หรือจากข้อจำกัดของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้น้อย จำเป็นต้องทำงานหนัก พักผ่อนน้อย มีจำนวนสมาชิกครอบครัวหลายคนที่ต้องดูแล ไม่มีเวลาตรวจตามนัด และปัจจัยอื่นๆ การให้ความรู้เกี่ยวโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์เพื่อเสริมสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองในบริบทรายบุคคลจึงเป็นเรื่องจำเป็นและสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา เรื่อง "ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี" ซึ่งการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพต่อสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานครั้งนี้ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการรักษาที่ซับซ้อน ส่งเสริมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ การให้ความรู้ที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มความมั่นใจและทักษะในการจัดการโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของสตรีตั้งครรภ์และคุณภาพชีวิตโดยรวม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้มีอ้าศัยกรอบแนวคิดที่แสดงในภาพที่ 1 โดยยึดแนวทางตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem⁽¹⁴⁾ ซึ่งเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยได้เชื่อมโยงกับโปรแกรมการให้ความรู้ที่จำเป็น สอดคล้องกับบริบทรายบุคคล เมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน มีความตระหนักเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองในทางที่ดีขึ้น ตามแนวคิดของ Orem ที่ระบุว่า .การรักษาและจัดการภาวะสุขภาพสามารถทำได้ผ่านกิจกรรมการดูแลตนเอง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เปรียบเทียบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (one group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานที่มารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี คำนวณขนาดตัวอย่างคำนวณได้จากการศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษา¹⁸ G*power version 3.1.9.7 โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.5, power = .9, ค่าความเชื่อมั่น .05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน และเพื่อเป็นการป้องกันข้อมูลสูญหายระหว่างดำเนินการวิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มตัวอย่างเดิมอีก 15% (6 คน) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างคือ 40 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2) มีความสามารถในการสื่อสาร 3) ไม่มีปัญหาการอ่าน การเขียนภาษาไทย และ 4) ให้ความร่วมมือในการวิจัย/ยินดีเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออกมีดังนี้

1) มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ได้แก่ ตกเลือดก่อนคลอด เจ็บครรภ์คลอดก่อน และคลอดก่อนกำหนดที่การศึกษาจะสิ้นสุด 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบตามแผน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ภาพพลิก และสื่อวิดีโอ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการให้ความรู้ตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem⁽¹⁴⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ เรื่องการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานประยุกต์ใช้จากงานวิจัยของเวณิกา พรภุณา และ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล⁽¹⁷⁾ มีข้อความถามจำนวน 20 ข้อ โดยข้อความครอบคลุมเนื้อหาตามแผนการสอน และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลอุดรธานี ประกอบด้วยข้อความทางบวก 13 ข้อ และข้อความทางลบ 7 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากแบบสอบถามของพัชรี จันทอง⁽¹⁸⁾ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ข้อคำถามเป็นชนิดปลายปิดจำนวน 17 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 10 ข้อ ข้อความด้านลบ 7 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบ 4 ตัวเลือก กำหนดให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 4 แบบบันทึก ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติรีเวช และได้ปรับปรุงตามคำแนะนำ จากนั้นเครื่องมือนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานที่มีคุณสมบัติในลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย (Try out) ที่คลินิกฝากครรภ์ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี แบบสอบถามความรู้ เรื่องการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธี KR-21ของ Kuder-Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity) ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติรีเวช นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) แบบสอบถามความรู้ เรื่องการดูแลตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีค่า IOC เท่ากับ 0.88 และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีค่า IOC เท่ากับ 0.92

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติในลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย (Try out) ที่คลินิกฝากครรภ์ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานีแบบสอบถามความรู้ เรื่อง การดูแลตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หาค่าความเชื่อมั่น ของเครื่องมือด้วยวิธี KR-21ของ Kuder-Richardson ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการ คัดเลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำให้กับกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

2. ระยะดำเนินการทดลอง จัดกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มในการศึกษาด้วยการจัดทำบัญชีรายชื่อสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี แล้วพิจารณาตามคุณสมบัติในเกณฑ์คัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดจำนวน 40 ราย หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรม ตามรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 วันแรกที่สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมาพบแพทย์ที่คลินิกตามนัด 1) ผู้วิจัยบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด 2) ให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ 3) ผู้วิจัยให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานทำการ pre test เกี่ยวกับความรู้ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการให้ความรู้ ครั้งที่ 1 (การดูแลตนเอง การตระหนักรู้ภาวะสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยาหรือฉีดอินซูลิน และการตรวจมาตามนัด) ที่ห้องสอนสุขศึกษา ใช้เวลา 45 - 60 นาที และ ทำการนัดพบครั้งต่อไป พร้อมกับมาตรวจตามนัดที่ห้องฝากครรภ์

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมให้ความรู้ ครั้งที่ 2 (การดูแลตนเอง การตระหนักรู้ภาวะสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยาหรือฉีดอินซูลิน และการตรวจมาตามนัด) ที่ห้องสอนสุขศึกษา ใช้เวลา 45 - 60 นาที และนัดพบครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 4

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมให้ความรู้ ครั้งที่ 3 (การดูแลตนเอง การตระหนักรู้ภาวะสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยาหรือฉีดอินซูลิน และการตรวจมาตามนัด) ที่ห้องสอนสุขศึกษา ใช้เวลา 45 - 60 นาที และทำการทำ post-test เกี่ยวกับความรู้ แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างและแสดงความขอบคุณ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการฯ เอกสารเลขที่ UDH REC NO.143/2567 จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การปฏิบัติตัว สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าโครงการ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ และข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูล ในภาพรวมและจะนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการ วิเคราะห์ โดยกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการนำเสนอข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักการ

สถิติ หากการแจกแจงของข้อมูลเป็นปกติจะใช้สถิติแบบ parametric คือ Paired t-test และหากการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นปกติใช้สถิติแบบ non parametric คือ Chi-square test

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 62.5 ($\bar{X}$ =32.1 ปี ,S.D.= 5.5) มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ เฉลี่ย 28.9 กก./ม² (S.D.= 5.5) ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 70.0 มีประวัติของครอบครัวและญาติที่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 57.5 พบญาติสายตรงที่เป็นเบาหวาน คือ บิดา มารดา มากที่สุด ร้อยละ 27.5 สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่อาชีพเป็นแม่บ้านร้อยละ 40.0 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 45.0 ($\bar{X}$ =24,737.5, S.D.= 1,569.5) ประวัติการตรวจพบเบาหวานการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.5 เคยตั้งครรภ์และเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และร้อยละ 27.5 มาฝากครรภ์และตรวจพบเบาหวานขณะตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 17.5 สัปดาห์ (S.D.= 6.6) กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องเบาหวานจากทีมสุขภาพร้อยละ 77.5 และกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกไม่เคยได้รับความรู้เรื่องเบาหวานมาก่อนมาฝากครรภ์เลยร้อยละ 25.0 กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากทีมสุขภาพร้อยละ 95.0 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ไม่มีประวัติการนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวาน ดังแสดงรายละเอียด ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(n= 40)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-34 ปี	25	62.5
35 ปีขึ้นไป	15	37.5
$\bar{X}$ = 32.1, S.D.= 5.5		
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (BMI) (กก./ม ²)		
BMI 18.5 – 24.9 (น้ำหนักตัวปกติ)	12	30.0
BMI 25.0 – 29.9 (น้ำหนักตัวเกิน)	11	27.5
BMI $\geq$ 30 (โรคอ้วน)	17	42.5
$\bar{X}$ =28.9, S.D.= 5.5		
ลำดับที่ของการตั้งครรภ์		
ครรภ์ที่ 1	10	25.0
ครรภ์ที่ 2	20	50.0
ครรภ์ที่ 3	7	17.5
ครรภ์ที่ 4	3	7.5
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์		
ไม่มี	38	95.0
มี	2	5.0
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	35	87.5
ครอบครัวขยาย	5	12.5
ครอบครัวและญาติที่เป็นเบาหวาน		
ไม่มี	17	42.5
มี	23	57.5

บิดา มารดา	11	27.5
พี่น้องในครอบครัวเดียวกัน	1	2.5
ปู่ ย่า ตา ยาย	10	25.0
ลุง ป้า น้า อา	1	2.5
การศึกษา		
ประถมศึกษา	7	17.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	15.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	16	40.0
อนุปริญญา/ปวส.	10	25.0
ปริญญาตรี/เทียบเท่าหรือสูงกว่า	1	2.5
การประกอบอาชีพของสตรีตั้งครรภ์		
แม่บ้าน	16	40.0
เกษตรกรกรรม	6	15.0
ค้าขาย	6	15.0
รับจ้าง	9	22.5
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	2.5
อื่น ๆ	2	5.0
การประกอบอาชีพของสามี		
พ่อบ้าน	4	10.0
เกษตรกรกรรม	15	37.5
ค้าขาย	7	17.5
รับจ้าง	10	25.0
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	2.5
อื่น ๆ	3	7.5
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท)		
$\bar{X} = 24,737.5$, S.D.= 1,569.5		
0 – 10,000	7	17.5
10,001-20,000	15	37.5
20,001 ขึ้นไป	18	45.0
ประวัติการตรวจพบเบาหวานการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา		
$\bar{X} = 17.5$, S.D.= 6.6		
ไม่เคยตั้งครรภ์	19	47.5
เคยตั้งครรภ์และเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์	11	27.5
เคยตั้งครรภ์แต่ไม่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์	10	25.0
การได้รับความรู้เรื่องเบาหวานจากบุคคลหรือสื่อต่าง ๆ		
ไม่เคยได้รับ	9	22.5
ได้รับจากแพทย์	10	25.0
ได้รับจากพยาบาล	4	10.0
ได้รับจากโภชนากร	4	10.0
ได้รับจากแพทย์และพยาบาล	4	10.0
ได้รับจากพยาบาลและโภชนากร	2	5.0
ได้รับจากแพทย์และโภชนากร	4	10.0

ได้รับจากสื่อออนไลน์	3	7.5
การได้รับคำแนะนำเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาล จากบุคคลหรือสื่อต่าง ๆ	ในเลือด	
ได้รับจากแพทย์	13	32.5
ได้รับจากพยาบาล	6	15.0
ได้รับจากแพทย์และพยาบาล	12	30.0
ได้รับจากพยาบาลและโภชนาการ	3	7.5
ได้รับจากแพทย์และโภชนาการ	4	10.0
ได้รับจากสื่อออนไลน์	2	5.0
ประวัติการนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวาน		
ไม่เคย	40	100.0

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เรื่องการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมการศึกษา

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการศึกษา พบว่า ก่อนเข้าร่วมการศึกษา ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 12.9 (S.D. = 2.3) หลังจากเข้าร่วมการศึกษา พบว่า ผลของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็น 18.4 (S.D. = 0.9) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการศึกษา พบว่า ก่อนเข้าร่วมการศึกษา ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 50.2 (S.D. = 3.6) โดยหลังจากเข้าร่วมการศึกษา พบว่า ผลของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็น 58.3 (S.D.= 2.1) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลตนเองและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ (n= 40)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n= 40)				t	p- value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
- ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	12.9	2.3	18.4	0.9	-13.9	.000**
- พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	50.2	3.6	58.3	2.1	-13.7	.000**

**p < 0.001

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) พบว่า หลังการเข้าร่วมการศึกษา ผลตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนและหลังเข้าร่วมการศึกษา (n= 40)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n= 40)				t	p- value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
FBS	165.3	24.3	115.6	16.2	9.9	0.000**
HbA1C	7.7	1.5	5.1	1.0	13.2	0.000**

