



BUU NURSE
 BURAPHA UNIVERSITY
 WISDOM OF THE EAST
 คณะพยาบาลศาสตร์

Vol.34 No.1

ISSN 2774 - 1214 (Online)

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

January - March 2026

THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING BURAPHA UNIVERSITY



งานวารสารคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา

FACULTY OF NURSING

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บรรณาธิการผู้ช่วย

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุชฎี ภูลศิริ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา

ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต

ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง

ศาสตราจารย์ ดร.วารุณี พองแก้ว

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์

รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสง้อุดมทรัพย์

รองศาสตราจารย์ ดร.ศรียุพา สนั่นเรื่องศักดิ์

รองศาสตราจารย์ ดร.พูลพงศ์ สุขสว่าง

รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงฤดี ลาสุขะ

รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงค์

รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณพิไล ศรีอักษรณ์

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ

รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง

รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวน

รองศาสตราจารย์ ดร.ซัจจเนคค์ แพรชชาว

Professor Dr. Edwin Rosenberg

Professor Dr. Ratchneewan Ross

มหาวิทยาลัยบูรพา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยบูรพา

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Appalachian State University, USA

The University of Louisville, USA

ผู้จัดการวารสาร/การส่งเรื่องตีพิมพ์/ การบอกรับเป็นสมาชิก

นายเอกรินทร์ สามา

e-mail : journal@nurse.buu.ac.th

โทรศัพท์ 038-102822

กำหนดการออก ราย 3 เดือน (ปีละ 4 ฉบับ)

ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม

ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน

ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน

ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม

อัตราค่าตีพิมพ์บทความ

ค่าตีพิมพ์ภาษาไทย 2,000 บาท

ค่าตีพิมพ์ภาษาอังกฤษ 3,000 บาท

พิมพ์ที่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

169 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข

อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (20131)

โทรศัพท์ 038-102822

โทรสาร 038-393476

สำนักงาน

งานวารสารคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา

169 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข

อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (20131)

โทรศัพท์ 038-102822

โทรสาร 038-393476

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เป็นวารสารเพื่อเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ สาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่นๆ รวมทั้งเผยแพร่ผลงานวิจัย อันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล และการประชาสัมพันธ์วิชาชีพพยาบาล โดยผ่านการพิจารณาจากล้นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น จำนวน 3 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เขียนจะไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-Blind Review)

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ หรือ บทความวิจัย ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
2. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

สารจากกองบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเชิญนักวิจัยทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ส่งบทความทางวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร **บทความที่จะส่งลงตีพิมพ์ต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ หรือไม่เคยตีพิมพ์ด้วยภาษาอื่น ๆ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน** ต้นฉบับบทความทุกเรื่องจะได้รับการประเมินก่อนการตีพิมพ์ (Peer review) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และต้องผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากบรรณาธิการวารสารก่อนที่จะลงตีพิมพ์

วิสัยทัศน์

“สถาบันแห่งการพลิกโฉมทางการศึกษาและวิจัยทางการพยาบาล เพื่อรับมือสถานะสุขภาพที่ทำนายอย่างยั่งยืนและเป็นสากล”

VISION

“Transforming Nursing Education and Research, Responding to Healthcare Challenges Internationally and Sustainably”

ค่านิยมองค์กร (Core Value)

- N = Novelty : สร้างสรรค์
- U = Unity : เป็นหนึ่งเดียว
- R = Respect : ยอมรับกัน
- S = Smart : รอบรู้
- E = Excellence : สู่วิทยฐานะเลิศ



วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING BURAPHA UNIVERSITY

ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2569 Vol. 34 No. 1 January - March 2026

สารบัญ

		หน้า
• ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์	สุพรรณษา หีดมัน ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี วรรณทนา ศุภสีมานนท์	1-12
• ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ	สุนันท์ พรหมรอด	13-25
• ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	สุดารัตน์ จันทนวรานนท์ ปณิชา พลพินิจ ชุติมา ฉันทมิตรโอภาส	26-39
• ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ	จิระภา นุ้ยนาพญา	40-53
• การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองย่านยาวโรงพยาบาลตะกั่วป่า	มณีนรัตน์ ม่วงยิ้ม กิตติพร เนาว์สุวรรณ	54-69
• Factors Associated with Sexual Dysfunction among Men with Type 2 Diabetes Mellitus in Botswana	Gaogakwe Ramaologa Khemaradee Masingboon Niphawan Samartkit	70-82
• ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง	ทวีศักดิ์ กสิผล ชนิกา เจริญจิตต์กุล	83-94
บทความวิชาการ		
• การสร้างความแปลกใหม่ผ่านกิจกรรมเพื่อจัดการความเบื่อหน่ายของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปเช้า-เย็นกลับ : แบ่งปันประสบการณ์	ศุภกฤต จิงพิภานิชกุล โฆษิต ฉันทนารุ่งภักดิ์	95-107

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

สุพรรณษา หิตมั่น, พย.ม.¹ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, Dr.P.H.^{2*} วรรณทนา ศุภสีมานนท์, Ph.D.³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาล 2 แห่ง ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 160 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาและดัดแปลงจากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าดัชนีความตรงอยู่ในช่วง .86 ถึง 1.0 และค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .74 ถึง .94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง ($M = 43.81, SD = 7.68$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 23 ($R^2 = .230, F_{(6,160)} = 7.630, p = .003$) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากที่สุด ($\beta = .24, p = .003$ และ $\beta = .22, p = .005$) โรงพยาบาลควรส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันภาวะเบาหวาน โดยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อลดการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวาน ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง

¹ นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขามดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: tatiratp@yahoo.com

Factors Predicting Diabetes Preventive Behavior Among Pregnant Women at Risk of Gestational Diabetes Mellitus

Supansa Heedman, R.N.¹, Tatirat Tachasuksri, Dr.P.H.^{2*}, Wantana Suppaseemanont, Ph.D.³

Abstract

This study aimed to study factors predicting diabetes preventive behavior among 160 pregnant women being at risk of diabetes who received antenatal care at two hospitals in Chonburi. The sample was selected by simple random sampling. Data were collected by questionnaires developed and modified from the concept of health beliefs model between October 2024 and March 2025. Research instruments were questionnaires related to diabetes preventive behavior, perceived gestational diabetes mellitus risk, perceived GDM severity, perceived preventive-behavior benefit, perceived preventive-behavior barrier, perceived preventive-behavior self-efficacy, and social support. Content validity indices ranged from .86 to 1.0 and the reliability ranged from .74 to .94. Data were analyzed by descriptive statistics and standard multiple regression.