**p < 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน มีประสิทธิภาพในทางที่ดี เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย กล่าวคือ พฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้มีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัย และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) มีค่าเฉลี่ยลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาโดยส่วนใหญ่^(7-10,17-20) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้มีอายุระหว่าง 20-35 ปีขึ้นไป ซึ่งทุกรายอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะทางอารมณ์ พฤติกรรมที่เหมาะสมตามวัย และร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป จึงทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์มาก่อน รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 มีค่าดัชนีมวลกาย BMI >25 kg/m² และมีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน ร้อยละ 57.5 รวมทั้งเคยมีโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน ร้อยละ 25 จากสาเหตุดังกล่าว จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานมาก่อน ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95 ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในขณะตั้งครรภ์ จากทีมสุขภาพทั้งแพทย์ พยาบาล และโภชนากรหลายครั้ง มีการติดตามต่อเนื่องเกี่ยวกับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองจากแพทย์และพยาบาลจนถึง 4 สัปดาห์ตั้งแต่วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ด้วยปัจจัยที่กล่าวมา ทำให้ผลลัพธ์ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) เกิดประสิทธิภาพในทางที่ดี ช่วยให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ถึงแม้จะมีภาวะเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์⁽¹⁹⁻²⁴⁾

นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายถึงผลลัพธ์ในการวิจัยนี้ในทางที่ดี นั้นมาจากมาตรฐานในการการรักษายาบาลในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี ได้ดำเนินการตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง สอดคล้องนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้พยาบาลสามารถคัดกรอง และแพทย์ทำการวินิจฉัยสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ได้ตั้งแต่ครั้งแรกที่มารับบริการ จึงทำให้เริ่มรักษาด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การสนับสนุนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงให้ยาลดน้ำตาลหรืออินซูลินแบบฉีดตามความเหมาะสมแต่ละรายได้อย่างรวดเร็ว กรณียาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน แนะนำรับประทานก่อนอาหาร 30 – 60 นาที อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และควรรับประทานอาหารและยาในช่วงเวลาเดิมทุกวัน เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง หรือกรณีได้รับยากลุ่ม short-acting (regular insulin; RI) แนะนำให้ฉีดก่อนอาหาร 30 นาที และ rapid-acting insulin แนะนำให้ฉีดก่อนอาหาร 10-15 นาที^(2, 20) เมื่อผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการควบคุมอาหารอย่างเหมาะสม จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายภายใน 2 สัปดาห์แรกมากกว่าร้อยละ 50 และจำเป็นติดตามระดับน้ำตาลในเลือดต่อไปจนครบสัปดาห์ที่ 4⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

โปรแกรมการให้ความรู้ในการวิจัยนี้ ได้เน้นสอนเป็นรายบุคคล เหมาะสมกับปัจจัยส่วนบุคคล ตามพื้นฐานการดำเนินชีวิต ซึ่งแตกต่างกันแต่ละราย จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถนำไปปฏิบัติได้ตามความเป็นอยู่ของตนเอง ทำให้คะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม^(15, 19) และในโปรแกรมการให้ความรู้นั้น ได้เน้นย้ำและให้รายละเอียด เรื่องการรับประทานอาหารตาม American College of Obstetricians and Gynecologists : ACOG โดยได้แนะนำเรื่องการควบคุมอาหารในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน ให้คำนวณพลังงานที่ควรได้รับจากน้ำหนักตัวมาตรฐาน คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกาย BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรได้รับพลังงาน 30 - 35 กิโลแคลอรีต่อวัน อัตราส่วน (โปรตีน : คาร์โบไฮเดรต : ไขมัน) ร้อยละ 20 : 60 : 20 ตามลำดับ ความต้องการพลังงานจะเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 2 และ 3 ของการตั้งครรภ์จึงควรเพิ่มพลังงานตามดัชนีมวลกาย BMI ของแต่ละรายบุคคล หากค่าดัชนีมวลกาย BMI มากกว่า 30 ให้จำกัดพลังงานเป็น 25 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัว เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง แต่หากยังพบภาวะน้ำตาลในเลือดสูงให้ลดจำนวนคาร์โบไฮเดรต เหลือร้อยละ 35 - 40 ของจำนวนแคลอรีทั้งหมด⁽²⁻⁴⁾ การกระจายมื้ออาหารในแต่ละวัน ให้เป็นอาหารหลัก 3 มื้อต่อวัน และอาหารว่างอย่างน้อย 3 มื้อต่อวัน จำเป็นต้องงดอาหารที่มีน้ำตาลสูง เพื่อจำกัดจำนวนน้ำตาลที่เข้าสู่ร่างกาย ได้แก่ น้ำตาล นมข้นหวาน ขนมหวาน น้ำอัดลม ผลไม้ที่มีรสหวานจัด ได้แก่ ทูเรียน ลำไย ขนุน มะม่วงสุก เป็นต้น สามารถใช้น้ำตาลเทียมได้ ควรรับประทานผักและผลไม้ให้ได้ 5 ส่วนต่อวัน และไม่ควรรับประทานผลไม้อบแห้ง หรือผักที่เป็นหัวเพราะมีคาร์โบไฮเดรตสูง ให้เลือกอาหารที่เป็นธัญพืชแทน เน้นอาหารโปรตีนที่มีไขมันต่ำ เช่น ปลา หมูเนื้อแดง ไข่ไม่ติดหนัง เนื้อวัวไม่ติดมัน เป็นต้น^(12, 20, 23)

การออกกำลังกายระดับเบาจนถึงระดับปานกลางควรทำอย่างสม่ำเสมอ แนะนำการเดินนาน ซึ่งจักรยานอยู่กับที่ หรือว่ายน้ำ ไม่หักโหมจนเกินไปควรใช้เวลาวันละประมาณ 15 - 30 นาที หากมีอาการผิดปกติให้หยุดทันที ก่อนออกกำลังกายทุกครั้งควรมีการอบอุ่นร่างกายอย่างน้อย 5 - 10 นาทีเสมอ ซึ่งการออกกำลังกาย เป็นอีกวิธีหนึ่งในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน โดยเพิ่มความไวต่ออินซูลินและเพิ่มฤทธิ์ของอินซูลิน จึงช่วยลดภาวะดื้ออินซูลิน ช่วยกระตุ้นหลอดเลือด และหัวใจให้ทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽²¹⁻²⁴⁾

การให้ความรู้ซ้ำอีกครั้งก่อนกลับบ้าน พร้อมทั้งมีคู่มือตามโปรแกรมความรู้ ซึ่งได้รวบรวมรายละเอียดข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับการดูแลตนเองนำกลับไปทบทวนเมื่อกลับบ้าน ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานเกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเวณิกา พรภุณา และสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล 2560 ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับตนเองโดยมีการให้ความรู้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานหลายครั้ง ร่วมกับโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมบ้านเพิ่มเติม พร้อมทั้งกลุ่มตัวอย่างยังสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ทางโทรศัพท์ ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(15, 19-21) ดังนั้นเมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพในระดับดี ร่วมกับความตระหนักในการดูแลสุขภาพจะทำให้สามารถดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ แวนใจ นาคะสุวรรณ และคณะ (2565) พบว่า คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกในระยะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจากการมีความรู้ มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวการดูแลตนเอง จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถเลือกแนวทางของการปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสมสำหรับตนเอง ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี⁽²⁵⁾

โดยสรุปการจัดโปรแกรมการให้ความรู้ ยึดหลักการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานเป็นศูนย์กลาง ให้เกิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพภายใต้แนวคิดการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการพักผ่อน ตามสภาพบริบทที่แท้จริงแต่ละ

รายบุคคล นำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง รวมทั้งการสร้างสัมพันธภาพ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การประเมินตนเอง การให้ความรู้ตามโปรแกรม มีคู่มือการดูแลตนเองเพื่อใช้ทบทวนที่บ้าน การบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเอง การติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์หลายครั้ง มีระบบนัดหมายที่ชัดเจนทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานได้ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้ รวมทั้งการชื่นชมพฤติกรรมดูแลตนเองทางบวก ช่วยเสริมแรงใจให้กับผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกิดกำลังใจในการพัฒนาตนเองต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แผนกฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำโปรแกรมการให้ความรู้ไปให้คำแนะนำสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้แอปพลิเคชันร่วมด้วย เพื่อเพิ่มความสะดวก รวดเร็วในการประเมินและติดตามอาการหรือภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน และควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในการวิจัยครั้งต่อไป

References

1. Diabetes facts and figures. [Internet]. International Diabetes Federation. [updated 2024 cited 2024 Sep 5]. Available from: <https://diabetesatlas.org/data/en/region/7/sea.html>.
2. American Diabetes A. 14. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes care 2020;43:S183-S92.
3. ธรรมพจน์ จีรากรภาสวัฒน์, สุพัตรา ศิริโชติยะกุล. [Internet]. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์. (Gestational Diabetes Mellitus). [updated 2017; cited 2024 Sep 11]. Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/writer>.
4. วรณพร สิงห์น้อย และ กุณห์รี ไตรศรีศิลป์ 2560. [Internet]. ภาวะอ้วนในหญิงตั้งครรภ์ (Obesity in pregnancy). [updated 2024; cited 2024 Sep 11] Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturesttopics/topic-review/5619/>
5. สถานการณ์โรคเบาหวาน. [Internet]. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. [updated 2018 Feb 08; cited 2024 Sep 10]. Available from: <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1/2018-02-08-14-52-46>.
6. ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, อภิธาน พวงศรีเจริญ, อรวรรณ พินิจเลิศสกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มี Glucose Challenge Test ผิดปกติ. J Nurs Sci 2015;34:2015-68.
7. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน. [Internet]. ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. [updated 2024; cited 2024 Sep 11]. Available from <https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1409>.
8. Mahmoud LE, Hasneen SH, El-Bana HM, Araby OEA. Effect of instructional package on knowledge and attitudes among gestational diabetic women. J Nurs Sci Benha Univ 2024;5:74–92.

9. Kim S, Kim HJ, Shin G. Self-management mobile virtual reality program for women with gestational diabetes. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:1539.
10. ตีรณา กฤษณสุวรรณ, จันทิมา ขนบดี, ศรีสมร ภูมณสกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลตำรวจ* 2561;10:71–81
11. Lamadah SM, Ibrahim HA, Elgzar WT, El-Sayed HA, Sayed SH, El-Houfey A. Gestational diabetes self-care behavior: An empowerment educational intervention based on BASNEF model. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2022;27:538.
12. Huang W, Jalleh RJ, Rayner CK, Wu T. Management of gestational diabetes mellitus via nutritional interventions: The relevance of gastric emptying. *World J Diabetes*. 2024;15:1394–7.
13. Assaf EA, Sabbah HA, Momani A, Al-Amer R, Al-Sa'ad GA, Ababneh A. Factors influencing gestational diabetes self-care among pregnant women in a Syrian refugee camp in Jordan. *PLoS One* 2024;19:e0297051.
14. Sgayer I, Odeh M, Wolf MF, Kaiyal RS, Aiob A, Lowenstein L, et al. The impact on pregnancy outcomes of late-onset gestational diabetes mellitus diagnosed during the third trimester: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet* 2023;165:877–88.
15. Orem DE., Renpenning KM., Taylor SG. Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem. New York: Springer Publishing Company; 2003.
16. Haron Z, Sutan R, Zakaria R, Mahdy ZA. Self-care educational guide for mothers with gestational diabetes mellitus: A systematic review on identifying self-care domains, approaches, and their effectiveness. *Belitung Nurs J* 2023;9:6–16.
17. ศูนย์คอมพิวเตอร์เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลอุดรธานี. รายงานสถิติผู้ป่วยใน พ.ศ. 2566. แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี 2566.
18. เวณิกา พรภุณา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. ผลของโปรแกรมต่อความรู้ การควบคุมระดับน้ำตาล และการกลับมารักษาระยะของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2560;32):135–42
19. พัชรี จันทอง. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2557;37:51–9
20. Gurmu Y, Dechasa A. Effect of patient-centered diabetes self-care management education among adult diabetes patients in Ambo town, Ethiopia: An interventional study. *Int J Afr Nurs Sci*. 2023;19:100606.
21. ทิพาพร ธาระวานิช. Current Approach in GDM: Medical treatment in gestational diabetes. ใน: ประชุมวิชาการกลางปี 2562 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; วันที่ 24-26 เมษายน 2563; ณ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์. กรุงเทพฯ; 2562.
22. กาญจนา ศรีสวัสดิ์, อรพินท์ สีขาว. การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2557;15:50-9.