Study resulted that participants had GDM preventive behavior at a moderate level ($M = 43.81$, $SD = 7.68$). Perceived GDM risk, Perceived GDM severity, Perceived preventive-behavior benefit, Perceived preventive-behavior barrier, Perceived preventive-behavior self-efficacy, and Social support jointly explained 23% ($R^2 = .230$, $F_{(6,160)} = 7.630$, $p = .003$) of the variance in preventive behavior. However, perceived self-efficacy ($\beta = .24$, $p = .003$) and social support ($\beta = .22$, $p = .005$) mostly influenced preventive behavior. Thus, nurses taking care of pregnant women would promote women's GDM preventive behavior by encouraging their perceived self-efficacy and their social support in order to decrease GDM occurrence.

Key words: Diabetes preventive behavior, Gestational diabetes mellitus, Pregnant women at risk

¹ Student of Master of Nursing Science Program Midwifery Faculty of Nursing, Burapha University

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: tatirat@yahoo.com

บทนำ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความชุกของโรคเพิ่มขึ้นทั่วโลก จากการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมในช่วงปี ค.ศ. 2005-2015 จำนวน 36 ประเทศ พบว่า พื้นที่ตะวันออกกลางและแอฟริกาเหนือมีค่ามัธยฐานความชุกของเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงสุดร้อยละ 12.9 รองลงมาคือ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีค่ามัธยฐานความชุกร้อยละ 11.7 (Zhu & Zhang, 2016) ในปี พ.ศ. 2561 ทวีปเอเชียพบสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 11.5 โดยประเทศไต้หวันและฮ่องกงพบความชุกมากที่สุด (ร้อยละ 38.6 และ 32.5 ตามลำดับ) (Lee et al., 2017) ส่วนประเทศจีนพบร้อยละ 17.6-24.2 (Juan & Yang, 2020) สำหรับประเทศไทยพบความชุกของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 17.1 (Lee et al., 2017) จากความชุกของโรคที่เพิ่มขึ้น การป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีระวิทยาาร่วมกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุมากกว่า 30 ปี (Kanthiya, Luangdansakul, Wacharasint, Prommas, & Smanchat, 2013) ประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรงพบ 3.46 เท่า (Moosazadeh et al., 2017) ค่าดัชนีมวลกายสูงก่อนตั้งครรภ์ในกลุ่มภาวะโภชนาการเกินและอ้วน พบ 2-8 เท่า (Chu et al., 2007) ประวัติคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม พบร้อยละ 4.3 และเคยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงร้อยละ 26.1 (Ali, Mehrass, Al-Adhroey, Al-Shammakh, & Amran, 2016) ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และการผ่อนคลายความเครียด โดยเลือกรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เนื้อสัตว์ที่มีไขมันน้อย ผักและผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด จากการศึกษาพบว่า การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 41 (Zhang et al., 2014) ส่วนการมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำสามารถลดโอกาสเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Vukas et al, 2018) ช่วยเพิ่มความไวต่ออินซูลินและการเพิ่มฤทธิ์ของอินซูลิน จึงลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน และการลดความเสี่ยงของการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Zhang, Rawal, & Chong, 2016) นอกจากนี้ ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดเบาหวาน โดยผลให้หลังคอร์ติซอลไปยับยั้งการทำงานของอินซูลินและกระตุ้นการหลั่งของกลูคากอน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ดังนั้นการผ่อนคลายความเครียดจึงช่วยลดภาวะเบาหวานได้ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ชีวิตให้มีสุขภาพดีในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และมีระดับความเครียดต่ำ ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 21 (Badon et al., 2017)

จากรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock, Strecher, and Becker (1994) กล่าวว่า ความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล หากบุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุคคลที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง และมีการรับรู้อุปสรรคต่ำ จะมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคที่เหมาะสม ดังการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($\beta = .27, p < .001$) (Kaewsri-ngam, Niruntraradon, & Watthana, 2016) การรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ ($\beta = .639, p < .001$; $\beta = .179, p = .025$) (Singtan, Techasakri, & Supaseemanon, 2023) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมักมีความสัมพันธ์ทางบวกและการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม

การป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = -.909$, $p < .001$) (Sroinark, Kompayak, & Phansri, 2019) และเนื่องด้วยจังหวัดชลบุรีเป็นพื้นที่อุตสาหกรรม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพในบริษัทหรือโรงงานอุตสาหกรรม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ จึงมีเวลาค่อนข้างน้อยในการศึกษาหาข้อมูล สตรีตั้งครรภ์อาจมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่ครบถ้วนหรือนั่งอาหารสำเร็จรูป ขาดการออกกำลังกาย แนวคิดด้านสุขภาพจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การศึกษานี้จึงใช้แนวคิดด้านสุขภาพ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือโปรแกรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แต่ประเทศไทยยังมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มที่เป็นเบาหวาน ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้ลดอัตราการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

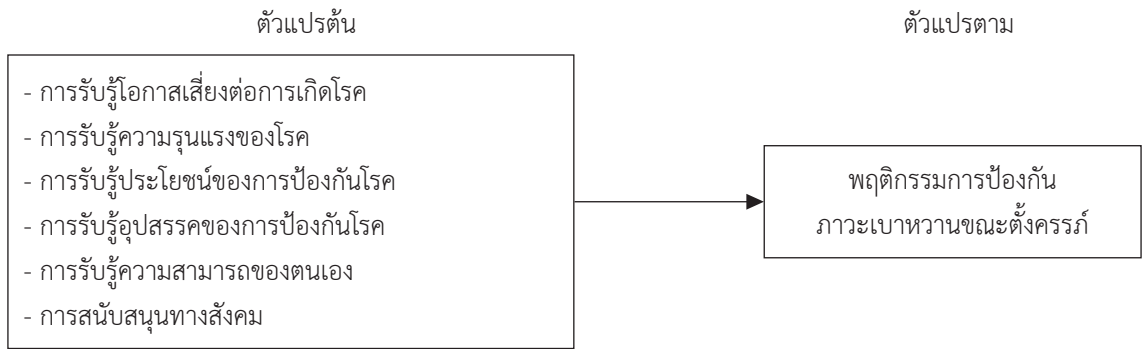
1. ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์
2. ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Rosenstock et al., 1994) เชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล หากสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานต่อตนเองและบุตร รับรู้ความสามารถของตนเอง และได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แต่หากมีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคสูง จะส่งผลให้ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบงานวิจัย การวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research design)

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี โดยคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ 1) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งหมดตามเกณฑ์การคัดกรองความเสี่ยงของโรงพยาบาลศิริราช ได้แก่ อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ตั้งแต่ 25 kg/m² ขึ้นไป ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน ประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน หรือประวัติคลอดบุตรที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 4,000 กรัมขึ้นไป 2) อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป 3) อายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไป 4) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรคเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ หรือโรคที่เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และ 5) พูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.4 ทดสอบการถดถอยพหุคูณ กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 และกำหนดค่าอิทธิพลในระดับปานกลาง เท่ากับ 0.15 การศึกษานี้มีตัวแปรต้น 6 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 146 ราย และผู้วิจัยป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่ครบและไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2002) ได้กลุ่มตัวอย่าง 161 คน และตัดข้อมูลที่มีค่าผิดปกติ (outliers) จำนวน 1 ราย เหลือกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ 160 ราย กำหนดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์เดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ได้กลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลชลบุรี 137 คน และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา 23 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบง่าย โดยการจับฉลากจากลำดับหมายเลขคิว โดยใช้เลขคู่ และเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ในแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 8 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และ การคลอด ส่วนสูง น้ำหนัก ประวัติโรคประจำตัว ประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของ Kharabut, Techasakri, and Siriarunrat (2022) และแบบสอบถามการจัดการตนเองในขณะตั้งครรภ์ของ Techasakri et al. (2017) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกาย และการผ่อนคลายความเครียด มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) การแปลผล แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 20-39 คะแนน หมายถึงมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระดับต่ำ 40-59 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระดับปานกลาง 60-80 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระดับสูง

3. แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) การแปลผล แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 7-14 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับต่ำ 15-21 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับปานกลาง 22-28 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับสูง

4. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของ Antrinn, Techasakri, and Supaseemanon (2020) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อสุขภาพของตนเองและบุตร มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) การแปลผล แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 10-20 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับต่ำ 21-30 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง 31-40 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง

5. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานของ Singtan et al. (2023) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย และการผ่อนคลายความเครียด มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) การแปลผล แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 10-20 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคระดับต่ำ 21-30 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคระดับปานกลาง 31-40 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคระดับสูง

6. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวานของ Singtan et al. (2023) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย และการผ่อนคลายความเครียด มีข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ลักษณะเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) การแปลผล แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 11-21 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคระดับต่ำ 22-33 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคระดับปานกลาง 34-44 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคระดับสูง

7. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของ Kharabut et al. (2022) และแบบสอบถามการจัดการตนเองในขณะตั้งครรภ์ของ Techasakri et al. (2017) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย และการผ่อนคลายความเครียด มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) การแปลผล แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 20-39 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับต่ำ 40-59 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับปานกลาง 60-80 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูง

8. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Singtan et al. (2023) และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Techasaksri et al. (2017) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านสิ่งของ และด้านการประเมิน มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) การแปลผล แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 14-27 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ 28-42 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง 43-56 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ และผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโภชนาการ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .96, 1.0, 1.0, .91, .86, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือการวิจัยไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .83, .74, .94, .91, .86, .92 และ .85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อขออนุมัติวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว จึงนำเสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรม และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จึงเข้าพบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์เพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 น. ถึง 12.00 น. โดยพยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์เป็นผู้ศึกษาข้อมูลในสมุดบันทึกการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ และคัดเลือกเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการเก็บข้อมูล และเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 ราย พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปร (Residuals) มีการกระจายปกติและเป็นอิสระต่อกัน พิจารณาจาก KS test ได้ค่า p-value = .20 และค่า Dubin-Watson เท่ากับ 1.87 ไม่เกิด Homoscedasticity และ Outlier และตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง พิจารณาจาก VIF มีค่า 1.18 - 2.03 และ Tolerance มีค่า .49 - .85

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากมหาวิทยาลัยบูรพา (รหัส G-HS 043/2567 วันที่ 12 มิถุนายน 2567) และจากโรงพยาบาลชลบุรี (รหัสโครงการ 109/67/O/q วันที่ 4 ธันวาคม 2567) โดยการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาใช้การรับรองจริยธรรมของมหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมได้ทุกเมื่อ โดยไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาล แบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูล และผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอในรูปแบบภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 32.11 ปี (SD = 4.76) โดยอายุ 31-35 ปี มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 45) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 96.3) และนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.4) มีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด (ร้อยละ 38.8) รองลงมาคือ ระดับมัธยมตอนต้น (ร้อยละ 21.3) ส่วนใหญ่ทำงานประกอบอาชีพ (ร้อยละ 78.1) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 29,756.25 บาทต่อเดือน (SD = 14,758.32) ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง (ร้อยละ 71.2) ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 24.09 (SD = 4.52) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 97.5) เคยมีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 6.9) มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 48.1) กว่าครึ่งได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และการป้องกัน (ร้อยละ 59.4) โดยแหล่งข้อมูลที่ได้รับมากที่สุดคือ ข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ (social media) (ร้อยละ 34.4)

2. พฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และปัจจัยที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง และมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และปัจจัยที่ศึกษา (n = 160)

ตัวแปร	Range		M	SD	ระดับ
	Possible	Actual			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	7-28	9-28	21.02	4.23	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	10-40	10-40	31.22	6.82	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	10-40	10-40	32.61	5.05	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค	11-44	14-44	28.61	6.14	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	20-80	25-80	55.18	10.92	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	14-56	20-56	43.81	7.68	สูง
พฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์	20-80	35-69	43.81	7.68	ปานกลาง

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 23 ($R^2 = .23$, $F_{(6,160)} = 7.63$, $p < .001$) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .24$, $p = .003$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .22$, $p = .005$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากที่สุด

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สมการถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์
($n = 160$)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	β	t	p-value
constant	37.79	3.68		10.27	<.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	.27	.14	.19	1.92	.057
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	-.18	.09	-.20	-2.00	.047
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	.22	.10	.19	2.25	.026
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค	-.16	.08	-.17	-2.16	.032
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.13	.04	.24	3.01	.003
การสนับสนุนทางสังคม	.17	.06	.22	2.88	.005