23. American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational Diabetes ; Should I change my diet when I have GDM? [Internet]. 2017 [cited 2024 Sep 9]. Available from <https://www.acog.org/womens-health/faqs/gestational-diabetes>.
24. Ural A, Beji NK. The effect of health-promoting lifestyle education program provided to women with gestational diabetes mellitus on maternal and neonatal health: A randomized controlled trial. Psychol Health Med.2020;26:657–70.
25. แวนใจ นาคะสุวรรณ, สาวิตรี แยมศรีบัว, มธุรส จันทร์แสงศรี, วรรณดา มลิวัลย์, กาญจนา อาชีพ, ทิพาพร พู่เฟื่อง, มลิจันทร์ เกียรติสังวร, คนธธร ประทักษ์กุลวงศา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแล ตนเองและพฤติกรรมความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก.วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)2565;16:237-253.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

ณัฐปภัสร เจียรภักดิ์^{1*} นันทพัฒน์ แก้วทอง พม.²
พรพรรณ จิตบรรจง สบ.³

Received: 21 November 2024

Revised: 25 December 2024

Accepted: 27 December 2024

บทคัดย่อ

บทนำ: กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี ดังนั้นจำเป็นต้องส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจึงจะนำไปสู่สุขภาพดี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพชุมชน ดังนั้นควรมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อเป็นบุคคลต้นแบบของการมีสุขภาพดี

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาระดับปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มรายชื่อ อสม. ด้วยวิธีการจับสลาก จำนวน 124 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สถิติที่ใช้ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา สถิติหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์และการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติหาอิทธิพลโดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย: 1) ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก โดยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับปานกลาง 2) พฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ได้แก่ โรคประจำตัว และอายุมีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก ($p\text{-value} < 0.05$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การศึกษา โรคประจำตัว ($p\text{-value} < 0.01$) และปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค ($p\text{-value} < 0.05$)

สรุปผล: ปัจจัยที่มีอิทธิพลได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ การศึกษา และโรคประจำตัว ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค

ข้อเสนอแนะ: การอบรมให้ความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ โดยคัดเลือก อสม. ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีปัญหาด้านสุขภาพมาพูดคุยแลกเปลี่ยนบนเวทีสุขภาพ

คำสำคัญ: ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

*Corresponding author: Email: natpapat@phcsuphan.ac.th

² อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

³ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

Factor Influencing Health Promotion Behaviors of Village Health Volunteers in the Service Area of Subdistrict Health Promotion Hospital in Pak Kret District, Nonthaburi Province

Natpaphat Jearapakdee Ph.d.¹ Nanchapat Kaewthong M.N.S.²

Pornphan Jitbunjong B.P.H.³

Abstract

Introduction: The Ministry of Public Health aims to ensure the well-being of the population. Therefore, it is essential to promote correct health behaviors among individuals, which will lead to good health. Village health volunteers is Leader in promoting community health. Thus, they should adopt appropriate health-promoting behaviors to serve as role models for good health.

Research Objectives: To study the level of health behaviors. Analyze factors associated factors influencing health promotion behaviors of Village Health Volunteers in the Service Area of Subdistrict Health Promotion Hospital in Pak Kret District, Nonthaburi Province.

Research Methodology: This research is a quantitative study. The sample group was selected by random drawing of VHV names, totaling 124 individuals. The data collection tools included a personal information, a health-promoting factors questionnaire, and a health-promoting behaviors questionnaire. The statistical methods used include descriptive statistics, chi-square, Pearson correlation coefficient analysis, and multiple regression analysis.

Research Results: 1) Health-promoting factors are at a high level, with the perception of benefits, self-efficacy, and interpersonal influence at a high level, while the perception of barriers is at a moderate level. 2) Health behaviors are at a moderate level. 3) Factors associated with health behaviors include chronic diseases and age, which have a very high level of correlation ($p\text{-value} < 0.05$). Positive influencing factors from personal factors include education and chronic diseases ($p\text{-value} < 0.01$), while health-promoting factors include the perception of barriers ($p\text{-value} < 0.05$).

Conclusion: The influencing factors include personal factors, such as education and chronic diseases, and health-promoting factors, including the perception of barriers.

Suggestions: Training and knowledge sharing on the perception of barriers to health promotion should involve selecting village health volunteers (VHVs) with a bachelor's degree and health issues to discuss and exchange ideas on a health platform.

Keywords: Factors influencing health promotion, health promotion behaviors, Village Health Volunteers

¹ Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author: Email: natpaphat@phcsuphan.ac.th

² Full-time lecturer, Faculty of Nursing Shinawatra University

³ Public Health Officer, Operational Level Khlong Khoi Sub-District Health Promoting Hospital ,Nonthaburi

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมียุทธศาสตร์ 20 ปี กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ดังนั้นบุคคลจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจึงจะนำไปสู่สุขภาพดี ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยเพิ่มระดับความผาสุกและการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ชุมชนและสังคม เน้นถึงความพยายามในการกระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น (Pender 1996, อ้างถึงในสุภาภรณ์ เวชบุล, 2559)¹ โดยดูจากพฤติกรรมสุขภาพ คือ การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณของตัวบุคคลที่แสดงออกมา ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพของบุคคล เป็นสาเหตุของการเกิดโรค (เกษแก้ว เสียเพราะ, 2564)²

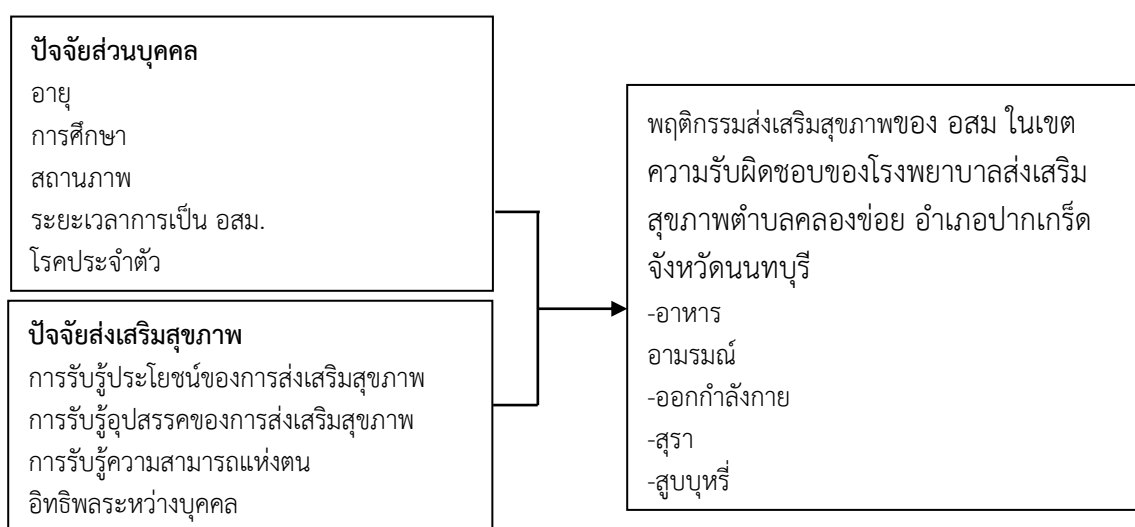
ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) แสดงถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติในการป้องกันโรคประกอบด้วย 1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สถานภาพ รายได้ 2) ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม คือปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ (เกษแก้ว เสียเพราะ, 2564) และ 3) พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย สุรา และสูบบุหรี่ (WHO .2006 อ้างถึงในเกษแก้ว เสียเพราะ, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข อสม. มีภาระหน้าที่การส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นผู้นำการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ อสม. ทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข และประชาชน อีกทั้งยังมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเผยแพร่ความรู้ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การให้คำปรึกษาเรื่องโภชนาการ และการสนับสนุนการป้องกันโรค นอกจากนี้ อสม. เป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในระดับชุมชน เนื่องจากมีบทบาทในการให้คำแนะนำ และเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การที่ อสม. จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ อสม. เป็นต้นแบบของการมีสุขภาพดีและสร้างแรงบันดาลใจให้ประชาชนในชุมชนปฏิบัติตาม

อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ยังมีจำกัดโดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนายุทธศาสตร์ และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับ อสม. ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนและนำไปสู่ความสำเร็จของยุทธศาสตร์สุขภาพแห่งชาติในระยะยาวต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย (รพ.สต.คลองข่อย) อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดจากโมเดลส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เพื่อสร้างความเข้าใจในบริบทของ อสม. และนำไปสู่การพัฒนานโยบายหรือโครงการที่ส่งเสริมบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย:

1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย:

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวน 1,049 คน (ระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน, 2564) กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power3 มีค่า Effect size = 0.282 ระดับนัยสำคัญ (ค่าความเชื่อมั่น) = 0.05 และค่า Power = 0.90 ผลการคำนวณกำหนดขนาดตัวอย่าง คือ 124 คน กระบวนการสุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยสุ่มรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ด้วยวิธีการจับสลากแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เมื่อได้รายชื่อ รพ.สต. คลองข่อยแล้ว จากนั้นเลือกรายชื่อ อสม. ในพื้นที่ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. คลองข่อย และสุ่มเลือก อสม. จำนวน 124 คน จากรายชื่อทั้งหมดของเขตรับผิดชอบ รพ.สต. คลองข่อย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้ (1) เป็น อสม. ที่ส่งรายงานเป็นประจำทุกเดือน (2) มีความสนใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) (1) มีความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงไม่สามารถให้ข้อมูลได้ (2) ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล (3) ตอบคำถามไม่ครบถ้วนตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม โดยแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ ระยะเวลาการเป็น อสม. โรคประจำตัว จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ได้แก่

การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

การรับรู้ความสามารถของตน จำนวน 5 ข้อ

อิทธิพลระหว่างบุคคล จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีดังนี้

5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านที่มีต่อปัจจัยส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านที่มีต่อปัจจัยส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านที่มีต่อปัจจัยส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านที่มีต่อปัจจัยส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านที่มีต่อปัจจัยส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนน มีการคิดค่าคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย และได้กำหนดเกณฑ์การวัดคะแนนเฉลี่ยดังนี้

คะแนน 3.67 – 5.00 หมายถึง มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

คะแนน 2.34 – 3.66 หมายถึง มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 – 2.33 หมายถึง มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ได้แก่

การบริโภคอาหาร จำนวน 5 ข้อ

การจัดการอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ

การออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นภายในหนึ่งสัปดาห์ท่านปฏิบัติ 7 ครั้ง

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นภายในหนึ่งสัปดาห์ท่านปฏิบัติ 6-5 ครั้ง

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นภายในหนึ่งสัปดาห์ท่านปฏิบัติ 4-3 ครั้ง

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นภายในหนึ่งสัปดาห์ท่านปฏิบัติ 2-1 ครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ข้อความนั้นภายในหนึ่งสัปดาห์ท่านปฏิบัติ 0 ครั้ง

การแปลผลคะแนน มีการคิดค่าคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย และได้กำหนดเกณฑ์การวัดคะแนนเฉลี่ยดังนี้

คะแนน 3.67 – 5.00 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

คะแนน 2.34 – 3.66 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 – 2.33 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าเอกสาร งานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงาน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย

2. นำแบบสอบถามที่พัฒนาเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงเชิงเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างรวมถึงภาษาที่ใช้ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามคำแนะนำ ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามที่พัฒนาเสนอผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์สาธารณสุขชุมชน อาจารย์พยาบาล และอาจารย์เภสัชกร ตรวจสอบความเที่ยงเชิงเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างรวมถึงภาษาที่ใช้ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามคำแนะนำ ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับอสม.เขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับใต้เหล็ก อำเภอมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และได้ข้อมูลจากการเก็บข้อมูลทดสอบจึงนำมาหาค่า Alpha Coefficient ผ่านวิธีการของ Cronbach หรือที่เรียกว่าค่า Cronbach's Alpha ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคะแนนของข้อคำถาม คือ .75 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ .79 ภาพรวมของแบบสอบถามคือ .77