$R = .480, R^2 = .230, R^2 Adjust = .200, F_{(6,160)} = 7.63, p < .001$

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.81 (SD = 7.68) ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 80) และเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานประกอบอาชีพ (ร้อยละ 78.1) โดยเฉพาะทำงานในบริษัทหรือโรงงานอุตสาหกรรม (ร้อยละ 39.4) ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ จึงมีเวลาค่อนข้างน้อยในการศึกษาหาข้อมูลและการได้รับข้อมูลหรือความรู้ไม่เพียงพอจากบุคลากรสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษานี้พบว่า มีเพียงร้อยละ 16.9 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และการป้องกันจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งอาจไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมประจำวันที่ต้องดูแลตนเองเพิ่มเติมจากปกติ เช่น รับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($\chi^2 = 17.16, p = .05$) (Nittinara & Srisungnoen, 2019) ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($\beta = -.20$) กล่าวคือ ถ้าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ไม่เหมาะสม เนื่องจากหากการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมามากเกินไป หรือไม่ได้มาพร้อมกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรคที่ถูกต้อง อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลในทางลบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ สอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่า (Rosenstock et al., 1994) ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบของโรคที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล ดังนั้นหากหญิงตั้งครรภ์มีความตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จะมีผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ($\beta = .18, p < .05$) (Kaewsri-ngam et al., 2016)

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($\beta = .19$) กล่าวคือ ถ้าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคในระดับสูง เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย หรือการผ่อนคลายความเครียดมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง จะ

ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่อธิบายว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นความเชื่อว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะช่วยลดความเสี่ยงหรือป้องกันผลกระทบจากการเป็นโรคได้ (Rosenstock et al., 1994) ดังนั้น หากสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดี เช่น การรับประทานอาหารสุขภาพและการออกกำลังกายเป็นประจำช่วยลดการเกิดภาวะเบาหวาน จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = .38, p < .001$) (Jindawatthanawong, Piasue, & Nintachan, 2012) และศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ($\beta = .27, p < .001$) (Kaewsri-ngam et al., 2016)

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($\beta = -.17$) กล่าวคือ ถ้าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคในระดับสูง ดังแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่อธิบายว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความยุ่งยากและลำบาก จะมีผลให้หลีกเลี่ยงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้เหมาะสม (Rosenstock et al., 1994) ดังนั้น หากหญิงตั้งครรภ์เชื่อว่าการป้องกันโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารและการออกกำลังกายมีความยากลำบาก จะส่งผลให้ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ดังการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = -.909, p < .001$) (Sroinark et al., 2019)

การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($\beta = .24$) กล่าวคือ หากหญิงตั้งครรภ์มั่นใจว่าตนเองสามารถควบคุมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งจัดการความเครียดได้ดี จะมีผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ และเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคม (Bandura, 1998) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al., 1994) สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ ($\beta = .639, p < .001$) (Singtan et al., 2023)

การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($\beta = .22$) อธิบายได้ว่า หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากสามี ครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การให้กำลังใจ การเตรียมอาหาร การพาไปตรวจรักษา และการได้รับข้อมูลสุขภาพเพียงพอ จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al., 1994) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ช่วยกระตุ้นให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ($r = .36, p < .001$) (Gamaroudi et al., 2021) และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($\beta = .179, p < .001$) (Singtan et al., 2023)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง (ร้อยละ 71.4) และไม่มีประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 93.2) อาจมีผลต่อความเชื่อที่ตนเองไม่น่าจะเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จึงไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่า หากบุคคลรับรู้ว่าตนเอง

มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรค จะเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสม (Rosenstock et al., 1994) แต่สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ (Singtan et al., 2023)

การนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลควรส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเน้นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้บริการหรือโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

References

- Ali, A. D., Mehrass, A. A.-K., Al-Adhroey, A. H., Al-Shammakh, A. A., & Amran, A. A. (2016). Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Yemen. *International Journal of Women's Health, 8*, 35-41. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S97502>
- Antrinn, S., Techasakri, T., & Supaseemanon, W. (2020). Factors influencing stress in women with gestational diabetes. *Journal of Nursing Burapha University, 28*(1), 12-25. [In Thai]
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health, 13*, 623-649.
- Badon, S. E., Enquobahrie, D. A., Wartko, P. D., Miller, R. S., Qui, C., Gelaye, B., Sorensen, T., & Williams, M. A. (2017). Healthy lifestyle during early pregnancy and risk of gestational diabetes mellitus. *American Journal of Epidemiology, 186*(3), 326-333. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx130>
- Garmaroudi, G., Eftekhari, H., Zarei, F., & Khalajabadi Farahani, F. (2021). Association between perceived social support and health-promoting lifestyle in pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth, 21*, Article 226. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03732-2>
- Jindawatthanawong, A., Piasue, N., & Nintachan, P. (2012). Relationship between health belief perception and type 2 diabetes prevention behavior among upper secondary school students. *ramathibodi nursing journal, 18*(1), 58-69. [In Thai]
- Juan, J. & Yang, H. (2020). Prevalence, prevention, and lifestyle intervention of gestational diabetes mellitus in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(9517), 1-14.

- Kaewsri-ngam, P., Niruntraradon, M., & Watthana, C. (2016). Predictive factors of type 2 diabetes prevention behaviors among people at risk. *Journal of Nursing Science, Chulalongkorn University, 27*(2), 119-131. [In Thai]
- Kharabut, T., Techasaksri, T., & Siriarunrat, S. (2022). Effects of a self-management program on weight control behavior and appropriate gestational weight gain among overweight and obese pregnant women. *Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 9*(2), 40-53. [In Thai]
- Lee, K. W., Ching, S. M., Ramachandran, V., Yee, A., Hoo, F. K., Chia, Y. C., Sulaiman, W. A. W., Suppiah, S., Mohamed, M. H., & Veettil, S. K. (2018). Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth, 18*(494), 1-20.
- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (2nd ed.). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119013563>
- Nittinara, J., & Srisungnoen, L. (2019). Factors related to diabetes prevention behaviors among pregnant women in Sung Noen district, Nakhon Ratchasima province. *Journal of Health Promotion and Environmental Health, 13*(30), 27-43. [In Thai]
- Phosaen, R., Charoensanti, C., & Supavititpatana, B. (2019). Pregnancy-specific stress, social support, and coping in women with gestational diabetes. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, 35*(1), 59-70. [In Thai]
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs, 2*(4), 328-335.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. *Preventing AIDS, 5*-24. doi: 10.1007/978-1-4899-1193-3_2.
- Singtan, J., Techasaksri, T., & Supaseemanon, W. (2023). Predictive factors of diabetes prevention behaviors among postpartum mothers. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 33*(1), 62-73. [In Thai]
- Sroinark, C., Kompayak, J., & Phansri, P. (2019). A study of health belief model and risk of type 2 diabetes among working-age Muslims. *Royal Thai Army Nursing Journal, 19*(Suppl. Issue), 267-277. [In Thai]
- Tamthiangtrong, R., Saengin, S., & Diaointsaret, W. (2017). Predictive factors of nutritional health-promoting behaviors among pregnant teenagers. *Journal of Nursing Burapha University, 25*(1), 49-60. [In Thai]
- Techasaksri, T., Siriarunrat, S., Supphasri, P., Supaseemanon, W., Boonnet, N., & Kwannet, C. (2017). A causal model of quality of life in pregnant women. *Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4*(1), 28-46. [In Thai]
- Zhang, C., Rawal, S., & Chong, Y. S. (2016). Risk factors for gestational diabetes: Is prevention possible? *Diabetologia, 59*(7), 1385-1390. <https://doi.org/10.1007/s00125-016-3979-3>
- Zhu, Y., & Zhang, C. (2016). Prevalence of gestational diabetes and risk of progression to type 2 diabetes: a global perspective. *Current Diabetes Reports, 16*(1), 1-19.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อม ก่อนกลับบ้านในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ

สุนันท์ พรหมรอด, พย.บ.^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ one-group pretest–posttest design มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังสวนหัวใจก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ จำนวน 30 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังสวนหัวใจ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรม เก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 8.10, SD = 2.40) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในระดับสูง (Mean = 13.30, SD = 1.40) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลัง พบว่าคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29) = 9.49, p < .001$) นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยรวม = 4.65, SD = 0.44)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน สามารถเพิ่มระดับความรู้และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรส่งเสริมให้นำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในคลินิกและพัฒนาต่อยอดในงานบริการพยาบาล

คำสำคัญ: สวนหัวใจ การดูแลตนเอง โปรแกรมการให้ความรู้ ผู้ป่วยโรคหัวใจ

¹ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

* ผู้เขียนหลัก e-mail: sunan.promrod@gmail.com

Effectiveness of a Pre-Discharge Education Programme for Patients Undergoing Cardiac Catheterization

Sunun Promrod, B.N.S.^{1*}

Abstract

This study employed a quasi-experimental research design using a one-group pretest-posttest design. The objectives were to compare patients' knowledge of self-care after cardiac catheterization before and after participating in an educational programme and to evaluate their satisfaction with the programme. The sample consisted of 30 patients who underwent cardiac catheterization, selected through simple random sampling. The research instruments included a demographic data record form, a self-care knowledge questionnaire after cardiac catheterization, and a satisfaction questionnaire regarding the educational programme. Data were collected before participation in the programme and four weeks after completion of the programme. Descriptive statistics and paired t-test were used for data analysis.

The results revealed that before participating in the programme, the participants had a low level of knowledge regarding self-care (Mean = 8.10, SD = 2.40). After completing the programme, the level of knowledge increased to a high level (Mean = 13.30, SD = 1.40). A comparison of pretest and posttest scores indicated that the posttest scores were significantly higher than the pretest scores ($t(29) = 9.49, p < .001$). In addition, the participants reported a high level of satisfaction with the programme (overall Mean = 4.65, SD = 0.44).

The findings suggest that the educational programme for discharge preparation effectively enhances patients' knowledge and satisfaction among individuals undergoing cardiac catheterization. Therefore, the program should be promoted for implementation in clinical settings and further developed for use in nursing practice.

Key words: Cardiac catheterization, Self-care, Educational programme, Ischemic heart disease

¹ Ratchaburi Hospital, Ratchaburi Province, Thailand

* Corresponding author e-mail: sunan.promrod@gmail.com

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease) เป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประชากรทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2023) รายงานว่า โรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก คิดเป็นร้อยละ 16 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในปี 2024 หรือประมาณ 8.9 ล้านคนต่อปี สำหรับในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2021) รายงานว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากมะเร็ง โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจร้อยละ 33.53 ต่อประชากรแสนคน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ซึ่งจากข้อมูลของโรงพยาบาลราชบุรี ในปี 2565 - 2567 มียอดผู้ป่วยโรคหัวใจเข้ารับการสวนหลอดเลือดหัวใจจำนวนมากได้แก่ 882 ราย, 1,559 ราย และ 1,436 ราย ตามลำดับ ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดด้วยการสวนหัวใจ (Cardiac Catheterization: Percutaneous Coronary Intervention [PCI]) โดยเป็นหัตถการสำคัญที่ใช้ทั้งในวินิจฉัยและรักษาภาวะตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที อย่างไรก็ตาม หลังจากได้รับการรักษาด้วยการสวนหัวใจ ผู้ป่วยยังคงมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือกลับมามีอาการหัวใจขาดเลือดซ้ำได้อีก หากขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม

การสวนหัวใจ (Cardiac Catheterization) เป็นหัตถการทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการวินิจฉัยและรักษาภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบแคบ ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Morsy, El-Sayed, & Mohamed, 2020) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจจำเป็นต้องได้รับการดูแลตนเองต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะตกเลือดบริเวณแผลที่ทำหัตถการ การติดเชื้อบริเวณแผลที่ทำหัตถการ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ หรือภาวะวูบหมดสติที่เกิดขึ้นจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานผิดปกติ ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับดูแลตนเองและการสังเกตอาการผิดปกติก่อนจำหน่ายจึงมีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลตนเองหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติในระดับสากลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผลการศึกษาหลายฉบับพบว่า การให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้านแบบมีโครงสร้างช่วยลดระดับความวิตกกังวล เพิ่มการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วย และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันได้อย่างมีนัยสำคัญ (Akbari et al., 2015; Morsy et al., 2020)