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และนักวิชาการสาธารณสุขชุมชน เป็นผู้เก็บรวบรวมแบบสอบถามจาก อสม. โดยดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย อำเภopakเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้ช่วยวิจัยเพื่อชี้แจงแบบสอบถาม แล้วจึงแจกแบบสอบถามให้กับผู้ช่วยวิจัยไปสอบถามกับ อสม.ตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวน 124 ราย

3) ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามจากผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม จากนั้นนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการขอจริยธรรมในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP-A2567/01-1 เพื่อพิทักษ์สิทธิด้านจริยธรรมของผู้ที่ยินยอมให้ทำการวิจัย โดยยินยอมตนจะได้รับ การแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน ประโยชน์ของงานวิจัย ซึ่งข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและไม่สามารถ อ้างอิงไปถึงตัวผู้ที่ยินยอมตนให้ทำการวิจัยได้ การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อ ประโยชน์เชิงวิชาการเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อบุคคลหรือหน่วยงานใด ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยสถิติ (Chi-Square Test)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมสุขภาพและระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยสถิติ (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

4. วิเคราะห์ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.5 มีอายุตั้งแต่ 30-97 ปี ส่วนมากอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 37.90 การศึกษาระดับประถม ร้อยละ 53.20 สถานภาพสมรส ร้อยละ 53.20 ระยะเวลาการเป็นอสม. มีระยะเวลา 2-27 ปี ส่วนมากมีระยะเวลา 11-20 ปี ร้อยละ 26.61 ส่วนมากมีโรคประจำตัว ร้อยละ 75

ตารางที่ 1 การแสดงข้อมูลปัจจัยส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	การแปล ผลคะแนน
		5	4	3	2	1		
การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ								
1	การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน จะช่วยให้ท้องไม่ผูก และขับถ่ายเป็นปกติ	88 (71%)	27 (21.8%)	7 (5.6%)	2 (1.6%)	0	4.62	มาก
2	การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง ช่วยลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วนและไขมันในเส้นเลือดสูง	79 (63.7%)	29 (23.4%)	13 (10.5%)	3 (2.4%)	0	4.48	มาก
3	ถ้าท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สุขภาพแข็งแรงอายุยืนยาว	59 (47.6%)	43 (34.7%)	14 (11.3%)	4 (3.2%)	4 (3.2%)	4.20	มาก
4	การออกกำลังกายช่วยลดความเครียดได้	48 (38.7%)	50 (40.3%)	18 (14.5%)	6 (4.8%)	2 (1.6%)	4.09	มาก
5	การนอนหลับพักผ่อน 6-8 ชั่วโมง จะทำให้ร่างกายสดชื่น	75 (60.5%)	30 (24.2%)	13 (10.5%)	2 (1.6%)	4 (3.2%)	4.37	มาก
การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ								
6	การกินอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	6 (4.8%)	14 (11.3%)	23 (18.5%)	22 (17.7%)	59 (47.6%)	3.90	มาก
7	การดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 6-8 แก้ว ทำให้ปัสสาวะบ่อย	15 (12.1%)	22 (17.7%)	29 (23.4%)	28 (22.6%)	30 (24.2%)	2.71	ปานกลาง
8	การออกกำลังกาย ทำให้เสียเวลาและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	3 (2.4%)	12 (9.7%)	27 (21.8%)	18 (14.5%)	64 (51.6%)	1.97	น้อย
9	ถ้าท่านมีอาหารปวดย่อย จะทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้	18 (14.5%)	19 (15.3%)	31 (25%)	26 (21%)	30 (24.2%)	2.75	ปานกลาง
10	การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นการเสียเวลา	6 (4.8%)	13 (10.5%)	17 (13.7%)	23 (18.5%)	65 (52.4%)	1.97	น้อย

การรับรู้ความสามารถของตน

11	ท่านจะเล่าเรื่องไม่สบายใจให้ผู้ฟัง เสมอเมื่อมีปัญหา	17 (13.7%)	18 (14.5%)	32 (25.8%)	41 (33.1%)	16 (12.9%)	2.83	ปานกลาง
12	ท่านใช้ยาคลายเครียด เมื่อเกิด ความเครียด	0	10 (8.1%)	15 (12.1%)	40 (32.3%)	59 (47.6%)	1.81	น้อย
*13	ท่านเจอเหตุการณ์ร้ายๆ ท่านไม่ สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้	12 (9.7%)	10 (8.1%)	36 (29%)	28 (22.6%)	38 (30.6%)	2.44	ปานกลาง
14	ท่านนอนหลับได้โดยไม่ใช้ยานอนหลับ	52 (41.9%)	26 (21%)	20 (16.1%)	15 (12.1%)	11 (8.9%)	3.75	มาก
15	ท่านสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง	43 (34.7%)	48 (38.7%)	19 (15.3%)	10 (8.1%)	4 (3.2%)	3.94	มาก

อิทธิพลระหว่างบุคคล

16	สมาชิกในครอบครัวพาท่านไปรับการ ตรวจสุขภาพ	49 (39.5%)	30 (24.2%)	29 (23.4%)	9 (7.3%)	7 (5.6%)	3.85	มาก
17	สมาชิกในครอบครัวดูแลท่าน ช่วยเหลือให้ได้กินอาหารตามหลัก โภชนาการ	37 (29.8%)	48 (38.7%)	26 (21%)	5 (4%)	8 (6.5%)	3.81	มาก
18	เพื่อนสมาชิก อสม. ขวนท่านออก กำลังกายเป็นประจำ	25 (20.2%)	302 (24.2%)	35 (28.2%)	22 (17.7%)	12 (9.7%)	3.27	น้อย
19	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริม สุขภาพจากเพื่อนสมาชิก อสม. ด้วยกัน	43 (34.7%)	39 (31.5%)	37 (29.8%)	3 (2.4%)	2 (1.6%)	3.95	มาก
20	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการ ส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	54 (43.2%)	35 (28.2%)	30 (24.2%)	4 (3.2%)	1 (0.8%)	4.10	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่าปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก เรื่องที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน จะช่วยให้ท้องไม่ผูกและ ขับถ่ายเป็นปกติ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (μ) 4.62 การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง เรื่องที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การกินอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (μ) 3.90 การรับรู้ความสามารถของตน อยู่ในระดับมาก เรื่องที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (μ) 3.94 อิทธิพลระหว่างบุคคล อยู่ในระดับมาก เรื่องที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากเพื่อนสมาชิก อสม. ด้วยกัน ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (μ) 3.95

ตารางที่ 2 การแสดงข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

ข้อ	ข้อความ	ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ					ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	การแปล ผลคะแนน
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย		
การบริโภคอาหาร								
1	ท่านทานอาหารหลากหลายไม่ซ้ำซาก	54 (43.5%)	25 (20.2%)	41 (33.1%)	2 (1.6%)	2 (1.6%)	4.02	มาก
2	ท่านทานอาหารเนื้อสัตว์ติดมันหรืออาหารที่มีไขมันมาก ๆ	2 (1.6%)	12 (9.7%)	43 (34.7%)	53 (42.7%)	14 (11.3%)	2.48	ปานกลาง
3	ท่านทานอาหารรสชาติหวาน	4 (3.2%)	12 (9.7%)	46 (37.1%)	53 (42.7%)	9 (7.3%)	2.59	ปานกลาง
4	ท่านทานอาหารรสชาติเค็ม	3 (2.4%)	7 (5.6%)	48 (38.7%)	44 (35.5%)	22 (17.7%)	2.40	ปานกลาง
5	ท่านทานผัก ผลไม้ ในแต่ละวัน	45 (36.3%)	47 (37.9%)	28 (22.6%)	3 (2.4%)	1 (8%)	4.06	มาก
การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ								
6	การกินอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	6 (4.8%)	14 (11.3%)	23 (18.5%)	22 (17.7%)	59 (47.6%)	3.90	1.25 มาก
7	การดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 6-8 แก้ว ทำให้ปัสสาวะบ่อย	15 (12.1%)	22 (17.7%)	29 (23.4%)	28 (22.6%)	30 (24.2%)	2.71	1.34 ปานกลาง
8	การออกกำลังกาย ทำให้เสียเวลาและเปลืองค่าใช้จ่าย	3 (2.4%)	12 (9.7%)	27 (21.8%)	18 (14.5%)	64 (51.6%)	1.97	1.16 น้อย
9	ถ้าท่านมีอาหารปวดเข้า จะทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้	18 (14.5%)	19 (15.3%)	31 (25%)	26 (21%)	30 (24.2%)	2.75	1.37 ปานกลาง
10	การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการเสียเวลา	6 (4.8%)	13 (10.5%)	17 (13.7%)	23 (18.5%)	65 (52.4%)	1.97	1.23 น้อย
การรับรู้ความสามารถของตน								
11	ท่านจะเล่าเรื่องไม่สบายใจให้ผู้อื่นฟังเสมอเมื่อมีปัญหา	17 (13.7%)	18 (14.5%)	32 (25.8%)	41 (33.1%)	16 (12.9%)	2.83	1.24 ปานกลาง
12	ท่านใช้ยาคลายเครียด เมื่อเกิดความเครียด	0 (8.1%)	10 (8.1%)	15 (12.1%)	40 (32.3%)	59 (47.6%)	1.81	.94 น้อย
13	ท่านเจอเหตุการณ์ร้ายๆ ท่านไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้	12 (9.7%)	10 (8.1%)	36 (29%)	28 (22.6%)	38 (30.6%)	2.44	1.27 ปานกลาง

14	ท่านนอนหลับได้ โดยไม่ใช้ยานอนหลับ	52 (41.9%)	26 (21%)	20 (16.1%)	15 (12.1%)	11 (8.9%)	3.75	1.35	มาก
15	ท่านสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง	43 (34.7%)	48 (38.7%)	19 (15.3%)	10 (8.1%)	4 (3.2%)	3.94	1.05	มาก
อิทธิพลระหว่างบุคคล									
16	สมาชิกในครอบครัวพาท่านไปรับการตรวจสุขภาพ	49 (39.5%)	30 (24.2%)	29 (23.4%)	9 (7.3%)	7 (5.6%)	3.85	1.19	มาก
17	สมาชิกในครอบครัวดูแลท่านช่วยเหลือให้ได้กินอาหารตามหลักโภชนาการ	37 (29.8%)	48 (38.7%)	26 (21%)	5 (4%)	8 (6.5%)	3.81	1.11	มาก
18	เพื่อนสมาชิก อสม. ขวน ท่านออกกำลังกายเป็นประจำ	25 (20.2%)	302 (24.2%)	35 (28.2%)	22 (17.7%)	12 (9.7%)	3.27	1.24	น้อย
19	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากเพื่อนสมาชิก อสม. ด้วยกัน	43 (34.7%)	39 (31.5%)	37 (29.8%)	3 (2.4%)	2 (1.6%)	3.95	.94	มาก
20	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	54 (43.2%)	35 (28.2%)	30 (24.2%)	4 (3.2%)	1 (0.8%)	4.10	.93	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่าปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก เรื่องที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน จะช่วยทำให้ท้องไม่ผูกและขับถ่ายเป็นปกติ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) 4.62 , (S.D.) 0.67 การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง เรื่องที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การกินอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) 3.90 , (S.D.) 1.25 การรับรู้ความสามารถของตน อยู่ในระดับมาก เรื่องที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) 3.94 , (S.D.) 1.05 อิทธิพลระหว่างบุคคล อยู่ในระดับมาก เรื่องที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากเพื่อนสมาชิก อสม. ด้วยกัน ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) 3.95 , (S.D.) 0.94

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติ Chi-Square Test

ตัวแปร	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของ อสม.		Df	X ²	p-value
	ปานกลาง	น้อย			
ปัจจัยส่วนบุคคล					
เพศ			1	2.61	0.11
ชาย	16 (13.22%)	0			
หญิง	90 (74.38%)	15 (12.40%)			
การศึกษา			3	.44	0.93
ประถมศึกษา	56 (46.28%)	8 (6.62%)			
มัธยมศึกษา / ปวช.	25 (20.66%)	3 (2.48%)			
อนุปริญญา / ปวส.	9 (7.44%)	2 (1.65%)			
ปริญญาตรี / สูงกว่าปริญญาตรี0	16 (13.22%)	2 (1.65%)			