สำหรับบริบทในประเทศไทย แม้ว่าจะมีการให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจในหลายโรงพยาบาล แต่ยังคงขาดการจัดทำ “โปรแกรมให้ความรู้ที่เป็นระบบ มีรูปแบบชัดเจน และผ่านการประเมินประสิทธิภาพทางวิชาการ” โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับภูมิภาคที่มีภาวะผู้ป่วยจำนวนมาก ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจมักพักรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 24-48 ชั่วโมงหลังทำหัตถการก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน (Amsterdam et al., 2014) ทำให้ช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงสำคัญในการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยมักดำเนินการในรูปแบบ การให้คำแนะนำแบบปากเปล่าหรือเอกสารสั้น ๆ ก่อนจำหน่าย ซึ่งขึ้นอยู่กับเวลาและภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้การให้ข้อมูลอาจไม่ครอบคลุมหรือไม่เป็นระบบ ผู้ป่วยบางรายยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังการสวนหัวใจไม่เพียงพอ เช่น การดูแลแผลบริเวณตำแหน่งใส่สายสวน การรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ โดยพบว่า การให้ความรู้ก่อนจำหน่ายอย่างเป็นทางการสามารถช่วยเพิ่มความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และลดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาได้

โรงพยาบาลราชบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำเขตสุขภาพที่ 5 และมีศูนย์สวนหัวใจที่รองรับผู้ป่วยจากจังหวัดราชบุรีและพื้นที่ใกล้เคียง ยังไม่มีการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจในรูปแบบที่เป็นระบบและชัดเจน จากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างของการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา

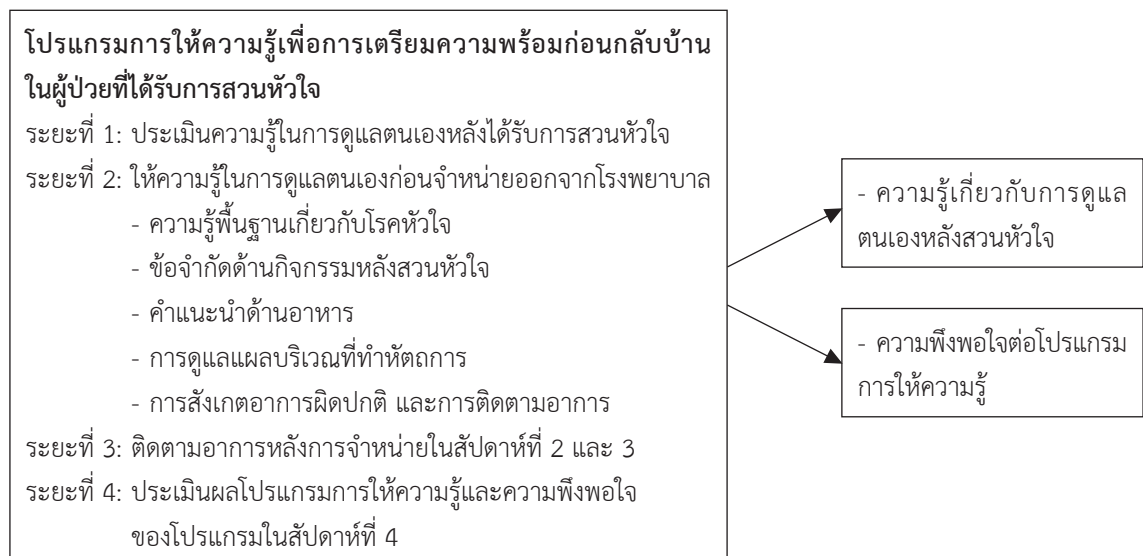
ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นการออกแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลระดับภูมิภาคและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลตนเองหลังการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังได้รับการสวนหัวใจก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนกลับบ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้อิงแนวคิดจาก Orem's Self-Care Theory (Tanaka, 2022) ซึ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมหลังการรักษา โดยผู้วิจัยนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนกลับบ้าน เพื่อส่งเสริมความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการสวนหัวใจ กระบวนการวิจัยเริ่มจากการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังสวนหัวใจ เช่น การดูแลแผล การใส่ยา การปฏิบัติตนให้เหมาะสมเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองหลังจากการได้รับการสวนหัวใจ และสังเกตอาการผิดปกติ โปรแกรมนี้ถูกนำไปใช้กับผู้ป่วยก่อนจำหน่าย โดยประเมินผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ และความพึงพอใจ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ one-group pretest-posttest design มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ โดยเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ รวมทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลราชบุรี คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ (PCI) จำนวน 30 คน โดยศึกษาในช่วงเดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ. 2568

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจชนิดขาดเลือดที่เข้ารับการรักษา (PCI) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจชนิดขาดเลือดที่เข้ารับการรักษา (PCI) และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งได้รับคัดเลือกโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จำนวน 30 ราย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบทางสถิติ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1.9.7 (Erdfelder, Faul, & Buchner, 1996) โดยตั้งค่าดังนี้: การทดสอบทางสถิติใช้ *t-test* สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเดียวกัน (Means: Difference between two dependent means, matched pairs), แบบ one-tailed, กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) กำหนดไว้ที่ 0.5 ซึ่งถือเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen, 1988) ผลการคำนวณพบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม คือ 27 คน ซึ่งจะให้กำลังการทดสอบจริงเท่ากับ .8118 ซึ่งมากกว่าค่าที่กำหนดไว้เล็กน้อย ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาไว้ที่ 30 คน เพื่อรองรับความเสี่ยงจากการขาดหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษ โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 10 เปอร์เซ็นต์ (Srisatidnarukul, 2010)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังสวนหัวใจ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอิงจากวรรณกรรมและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ มีจำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามแบบปรนัย (ถูก/ผิด) แต่ละข้อให้คะแนน 1 หรือ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 15 คะแนน ค่าสูงแสดงถึงระดับความรู้ที่ดี โดยมีการแบ่งคะแนนดังนี้ 0-8 หมายถึงระดับความรู้ในการดูแลตนเองน้อย, 9-12 หมายถึง ระดับความรู้ในการดูแลตนเองปานกลาง และ 13-15 ระดับความรู้ในการดูแลตนเองสูง (Best, 1981)

3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้ความรู้ เป็นแบบสอบถามแบบ Likert scale 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมด้านเนื้อหา ความเข้าใจ ความเหมาะสมของระยะเวลา ความชัดเจนของสื่อ และความสามารถในการนำไปใช้ คะแนนรวม 50 คะแนน ยิ่งได้คะแนนมากยิ่งแสดงถึงความพึงพอใจในระดับสูง โดยมีการแบ่งคะแนนดังนี้ 10-30 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมน้อย, 31-40 หมายถึงมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมปานกลาง และ 41-50 หมายถึงมีคะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรมมาก (Best, 1981) โดยมีการประเมินคะแนนรายด้านของความพึงพอใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอิงจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจหลังสวนหัวใจของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

และคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยเนื้อหา 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการสวนหัวใจ, การดูแลแผลเจาะหลอดเลือด, การรับประทานยาและติดตามอาการ, การปฏิบัติตนหลังกลับบ้าน เช่น อาหาร ออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ โปรแกรมมีรูปแบบการให้ความรู้เป็นรายบุคคล ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที พร้อมเอกสารคู่มือประกอบคำบรรยาย และมีการติดตามผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ และการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยดำเนินการติดตามในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ภายหลังการได้รับโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง และได้ตรวจสอบความชัดเจนและความเหมาะสมของข้อคำถาม ในส่วนโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากสวนหัวใจ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้ความรู้ฯ ผ่านการเห็นชอบและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านหลอดเลือดหัวใจ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดหัวใจ และอายุรแพทย์หัวใจและหลอดเลือด ได้ค่า IOC เท่ากับ .70 และค่า CVI เท่ากับ .77 และ .80 ตามลำดับ (Srisatidnarukul, 2010).

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากสวนหัวใจ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการตรวจโรคที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้ระบุไว้ จำนวน 30 ราย มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.82 โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Srisatidnarukul, 2010)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษามีขั้นตอนในการดำเนินดังนี้ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุมัติจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชบุรี RBHEC 059/68 วันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 และทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และข้อมูลประวัติ เวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักและหลอดเลือด โรงพยาบาลราชบุรี และผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำเค้าโครงวิจัย รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี

1.2 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยที่ผ่านการพิจารณา รวมถึงโครงร่างวิจัย เครื่องมือการวิจัย นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 เมื่อได้รับการพิจารณาและได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรีแล้วผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือด เพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่พยาบาลในการขอใช้ข้อมูลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนด

2.3 ผู้วิจัยทำการแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในฐานะผู้เข้าร่วมการวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างหลังจากกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยโปรแกรมการให้ความรู้ฯ ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

2.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างไปยังห้องประชุมซึ่งมีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างรับการสัมภาษณ์ และการให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบข้อสงสัยได้อย่างอิสระ โดยการตอบแบบสอบถามจะไม่มีถูกหรือผิด และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากสวนหัวใจ ก่อนการให้โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน จากนั้น ระยะที่ 2 ผู้วิจัยให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างตามโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน การให้ความรู้ครั้งนี้จะให้ความรู้ควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ตามปกติ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความรู้ก่อนกลับบ้านและคู่มือในการดูแลตนเอง ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการติดตามอาการหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 เกี่ยวกับการดูแลตนเองและอาการผิดปกติต่าง ๆ ทางโทรศัพท์ ระยะที่ 4 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากสวนหัวใจ พร้อมกับประเมินความพึงพอใจของโปรแกรมโดยการประเมินที่โรงพยาบาลในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามวันนัด

2.5 เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการสัมภาษณ์และเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังการสวนหัวใจ พร้อมเอกสารคู่มือประกอบคำบรรยาย จากนั้นมีการติดตามและทบทวนความรู้กับกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการติดตามในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 เพื่อประเมินการปฏิบัติตามของผู้ป่วย ได้แก่ การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการปฏิบัติตามคำแนะนำหลังกลับบ้าน หลังจากเสร็จสิ้นการติดตาม ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับด้วยตนเอง หากพบข้อสงสัยเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะสอบถามเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์

2.6 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

2.7 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ลงรหัสและวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลตัวแปร ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากสวนหัวใจ และความพึงพอใจต่อโปรแกรม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติ t-test กลุ่มเดียวแบบวัดก่อนและหลัง (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากสวนหัวใจ การใช้ Paired t-test เหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ได้รับการวัดสองครั้ง คือ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ทั้งนี้เพื่อประเมินประสิทธิผลของการให้ความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significance level) กำหนดไว้ที่ 0.05

ก่อนการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติของค่าผลต่างคะแนนก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test และการพิจารณากราฟ พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงใกล้เคียงแบบปกติ จึงเหมาะสมต่อการใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชบุรี เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ รหัสโครงการ RBHEC 059/68 ได้รับอนุมัติวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 เป็นระยะเวลา 1 ปี และได้มีการทำหนังสือการใช้ข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี โดยการวิจัยนี้ได้มีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ต่อการเข้าร่วม และสิทธิต่าง ๆ ต่อผู้เข้าร่วมโครงการที่จะได้รับ รวมถึงสิทธิในการถอดตัวออกจากงานวิจัย และมีการเซ็นยินยอมก่อนการเข้าร่วมวิจัยอย่างสมัครใจ หลังจากเผยแพร่งานวิจัย 1 ปี ข้อมูลจะถูกทำลาย

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้รับการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังสวนหัวใจ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และมีการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประวัติโรคประจำตัว และข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ ดังรายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	56.70
หญิง	13	43.30
อายุ (ปี)		
≤ 60	8	26.70
56-64	13	43.3
≥ 65	9	30.0
Mean = 64.37, SD = 8.21		
สถานภาพสมรส		
สมรส	19	63.30
แยกกันอยู่/หม้าย/หย่า	8	26.70
โสด	3	10.00
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	9	30.00
มัธยมศึกษา	11	36.70
สูงกว่ามัธยมศึกษา	10	33.30
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	21	70.00
เบาหวาน	11	36.70
ไขมันในเลือดสูง	16	53.30

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.70 มีอายุเฉลี่ย 64.37 ปี (SD = 8.21) มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 63.30 ระดับการศึกษาาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.70 และพบว่าโรคประจำตัวที่พบบ่อยมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 70.00

ส่วนที่ 2 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรม การให้ความรู้เพื่อเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน ดังรายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง หลังสวนหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 30)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	Mean	SD
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังสวนหัวใจ (ก่อนรับโปรแกรม)	0-15	3-13	8.10	2.40
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังสวนหัวใจ (หลังรับโปรแกรม)	0-15	10-15	13.30	1.40

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนรับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังสวนหัวใจ เฉลี่ยเท่ากับ 8.10 คะแนน (SD = 2.40) ระดับความรู้ค่อนข้างต่ำถึงปานกลาง หลังรับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 13.30 คะแนน (SD = 1.40) ซึ่งอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังสวนหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ดังรายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังสวนหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน (n = 30)

ระยะเวลาประเมิน	Mean	SD	t (df)	p-value
ก่อนรับโปรแกรม	8.10	2.40	9.49 (29)	<.001
หลังรับโปรแกรม	13.30	1.40		