สถานภาพสมรส			3	5.10	0.17
โสด	19 (15.70%)	2 (1.65%)			
สมรส	54 (44.63%)	12 (9.92%)			
หม้าย/หย่าร้าง	24 (19.83%)	1 (0.83%)			
แยกกันอยู่	9 (7.44%)	0			
โรคประจำตัว			1	5.33	0.02
ไม่มี	21 (17.36%)	7 (5.79%)			
มี	85 (70.25%)	8 (6.62%)			

จากตารางที่ 3 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ การศึกษา สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ($p\text{-value} < 0.05$)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยส่งเสริมสุขภาพกับระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient

ตัวแปร	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม.	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	1	0.05
ระยะเวลาการเป็น อสม.	0.22	0.05
ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ		
การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ	1	0.05
การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ	-0.89	0.05
การรับรู้ความสามารถของตน	0.10	0.05
อิทธิพลระหว่างบุคคล	0.40	0.01

จากตารางที่ 4 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วยอายุมีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก ($p\text{-value} 0.05$) ส่วนระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} 0.05$) สำหรับปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก ($p\text{-value} 0.05$) การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในทางลบระดับสูง ($p\text{-value} 0.05$) การรับรู้ความสามารถของตน มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก ($p\text{-value} 0.05$) อิทธิพลระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($p\text{-value} 0.01$)

ตารางที่ 5 การแสดงข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple Regression Analysis

ตัวแปร	B	Bata	t	Sig.	VIF
ปัจจัยส่วนบุคคล					
อายุ	0.06	0.12	1.20	0.23	1.28
การศึกษา	0.01	0.31	3.42	0.00	1.13
สถานภาพ	0.01	0.03	0.27	0.79	1.24
ระยะเวลาการเป็น อสม.	0.08	0.21	2.37	0.95	1.06
โรคประจำตัว	-0.24	-0.28	-2.93	0.000	1.28
ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ					
การรับรู้ประโยชน์	-0.02	-0.03	-0.33	0.07	1.35
การรับรู้อุปสรรค	0.08	0.21	2.10	0.04*	1.37
การรับรู้ความสามารถของตน	0.05	0.07	0.69	0.49	1.35
อิทธิพลระหว่างบุคคล	0.06	0.12	1.19	0.24	1.28

จากตารางที่ 5 พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การศึกษา (p-value <0.05) และโรคประจำตัว (p-value <0.001) ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค (p-value <0.05)

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ได้แก่ อายุ, โรคประจำตัว และการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. โดยแบ่งตามวัตถุประสงค์งานวิจัย ดังนี้

1. ระดับปัจจัยส่งเสริมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) คลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถของตน อยู่ในระดับมาก อิทธิพลระหว่างบุคคล อยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่า อสม. มีศักยภาพและมีการรับรู้ตามบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำด้านสุขภาพในชุมชน อย่างไรก็ตาม การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ กลับอยู่ในระดับปานกลางซึ่งอาจสะท้อนปัญหาหรือความท้าทายที่ อสม. เผชิญ เช่น ขาดทรัพยากร การสนับสนุนจากหน่วยงาน ซึ่งการศึกษาของสำนักวิจัยสุขภาพชุมชน (2562)4 ชี้ว่า อสม. มักประสบปัญหาเกี่ยวกับการเข้าถึงทรัพยากรและการจัดการเวลา ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่อย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้นควรผลักดันให้ อสม. รับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ นันทนารถ ช่วงสกุล (2562)5 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11 พบว่า ระดับการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

2. ระดับพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ในเขตความรับผิดชอบของ รพสต. คลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในด้านการออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และการบริโภคอาหาร ซึ่งอาจสะท้อนถึงความท้าทายหรือข้อจำกัดของ อสม. ต้องเผชิญในการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้นควรส่งเสริมด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ และการบริโภคอาหารเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้พฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ดีมากขึ้น คล้องกับวิชนี วิกลและคณะ (2017)6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับ ช่อผกา ผลทิพย์ และ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ (2560) 7 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับ นางพิทยา อุทัยวรรณพร (2562) 8 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี และกลุ่มสุขภาพภาคประชาชนและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (2565) 9 ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ในชุมชนต้นแบบของเขตสุขภาพที่ 5 พบว่าพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูงและกฤษฎา เทพอินทร์และเสนห์ ขุนแก้ว (2565) 10 ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี พบว่าพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในเขตความรับผิดชอบของ รพสต. คลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อายุมีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก ส่วนระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก นั้นแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยด้านสุขภาพส่วนบุคคลในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอายุ เพราะเมื่ออายุมากขึ้นพฤติกรรมสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพก็มีความระมัดระวังมากขึ้นและมีแนวโน้มที่จะรับรู้ถึงความสำคัญของการรักษาสุขภาพมากขึ้น ในขณะที่โรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน ก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพซึ่งบุคคลที่มีโรคประจำตัวมักจะให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงของโรค สำหรับปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในทางลบระดับสูง นั่นคือ อสม. ที่รับรู้อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การขาดทรัพยากรหรือเวลาจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพน้อยลงดังนั้นหากจะทำกิจกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ อสม. ควรต้องคำนึงถึงอายุและโรคประจำตัว ซึ่งอายุมากโรคประจำตัวก็จะตามมาด้วย โดยส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ นันทนาถ ช่วยสกุลและคณะ (2562) 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ ระดับการรับรู้ประโยชน์ ระดับการรับรู้อุปสรรค นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) 11 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมได้แก่การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในเขตความรับผิดชอบของ รพสต. คลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่า

4.1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

1) การศึกษา มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในเขตความรับผิดชอบของ รพสต. คลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ซึ่งการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา แสดงให้เห็นว่า การศึกษามีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจและความสามารถในการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับการศึกษาที่สูงว่าตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป หาก อสม. มีการศึกษาเพิ่ม ตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาเป็นต้นไปก็จะทำให้ อสม. มีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นในทางที่ดีขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) 11 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2) โรคประจำตัว มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในเขตความรับผิดชอบของ รพสต. คลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ซึ่ง อสม. ส่วนมากมีโรคประจำตัว สะท้อนให้เห็นว่าโรคประจำตัวมีบทบาทสำคัญต่อการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น เนื่องจากอสม. มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ มักมีแรงจูงใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น เพื่อควบคุมอาการของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทำให้อสม.สนใจพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้สุขภาพดีขึ้นและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพให้กับประชาชนสอดคล้องกับกฤษฎา พรหมสุวรรณ (2560)12 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุตำบลหนองไม้แก่น จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า สถานะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.2 ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในเขตความรับผิดชอบของ รพสต. คลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. แสดงให้เห็นว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติตัวในด้านสุขภาพจากการที่ อสม. ได้รับรู้อุปสรรคด้านการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปีเพิ่มมากขึ้นจะทำให้ อสม. เข้าใจและเห็นปัญหาของการส่งเสริมสุขภาพส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา ตามแนวคิดของ Pender 1996, (อ้างถึงในสุภาภรณ์ เวชบุล, 2559)1การรับรู้ถึงอุปสรรคทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติตามได้ ซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจและแรงจูงใจของบุคคลที่จะเลี้ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559)10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า การรับรู้อุปสรรคพบว่าการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพิจารณาระดับการศึกษาของ อสม. ควรผลักดันให้ อสม. เรียนปรับวุฒิเพิ่มขึ้น หรือเมื่อ อสม. ครบวาระ ควรเลือกรับสมัคร อสม. ที่มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาเป็นต้นไปเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น
2. การอบรมให้ความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพโดยเปิดโอกาสให้ อสม. พุดคุยแสดงความคิดเห็นเพื่อค้นหาอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหาละเลยอุปสรรค โดยคัดเลือก อสม. ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีปัญหาด้านสุขภาพมาพุดคุยแลกเปลี่ยนบนเวทีสุขภาพเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และทักษะของการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและพัฒนารูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและถูกต้อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เดิม
2. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ในพื้นที่ใหม่
3. การพัฒนาโปรแกรมเพิ่มศักยภาพ อสม. เป็นผู้นำในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน

Reference

1. สุภาภรณ์ เวชบุล. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง;2559.
2. เกษแก้ว เสียงพระ. ทฤษฎี เทคนิค การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.

3. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3 : A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):91-175.
4. สำนักงานวิจัยสุขภาพชุมชน. รายงานผลการวิจัยด้านสุขภาพชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักวิจัยสุขภาพชุมชน; 2562.
5. นันทนารถ ช่างสกุล. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพ ที่ 11. นครศรีธรรมราช : ศูนย์อนามัยที่ 11 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
6. รัชณี วิกุล สุรีย์พันธุ์ วรพงษ์ธรร วัชชัย วรพงษ์ธรร และ เอ็มอัณณบุรณนธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วชิรเวชสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2560; 62(4):27-34.
7. ช่อผกา ผลทิพย์ และ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2560
8. พิทยา อุทัยวรรณพร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. อุทัยธานี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี; 2562.
9. กลุ่มสุขภาพภาคประชาชนและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ในชุมชนต้นแบบของเขตสุขภาพที่ 5. ราชบุรี : ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
10. กฤตภณ เทพอินทร์และเสน่ห์ ชุนแก้ว. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565,14(1)[12 พฤศจิกายน 2567] เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/252496>.
11. นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) [วิทยานิพนธ์คณะพยาบาลศาสตร์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
12. กฤษดา พรหมสุวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองไม้แก่น. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์; 2560.

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines) เพื่อส่งบทความ ลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา (ปรับปรุง มกราคม 2565)

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่งานวิจัยและองค์ความรู้ด้านการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา โดยทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความ 3 ท่าน เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการใน วารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน วารสารฯ จึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลง ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ดังนี้

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย (Research Article) คือ บทความที่เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องกับวิชาการด้านการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยเชิงปริมาณ รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systemic review) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) และการสังเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-synthesis) หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาในมนุษย์ ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว บทความควรมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า ขนาด A-4 พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด **บทความวิจัยต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) 3 ท่านก่อน กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เหมาะสมและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด**

บทความวิชาการ (Academic article) เป็นบทความที่ผู้นิพนธ์เขียนเรียบเรียงความรู้ทางด้านการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษาในเรื่องใดเรื่องหนึ่งแล้วนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์โดยผู้นิพนธ์ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง บทความควรมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับบทความวิจัย/บทความวิชาการ เพื่อรับการพิจารณาลงตีพิมพ์

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และศึกษารับต้นฉบับที่ส่งมาลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น หรือกำลังอยู่ในระหว่างพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น โดยผู้เขียนคนที่หนึ่งต้องแนบหนังสือ รับรองการส่งบทความเพื่อรับการตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา - บทความทั่วไป (**แบบฟอร์มใน หน้า 9**) พร้อมให้ข้อมูล การติดต่อกลับด้วย ต้นฉบับให้พิมพ์โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ SarabunPSK ขนาด 16 point ตลอดทั้งบทความ และมีเนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า จัดพิมพ์ในโปรแกรม Word แบบไม่เว้นบรรทัด ในกระดาษขนาด A-4 เว้นขอบขนาด 1 นิ้ว (2.54 ซม.) ทั้งสี่ด้าน ใส่หมายเลขหน้าที่ยึดมุมขวาด้านล่าง

บทความวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย

1. บทคัดย่อภาษาไทย

1.1 **ชื่อเรื่อง (Title)** ควรสั้นกะทัดรัด ได้ใจความที่ครอบคลุมตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 18 points พิมพ์ตัวหนาและจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ

1.2 **ชื่อผู้เขียน (Authors' Names)** ชื่อ และ นามสกุล ทั้ง ภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ ของผู้เขียนทุกคน พร้อมตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ชื่อย่อของปริญญาที่ได้รับ **ผู้เขียนไม่ควรเกิน 6 คน**

ตัวอย่าง:

ชญาวีร์ ไชยวงศ์ ปร.ด.¹
วนิดา ศรีพรหมษา ปร.ด.²

เชิงอรรถภาษาไทย ประกอบด้วย

-แหล่งทุนวิจัย (ถ้ามี)

ระบุคำว่า “Corresponding author” หน้าชื่อของผู้เขียนที่มีบทบาทนั้น

ระบุตำแหน่ง สถาบัน/หน่วยงานที่สังกัดอยู่ กรณีมีเจ้าของผลงานจากต่างสถาบัน/หน่วยงาน ให้ใส่

หมายเลขของพิมพ์ทุกฉบับ ตามลำดับ

ตัวอย่าง:

แหล่งทุนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

1* Corresponding author อาจารย์ 1 Email: ccchaiwong78@gmail.com

2 อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

1.3 รายละเอียดในบทคัดย่อ

บทคัดย่อ ต้องไม่เกิน 300 คำ โดยพิมพ์หัวข้อไว้ตรงกลาง และย่อหน้าหัวข้อย่อจากขอบกระดาษ
ด้านซ้าย ขนาดตัวอักษร 16 pt ตัวหนา ไม่ต้องมีการอ้างอิง ควรเขียนสรุปสาระสำคัญในแต่ละหัวข้อย่อ ดังนี้

- **บทนำ:** อธิบายความสำคัญของปัญหา รวมทั้ง กรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่น่าสนใจ

- **วัตถุประสงค์การวิจัย:** ระบุเฉพาะวัตถุประสงค์หลักที่สำคัญของการวิจัย ควรเขียนเป็นความเรียง

- **ระเบียบวิธีวิจัย:** อธิบายประเภทของการวิจัย ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและ
วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง สถานที่ศึกษา เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธี
วิธีการหรือสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- **ผลการวิจัย:** รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กะทัดรัด ชัดเจนและสอดคล้องกับผลในตาราง
หรือกราฟ เขียนเป็นความเรียงโดยไม่มีตารางหรือกราฟประกอบ

- **สรุปผล:** สรุปผลสำคัญในภาพรวมที่ได้จากผลการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่เขียนข้อความซ้ำกับผลการวิจัย

- **ข้อเสนอแนะ:** ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานเป็นรูปธรรม
โดยต้องสอดคล้องกับผลการวิจัย

- **คำสำคัญ:** เขียนคำสำคัญภาษาไทย 3 -5 คำโดยเว้นวรรคระหว่างคำ

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

2.1 ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดตัวอักษร 18 pt ตัวหนา ชื่อเรื่องให้พิมพ์ขึ้นต้น
ด้วยตัวอักษรอังกฤษตัวใหญ่ (capital letter) ของทุกคำ

2.2 ชื่อผู้พิมพ์ชื่อผู้พิมพ์ พร้อมทั้งคุณวุฒิการศึกษาด้วยว่าได้ชื่อเรื่อง ชิดขอบกระดาษ
ด้านขวา ขนาดตัวอักษร 14 pt. ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้พิมพ์ เพื่อแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับตำแหน่งทาง
วิชาการ สถานที่ทำงาน และ E-mail ของผู้พิมพ์ทุกท่านไว้เป็นเชิงอรรถในหน้าแรก และใส่เครื่องหมาย * หลังตัวเลข
ที่ยกท้าย สำหรับผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding author)

ตัวอย่าง:

Chanyawee Chaiwong Ph.D.¹

Wanida Sripromsa Ph.D.²

เชิงอรรถภาษาไทย ประกอบด้วย

-แหล่งทุนวิจัย (ถ้ามี)

ระบุคำว่า “Corresponding author” หน้าชื่อของผู้เขียนที่มีบทบาทนั้น

ระบุตำแหน่ง สถาบัน/หน่วยงานที่สังกัดอยู่ กรณีมีเจ้าของผลงานจากต่างสถาบัน/หน่วยงาน ให้ใส่

หมายเลขของทีมนักคน ตามลำดับ

ตัวอย่าง:

Funding: Boromarajonani College of Nursing, Udonthani , Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

1* Corresponding author :Lecturer Email: ccchaiwong78@gmail.com

2 Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

2.3 รายละเอียดในบทคัดย่อ

Abstract ต้องไม่เกิน 350 คำ โดยพิมพ์หัวข้อไว้ตรงกลาง และย่อหน้าหัวข้อย่อจากขอบกระดาษ
ด้านซ้าย ขนาดตัวอักษร 16 pt ตัวหนา ไม่ต้องมีการอ้างอิง ควรเขียนสรุปสาระสำคัญในแต่ละหัวข้อย่อ ดังนี้

- **Introduction:** อธิบายความสำคัญของปัญหา รวมทั้ง กรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้

- **Research objectives:**ระบุเฉพาะวัตถุประสงค์หลักที่สำคัญของการวิจัย ควรเขียนเป็นความ
เรียง

- **Research methodology:** อธิบายประเภทของการวิจัย ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง
จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง สถานที่ศึกษา เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ วิธีการเก็บรวบรวม
ข้อมูล และวิธีวิเคราะห์หรือสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- **Results:** รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กะทัดรัด ชัดเจนและสอดคล้องกับผลในตารางหรือ
กราฟ เขียนเป็นความเรียงโดยไม่มีตารางหรือกราฟประกอบ

- **Conclusions:** สรุปผลสำคัญในภาพรวมที่ได้จากผลการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่เขียนข้อความซ้ำกับ
ผลการวิจัย

- **Implications:**ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
โดยต้องสอดคล้องกับผลการวิจัย

- **Keywords:** เขียนคำสำคัญภาษาไทย 3 -5 คำโดยเว้นวรรคระหว่างคำ คำสำคัญด้วย
เครื่องหมายจุลภาค (,) ทั้งนี้ไม่ต้องมีการอ้างอิงใดๆในบทคัดย่อ การเขียนบทคัดย่อภาษาอังกฤษต้องมีความหมาย
เหมือนกับบทคัดย่อภาษาไทย บทคัดย่อภาษาอังกฤษต้องผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาโดยเป็นความ
รับผิดชอบของผู้พิมพ์

3. ส่วนประกอบของเนื้อหา

3.1 **บทนำ (Introduction)** อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำ การวิจัย อาจมี
การศึกษา ค้นคว้างานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์การวิจัย และ/หรือสมมติฐานการวิจัย และ/หรือ คำถาม
การวิจัย และขอบเขตการวิจัย หากบทความใช้คำย่อ ต้องเขียนคำ เต็มไว้ในครั้งแรกก่อน

3.2 **กรอบแนวคิดการวิจัย (Research framework)** มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย อย่าง
สมเหตุสมผล

3.3 **วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research objectives)** ความสอดคล้องกับการวิจัยอย่างสมเหตุสมผล

โดยใช้ภาษาที่ชัดเจนเข้าใจง่าย อานแปลความหมายที่ต้องการได้ทันที จำนวนข้อเหมาะสมที่จะตรวจสอบผลในแง่มุมต่าง ๆ ใดครบถ้วน

3.4 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) (Hypotheses)

3.5 วิธีดำเนินการวิจัยหรือขั้นตอนการวิจัย (Research Methodology) อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยและรูปแบบการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว การวิเคราะห์ข้อมูล

3.6 ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology) ขนดของการวิจัย อธิบายกระบวนการสร้างหรือพัฒนาการวิจัยอย่างกระชับและชัดเจน ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การสมกลุ่มตัวอย่าง อธิบายการกำหนดตัวอย่างหรือแหล่งให้ข้อมูลถูกต้อง เกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายแบบแผนการศึกษา/ทดลอง และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล อธิบายวิธีการสรุปผลการศึกษาวิจัยและสถิติต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลชัดเจน ทั้งนี้ การวิจัยที่ทำในมนุษย์จะต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยต้องระบุเลขที่ วันที่ และหน่วยงานที่ให้การรับรองการวิจัยในมนุษย์ด้วย

3.7 ผลการวิจัย (Results) นำเสนอสิ่งที่ได้ค้นพบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน ข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ ค้นพบและวิเคราะห์ แล้วเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย/คำถามการวิจัยที่ระบุไว้ หากใช้ตารางหรือแผนภูมิ ควรอ้างอิงจากเนื้อหาในบทความ และมีหัวขอของตารางหรือแผนภูมิกำกับ กรณีที่ใช้รูปภาพ ควรใช้รูปที่มีความชัดเจน ขนาดโปสการ์ด 3X5 นิ้ว และใส่คำอธิบายไว้ใต้รูป หากรูปภาพและแผนภูมินำมาจากแหล่งอื่น ควรอ้างอิงที่มาด้วย

3.8 อภิปรายผลการวิจัย (Discussions) อภิปรายผลการวิจัยที่สำคัญตามวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายเหตุผลการค้นพบสำหรับผลวิจัยที่ครั้งนี้ โดยเปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย (ถ้ามี) อธิบายผลการวิจัยที่ผ่านมาทั้งที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งข้อจำกัดในการวิจัย

3.9 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ (Implications for practice) เป็นการให้ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย เพื่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

3.10 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต (Implications for practice) เป็นการให้ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยไปศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้อง หรือขยายผลซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยสำคัญ

3.11 เอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงต้องปรากฏทั้งในบทความและใน ส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

บทความวิชาการ (Academic article) ประกอบด้วย

1. บทคัดย่อภาษาไทย

1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรสั้นกะทัดรัด ได้ใจความที่ครอบคลุมตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 18 points พิมพ์ตัวหนาและจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ

1.2 ชื่อ ผู้เขียน (Authors' Names) ชื่อ นามสกุล ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน พร้อมตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ชื่อย่อของปริญญที่ได้รับ

ตัวอย่าง:

ชญาวีร์ ไชยวงศ์ ปร.ด.¹
วนิดา ศรีพรหมษา ปร.ด.²

เชิงอรรถภาษาไทย ประกอบด้วย

-แหล่งทุนวิจัย (ถ้ามี)

ระบุคำว่า “Corresponding author” หน้าชื่อของผู้เขียนที่มีบทบาทนั้น

ระบุตำแหน่ง สถาบัน/หน่วยงานที่สังกัดอยู่ กรณีมีเจ้าของผลงานจากต่างสถาบัน/หน่วยงาน ให้ใส่

หมายเลขของทีมทุกคน ตามลำดับ

ตัวอย่าง:

แหล่งทุนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
1* Corresponding author อาจารย์ 1 Email: ccchaiwong78@gmail.com
2 อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

1.3. รายละเอียดในบทคัดย่อ

บทคัดย่อ ต้องไม่เกิน 300 คำ โดยพิมพ์หัวข้อไว้ตรงกลาง และย่อหน้าหัวข้อย่อจากขอบกระดาษ
ด้านซ้าย ขนาดตัวอักษร 16 pt ตัวหนา ไม่ต้องมีการอ้างอิง ควรเขียนสรุปสาระสำคัญในแต่ละหัวข้อย่อ ดังนี้

- **บทนำ:** อธิบายความสำคัญของปัญหา รวมทั้งช่องว่างของความรู้ที่สำคัญ
- **วัตถุประสงค์การวิจัย:** ระบุเฉพาะวัตถุประสงค์หลักบทความวิชาการ ควรเขียนเป็นความเรียง
- **ประเด็นสำคัญ:** อธิบายประเด็นหรือสาระสำคัญของบทความ
- **สรุปผล:** สรุปผลสำคัญในภาพรวมของบทความ
- **ข้อเสนอแนะ:** ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

โดยต้องสอดคล้องกับผลการวิจัย

- **คำสำคัญ:** เขียนคำสำคัญภาษาไทย 3 -5 คำโดยเว้นวรรคระหว่างคำ

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

2.1 ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดตัวอักษร 18 pt ตัวหนา ชื่อเรื่องให้พิมพ์ขึ้นต้น
ด้วยตัวอักษรอังกฤษตัวใหญ่ (capital letter) ของทุกคำ

2.2 ชื่อผู้พิมพ์ชื่อผู้พิมพ์ พร้อมทั้งคุณวุฒิการศึกษาด้วยว่าได้ชื่อเรื่อง ชิดขอบกระดาษ
ด้านขวา ขนาดตัวอักษร 14 pt. ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้พิมพ์ เพื่อแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับตำแหน่งทาง
วิชาการ สถานที่ทำงาน และ E-mail ของผู้พิมพ์ทุกท่านไว้เป็นเชิงอรรถในหน้าแรก และใส่เครื่องหมาย * หลังตัวเลข
ที่ยกท้าย สำหรับผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding author)

ตัวอย่าง:

Chanyawee Chaiwong Ph.D.¹
Wanida Sripromsa Ph.D.²

เชิงอรรถภาษาไทย ประกอบด้วย

-แหล่งทุนวิจัย (ถ้ามี)

ระบุคำว่า “Corresponding author” หน้าชื่อของผู้เขียนที่มีบทบาทนั้น

ระบุตำแหน่ง สถาบัน/หน่วยงานที่สังกัดอยู่ กรณีมีเจ้าของผลงานจากต่างสถาบัน/หน่วยงาน ให้ใส่

หมายเลขของทีมงานทุกคน ตามลำดับ

ตัวอย่าง:

Funding: Boromarajonani College of Nursing, Udonthani , Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

1* Corresponding author :Lecturer Email: ccchaiwong78@gmail.com

2 Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

2.3.รายละเอียดในบทคัดย่อ

Abstract ต้องไม่เกิน 350 คำ โดยพิมพ์หัวข้อไว้ตรงกลาง และย่อหน้าหัวข้อย่อจากขอบกระดาษ ชาย ขนาดตัวอักษร 16 pt ตัวหนา ไม่ต้องมีการอ้างอิง ควรเขียนสรุปสาระสำคัญในแต่ละหัวข้อย่อ ดังนี้

- **Introduction:** อธิบายความสำคัญของปัญหา รวมทั้งช่องว่างของความรู้ที่สำคัญ
- **Objectives::** ระบุเฉพาะวัตถุประสงค์หลักบทความวิชาการ ควรเขียนเป็นความเรียง
- **Key issues:** อธิบายประเด็นหรือสาระสำคัญของบทความ
- **Key issues::** สรุปผลสำคัญในภาพรวมของบทความ
- **Conclusions:** ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
- **คำสำคัญ:** เขียนคำสำคัญภาษาไทย 3 -5 คำโดยเว้นวรรคระหว่างคำ

ทั้งนี้ไม่ต้องการอ้างอิงใดๆในบทคัดย่อ การเขียนบทคัดย่อภาษาอังกฤษต้องมีความหมาย

เหมือนกับบทคัดย่อภาษาไทย บทคัดย่อภาษาอังกฤษต้องผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาโดยเป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์

3. ส่วนประกอบของเนื้อหา

3.1 **บทนำ (Introduction)** อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของประเด็นและแนวคิดที่นำเสนอชัดเจน

3.2 **วัตถุประสงค์บทความ (Objective)** มีความสอดคล้องกับบทความอย่างสมเหตุสมผล ใช้ภาษาที่ชัดเจนเข้าใจง่าย อานแปลความหมายที่ต้องการได้ทันที

3.3 **เนื้อเรื่อง (Content)** กำหนดหัวเรื่องตามสาระที่ต้องการนำเสนอ แสดงแนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการแก้ปัญหาหรือ เพื่อการพัฒนาประกอบ มีการอ้างอิงแนวคิด ทฤษฎีที่น่าเชื่อถือ สืบค้นได้จริงจากแหล่งข้อมูลอ้างอิง สรุปแนวทางการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีในการแก้ปัญหาหรือ เพื่อการพัฒนา นำเสนอรายละเอียดครบถ้วนสมบูรณ์ เขียนอธิบาย ไตรกระชั้น สมบูรณ์ อานเข้าใจได้ทันที มีการเชื่อมโยงและการจัดเรียงลำดับเนื้อหา

3.4 **บทสรุป (Conclusions)** สรุปผลไตรกระชั้น ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของบทความที่กำหนดไว้

3.5 **ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ (Implications for practice)** เสนอแนะการนำไปใช้แก้ปัญหาหรือพัฒนาได้อย่างชัดเจน

3.6 **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงต้องปรากฏทั้งในบทความและใน ส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ สามารถสืบค้นแหล่งที่มาได้จริง

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)¹

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ มี 2 แบบ คือ การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา และการอ้างอิงที่ อยู่ท้ายเล่ม ซึ่งเป็นรูปแบบที่

นิยมใช้ในสาขาวิทยาศาสตร์และการแพทย์ สามารถศึกษารายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้ใน Website :

<http://lib.med.psu.ac.th/pdf/van01.pdf>

http://www.med.cmu.ac.th/library/Citation_Styles/Vancouver_Thai.htm

http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_RA/admin/download_files/48_71_1.pdf

https://lib.swu.ac.th/images/Documents/Researchsupport/VancouverSWU_Citation-260121.pdf

การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา

ระบบการอ้างอิงในทางด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่นิยมใช้ในปัจจุบันจะใช้การอ้างอิงระบบลำดับหมายเลข โดย

1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง เป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร โดยให้อยู่ในวงเล็บและใช้ “ตัว ยก”

ตัวอย่างเช่น (1)

2. ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย

3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้ เคยอ้างอิงมา ก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง

4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศกำกับ (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น (1 -3) แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้ เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น (4,6,10)

¹ ทิพวรรณ สุขรว. การเขียนเอกสารอ้างอิงทางวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

[อินเทอร์เน็ต] 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2563 สิงหาคม 5]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20citation3.pdf>

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงตามหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง โดยไม่ต้องแยกภาษา และประเภทของเอกสารอ้างอิง

2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้าย่อยการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยไม่ต้องย่อหน้า การเว้นวรรคในการพิมพ์ หลังเครื่องหมาย (.) เว้นวรรค 2 ระยะ หลังเครื่องหมาย (,) เว้นวรรค 1 ระยะ และหลังเครื่องหมาย (:) (;) ไม่ต้องเว้นระยะในการพิมพ์

การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals) รูปแบบในการเขียน ดังนี้.-

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง (Author)./ ชื่อบทความ (Title of the article)./ชื่อวารสาร (Title of the Journal)ปีพิมพ์ (Year);เล่มที่ของวารสาร (Volume):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง บทความจากการสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1. Nicola M, O'Neill N, Sohrabi C, Khan M, Agha M, Agha R. Evidence based management Guideline for the COVID-19 pandemic - Review article. International Journal of Surgery. 2020;77:206-16.
2. ฐปนา ตระกูลศิริศักดิ์, อธิรุทธ นัมคณิสสรณ์.การรักษามะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. พุทธชินราชเวชสาร. 2563; 37:356-67.

หนังสือ

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่งหรือบรรณาธิการ./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./สถานที่พิมพ์:/ สำนักพิมพ์;/ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

3. Kahalley LS, Peterson R, Ris MD, Janzen L, Okcu MF, Grosshans DR, et al. Superior intellectual outcomes after proton radiotherapy compared with photon radiotherapy for pediatric medulloblastoma. J Clin Oncol 2020;38:454-61.

วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า [dissertation] หรือ [วิทยานิพนธ์หรือปริญญา นิพนธ์หรือสารนิพนธ์ ชื่อย่อของปริญญา สาขาวิชา] ในวงเล็บใหญ่ () มีรูปแบบการเขียน ดังนี้.-

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้นิพนธ์./ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

4. จินตนา ชูติระกะ.ผลของโปรแกรมโยคะต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วย วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562
5. Zhang N. Hospital and patient predictors of healthcare disparities among type2 diabetes inpatients in tertiary and county hospitals of inner Mongolia, China. PhD [Dissertation]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2016.
6. Tolmie EP. Pressure sores: an investigation into the clinical nursing management of the prevention and management of pressure sore within an acute hospital trust [Thesis]. Glasgow: University of Glasgow; 2020.Available from: <https://www.proquest.com/pqdtglobal/docview/2165834802/95052D169B364AD4PO/1?accountid=28431>

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนต้องพิมพ์วัน เดือน ปี ที่เปิดดูข้อมูลดังกล่าวด้วย เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวอาจมีการปรับปรุง หรือลบออกจากแฟ้มข้อมูลได้ การเขียนอ้างอิงให้เขียนดังนี้

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง (Author)./ชื่อบทความ (Title of the article)./ชื่อวารสาร(Title of the journal)[ประเภทของสื่อ/วัสดุ]./ปีพิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่: [หน้าabout screen]./เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

7. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010[cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

8. ทักษมาศ ไทยเล็ก, วันธณี วิรุฬห์พานิช, บุษกร พันธเมธาฤทธิ. ผลของนโยบายแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมป้องกันและการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วย วัยเด็ก วัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. ว. พยาบาลสงขลานครินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 23 เมษายน 2564];41:37-53. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/249999>

9. ศุภีพร ช่วยชูวงศ์. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ใน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2564 [เข้าถึง เมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://lib.med.psu.ac.th/pdf/van01.pdf>

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
1	ผู้เขียนเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด	ผู้เขียน	N/A
2	ผู้เขียนส่งบทความออนไลน์พร้อมหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ (สแกนหรือถ่ายรูป) ผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ในเว็บไซต์วารสารที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions https://he02.tci-	ผู้เขียน	N/A
3	ผู้เขียนส่งหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ตัวจริงหาไปรษณีย์	ผู้เขียน	N/A
4	บรรณาธิการตรวจเนื้อหาว่ามีคุณภาพและรูปแบบว่า ถูกต้องหรือไม่ หากผ่านการประเมินเบื้องต้น บรรณาธิการ ตอบรับและนำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมิน หากไม่ผ่าน บรรณาธิการแจ้งผู้เขียนให้มีการปรับปรุง หรือปฏิเสธ การรับพิจารณาหากบทความมีคุณภาพต่ำมาก หรือไม่ตรงประเด็นการเผยแพร่ของวารสารฯ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
5	บรรณาธิการส่งบทความที่ผ่านการประเมินเบื้องต้นให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) ประเมินและให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความอย่างน้อยบทความละ 2 ท่านผ่านระบบ ThaiJO โดยใช้กระบวนการประเมินแบบปกปิดทั้งสองฝั่ง (Double-Blinded Review Process)	บรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ	4 สัปดาห์
6	บรรณาธิการรับคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับ ตรวจสอบคำแนะนำ และสรุปประเด็นที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
7	บรรณาธิการส่งคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับให้ผู้เขียนผ่านระบบ ThaiJO โดยให้เวลาในการแก้ไข/ปรับปรุงคุณภาพงานเขียน 1-2 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์
8	ผู้เขียนส่งงานที่แก้ไขแล้วกลับมาที่วารสารฯ ผ่านระบบ ThaiJO	ผู้เขียน	N/A
9	บรรณาธิการตรวจสอบการแก้ไขเบื้องต้นเปรียบเทียบกับ คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยดำเนินการต่อไป 3 รูปแบบขึ้นอยู่กับคุณภาพการแก้ไข และคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
9.1	บรรณาธิการตอบรับการตีพิมพ์บทความกรณีผู้ทรงคุณวุฒิมอบหมายให้บรรณาธิการพิจารณาต่อ และบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
9.2	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้ง กรณีผู้ทรงคุณวุฒิขอประเมินบทความซ้ำอีกครั้งและ บรรณาธิการตรวจสอบแล้วว่าบทความมีการปรับแก้ครบ ทุกประเด็นตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
	ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความที่ได้รับการแก้ไขและส่งผล การประเมินมาที่บรรณาธิการเพื่อดำเนินการต่อไป	ผู้ทรงคุณวุฒิ	1-2 สัปดาห์
9.3.	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขเพิ่มเติมกรณีผู้เขียนแก้ไขบทความไม่ครบถ้วนตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ หรือบรรณาธิการพิจารณาแล้วเห็นว่าควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้คุณภาพของบทความดียิ่งขึ้น	ผู้เขียน	N/A
	ผู้เขียนแก้ไขบทความตามคำแนะนำ	ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
10	ผู้เขียนโอนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในวารสาร จำนวน 3,500 บาท มาที่บัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8 และส่งสำเนาสลิปการโอนเงินผ่านทาง E-mail : journal@bcnu.ac.th	ผู้เขียน	N/A
11	ฝ่ายจัดการของวารสารฯ ออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์ บทความวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา และใบเสร็จรับเงิน จัดส่ง ให้ผู้เขียนตามที่อยู่ที่คุณเขียนไว้	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์
12	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรจัดทำต้นฉบับให้ บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรและบรรณาธิการ	1 สัปดาห์
13	บรรณาธิการส่งบทความฉบับพร้อมตีพิมพ์ให้ผู้เขียน ตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายก่อนตีพิมพ์ออนไลน์	บรรณาธิการและผู้เขียน	1-2 วัน
14	บรรณาธิการตีพิมพ์บทความออนไลน์ทาง https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions และแจ้งให้ผู้เขียนทราบ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
15	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรรวบรวมบทความที่ตีพิมพ์ใน ฉบับที่มีกำหนดออกวารสารเป็นรูปเล่ม ส่งให้บรรณาธิการ ตรวจสอบความถูกต้องและเขียนบทบรรณาธิการ ในช่วง เวลาที่สอดคล้องกับกำหนดออกวารสาร ดังนี้ - ฉบับเดือน ม.ค.-เม.ย. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน เม.ย. - ฉบับเดือน พ.ค.-ส.ค. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน ส.ค. - ฉบับเดือน ก.ย.-ธ.ค. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน ธ.ค.	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรและบรรณาธิการ	1 สัปดาห์

สรุป

- ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบรับการตีพิมพ์บทความ ประมาณ 6-10 สัปดาห์
 - ระยะเวลาที่ใช้ในการตีพิมพ์บทความออนไลน์ ประมาณ 8-12 สัปดาห์
- (ทั้งนี้ ขึ้นอยู่ช่วงเวลาที่คุณส่งบทความว่าสอดคล้องกับรอบการออกวารสารฉบับรูปเล่มหรือไม่)

บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน บรรณาธิการและคณะผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนมีความรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไข ข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสม

ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสาร

1. การตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล กำหนดให้ผู้พิมพ์ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ โดยบทความภาษาไทย 3,500 บาท/เรื่อง โดยผู้พิมพ์ส่งผลงานให้บรรณาธิการพิจารณาในเบื้องต้น
2. ผลงานที่เข้าเกณฑ์ของวารสาร ทางบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้พิมพ์ทราบเพื่อจ่ายค่าธรรมเนียม
3. ชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์โดยการโอนเงินเข้า บัญชีบัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

ธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8

4. ส่งสำเนาหรือไฟล์หลักฐานการจ่ายเงินมาที่ (งานวารสาร –คุณภัทรวดี สมภักดี)

E-mail: journalbcn@bcn.ac.th

ทั้งนี้ ข้อมูลบัญชีธนาคารและขั้นตอนการส่งไฟล์หลักฐานการโอนเงิน อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางวารสารจะแจ้งให้ผู้พิมพ์ทราบ ในกรณีที่ผู้พิมพ์ขอยกเลิกการส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ทางวารสารแต่งตั้งได้พิจารณาบทความแล้ว ทางวารสารขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ให้แก่ผู้พิมพ์ หรือในกรณีที่ผู้พิมพ์ไม่ดำเนินการจัดทำ/แก้ไขต้นฉบับบทความให้เสร็จเรียบร้อยตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และส่งให้กองบรรณาธิการ ตามวันเวลาที่กำหนด ทางกองบรรณาธิการมีสิทธิ์ในการยกเลิกการตีพิมพ์โดยไม่คืนเงินค่าธรรมเนียม

ข้อแนะนำในการส่งต้นฉบับ

เนื่องด้วย บัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา (วารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี) เป็นวารสารออนไลน์ จึงขอความกรุณาผู้พิมพ์ส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ผ่านทางเว็บไซต์ของวารสาร โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เตรียมไฟล์ต้นฉบับตามคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับ ขนาดไฟล์ไม่เกิน 5 MB
2. เตรียมข้อมูลต่อไปนี้ให้พร้อม ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทยและอังกฤษ), User name (ภาษาอังกฤษ), Password (อย่างน้อย 6 ตัวอักษร และเป็นภาษาอังกฤษ), E-mail, ระดับการศึกษา/วุฒิ(ภาษาไทยและอังกฤษ), ลักษณะงาน, ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้, เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ, ผลงานที่ผ่านมา กรณีผู้เขียนมากกว่า 1 ท่าน กรุณาส่งชื่อ ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทยและอังกฤษ E-mail, ระดับการศึกษา/วุฒิ(ภาษาไทยและอังกฤษ), ลักษณะงานให้ครบทุกท่าน หากไม่รายชื่อผู้เขียนร่วมส่งมาแสดงว่าท่านประสงค์จะตีพิมพ์เพียงท่านเดียว
3. ลงทะเบียนสมัครสมาชิก ตามขั้นตอน ดังนี้
 - 3.1 เข้าเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/>
 - 3.2 คลิกลงทะเบียน แล้วสร้าง Username / Password
 - 3.3 สร้าง profile (ชื่อ email, รายละเอียดข้อมูลต่างๆ)
 - 3.4 ยืนยันการสมัครสมาชิกทาง email
4. การส่งต้นฉบับบทความวิจัย/วิชาการ มีขั้นตอน (ตามขั้นตอนของระบบ TCI) ดังนี้
วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา (Nursing, Health, and Education Journal)

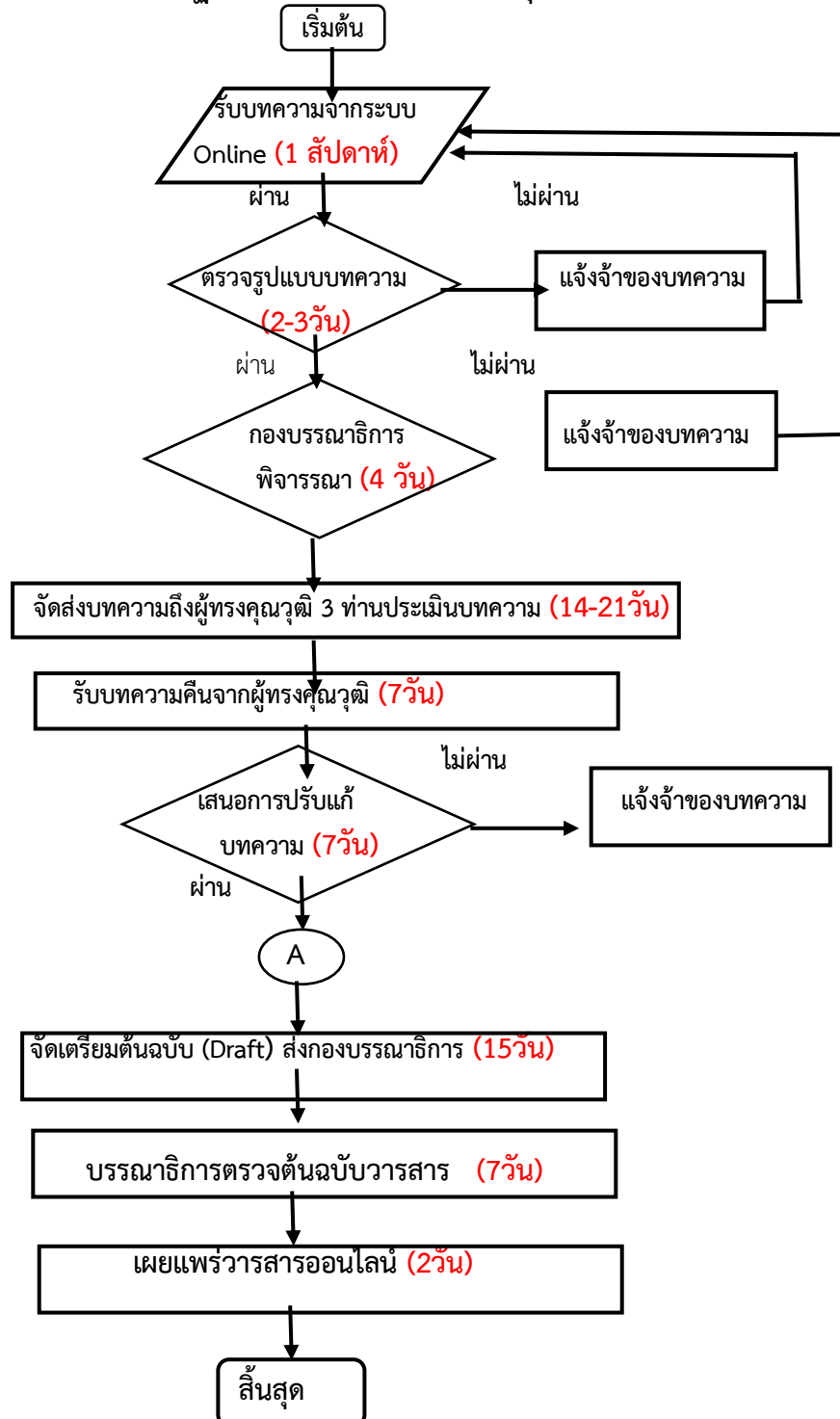
ปรับปรุง วันที่ 1 มกราคม 2565

- Login เพื่อเข้าระบบสมาชิก
 - คลิก Author ใน User home
 - Step 1 เลือกทุกช่อง เพื่อเป็นการยืนยันบทความของท่านว่าเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด
 - Step 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word และเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน
 - Step 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น Author, Title and Abstract, Index terms เป็นต้น ถ้ามีผู้แต่งหลายคน คลิกเพิ่มชื่อผู้เขียนจนครบ วารสารไม่อนุญาตให้ผู้เขียนขอเพิ่มชื่อผู้เขียนหลังจากเผยแพร่บทความออนไลน์แล้ว
 - Step 4 หากมีไฟล์ตาราง หรือ รูปภาพ ให้ทำการอัปโหลด เหมือน step 2 ถ้าไม่มีให้ทำการ save and continue เพื่อไปยังขั้นตอนถัดไป
 - Step 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบโดยบรรณาธิการ
5. รอตรวจสอบสถานะ การตอบรับ/ปฏิเสธ ทาง E-mail หรือ เว็บไซต์โดยเข้าระบบ คลิก Active submission กรณี ตอบรับ ไม่แก้ไข รอเข้าสู่กระบวนการตีพิมพ์วารสาร
- กรณี ตอบรับ มีแก้ไข ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และอัปโหลดไฟล์บทความ ภายใน 7 วัน
- กรณี ปฏิเสธ สิ้นสุดกระบวนการขอตีพิมพ์วารสาร
- หลังจากนี้ ผู้นิพนธ์ต้องติดตามแก้ไขผลงาน ทาง E-mail หรือ เว็บไซต์ เพื่อดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ต้นฉบับบทความให้ถูกต้องสมบูรณ์และตรงตามเวลาที่กำหนด

การติดต่อกองบรรณาธิการ
ส่งถึง

บรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
88 ถนนมิตรภาพ หมู่ 1
ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมืองอุตรธานี
จังหวัดอุตรธานี 41330
โทรศัพท์: งานวารสาร
E-mail: journal@bcnu.ac.th

ขั้นตอนการปฏิบัติงานวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา



หากต้องการติดต่อสอบถาม กรุณาโทร 0-95193-6485

หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์

ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

วันที่..... เดือน พ.ศ.

เรียน บรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ..... E-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความวิจัย/บทความวิชาการเรื่อง.....

เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงานในระบบ ThaiJO ทางเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions> เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใด ๆ และยินดีปรับแก้บทความตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา กำหนดให้ผู้มีพันธต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์หลังจากได้รับการประเมินเบื้องต้นจากกองบรรณาธิการว่าสามารถตีพิมพ์ได้ ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) โดยโอนเข้าบัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8

ทั้งนี้วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ไม่รับประกันว่าบทความของท่านจะได้รับการตีพิมพ์ เมื่อชำระเงินแล้ว วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษาขอสงวนสิทธิ์การคืนเงินให้ผู้เขียนทุกกรณี

(.....)

ผู้ส่งบทความวิจัย/ผู้พิมพ์หลัก)

หมายเหตุ สแกนรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบส่งที่ journal@bcnu.ac.thต้นฉบับฉบับผลงานส่งเข้าระบบวารสารออนไลน์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions>

เลขานุการ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี 88 หมู่ 1

ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี รหัสไปรษณีย์ 41330