จากตารางที่ 3 คะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29) = 9.49, p < .001$) แสดงว่าโปรแกรมการให้ความรู้มีประสิทธิผล ในการเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังได้รับการสวนหัวใจ

ส่วนที่ 4 คะแนนความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน ดังรายละเอียด แสดงไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ (n = 30)

รายด้าน	Mean	SD	ระดับ
เนื้อหาถูกต้องและเป็นประโยชน์	4.73	0.45	มาก
สื่อและการอธิบายเข้าใจง่าย	4.67	0.48	มาก
ระยะเวลาเหมาะสม	4.42	0.63	มาก
นำไปใช้ได้จริง	4.80	0.40	มาก
ค่าเฉลี่ยรวมความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ	4.65	0.44	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.65, SD = 0.44) โดยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความสามารถในการนำไปใช้ได้จริงมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.80, SD = 0.40) รองลงมาคือด้านเนื้อหาถูกต้องและเป็นประโยชน์ (Mean = 4.73, SD = 0.45) และด้านสื่อและการอธิบายเข้าใจง่าย (Mean = 4.67, SD = 0.48) ส่วนด้านระยะเวลาเหมาะสมมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 4.42, SD = 0.63) แต่ยังคงอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่างได้เป็นอย่างดี

อภิปรายผล

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านสามารถเพิ่มระดับความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิผลในการส่งเสริมความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้จากลักษณะของโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งมีการจัดเนื้อหาอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังการสวนหัวใจ ได้แก่ การดูแลแผล การเข้ายา การเคลื่อนไหวร่างกาย และการสังเกตอาการผิดปกติ พร้อมทั้งใช้สื่อประกอบการสอนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ทำให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงความรู้กับสถานการณ์จริงและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคร่วมหลายชนิด เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ และต้องการการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การที่ผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายชนิดทำให้การดูแลตนเองมีความซับซ้อน จึงจำเป็นต้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และเข้าใจง่ายก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับความรู้และคำแนะนำที่เหมาะสมก่อนจำหน่ายสามารถปรับตัวและดูแลตนเองได้ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และลดโอกาสการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (American Heart Association, 2022)

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังขาดความเข้าใจที่เพียงพอเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังการสวนหัวใจ โดยเฉพาะเรื่องการดูแลแผล การเข้ายา การเคลื่อนไหว และการสังเกตอาการผิดปกติ เมื่อได้รับโปรแกรมที่มีการจัดลำดับเนื้อหาอย่างเป็นขั้นตอนและอธิบายด้วยตัวอย่างสถานการณ์จริง ผู้ป่วยจึงสามารถเข้าใจและจดจำเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ที่ระบุว่า ผู้ใหญ่เรียนรู้ได้ดีเมื่อเนื้อหามีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิตและสามารถนำไปใช้ได้จริง (Knowles, Holton, & Swanson, 2014)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานการวิจัยหลายฉบับที่พบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรค และช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Piepoli et al., 2016; Anderson et al., 2016; Shan et al., 2023; Ghisi et al., 2014) นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาที่ดำเนินการในประเทศไทย ซึ่งพบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสามารถช่วยเพิ่มระดับความรู้ ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมภายหลังการรักษา

ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) ซึ่งเน้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล หรือ Self-Care Agency ผ่านการให้ความรู้ การสนับสนุน และการเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลและคำแนะนำที่เหมาะสม จะสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สามารถควบคุมอาการของโรค ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ในส่วนของความพึงพอใจต่อโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยเฉพาะด้านความสามารถในการนำไปใช้จริง ซึ่งได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด สะท้อนให้เห็นว่าเนื้อหาและวิธีการสอนสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ด้านระยะเวลาเหมาะสมได้รับคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น แม้ว่าจะคงอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยบางรายอาจต้องการเวลาเพิ่มเติมหรือการทบทวนเนื้อหามากขึ้น ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการปรับปรุงโปรแกรมในอนาคต

โดยสรุป โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านเป็นแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ เพื่อเพิ่มระดับความรู้และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทั้งนี้ควรมีการติดตามผลในระยะยาวและเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันผลลัพธ์ให้ชัดเจนยิ่งขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ ประการแรก รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ของการศึกษาได้ ประการที่สอง กลุ่มตัวอย่างมีการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว จึงอาจทำให้ผลการศึกษายังไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับประชากรผู้ป่วยในบริบทอื่นได้อย่างกว้างขวาง

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนกลับบ้านช่วยเพิ่มความรู้และความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจอย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรถูกบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย พร้อมจัดสื่อสนับสนุนที่เข้าใจง่ายและมีการติดตามต่อเนื่องหลังกลับบ้าน เพื่อเสริมความปลอดภัยและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

References

- Amsterdam, E. A., Wenger, N. K., Brindis, R. G., Casey, D. E., Jr, Ganiats, T. G., Holmes, D. R., Jr, Jaffe, A. S., Jneid, H., Kelly, R. F., Kontos, M. C., Levine, G. N., Liebson, P. R., Mukherjee, D., Peterson, E. D., Sabatine, M. S., Smalling, R. W., & Zieman, S. J. (2014). 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes. *Journal of the American College of Cardiology*, *64*(24), e139-e228. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.09.017>
- American Heart Association. (2022). *Cardiac catheterization and coronary angiography: Patient care guidelines*. Dallas, TX: American Heart Association. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001038>
- Anderson, L., Thompson, D. R., Oldridge, N., Zwisler, A., Rees, K., Martin, N., & Taylor, R. S. (2016). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, *67*(1), 1-12. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008895.pub3>
- Akbari, M., & Celik, S. S. (2015). The effects of discharge training and counseling on post-discharge problems in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, *20*(4), 442-449. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.161007>
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). G*Power: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, *28*(1), 1-11.
- Ghisi, G. L. M., Grace, S. L., Thomas, S., Evans, M. F., Sawula, H., & Oh, P. (2014). Healthcare providers' awareness of the information needs of their cardiac rehabilitation patients throughout the program continuum. *Patient Education and Counseling*, *95*(1), 143-150. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.12.020>
- Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (2014). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (8th ed.). New York, NY: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315816951>
- Ministry of Public Health, Strategy and Planning Division. (2021). *Public health statistics 2020 Internet*. Bangkok, Thailand: Ministry of Public Health. Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf
- Morsy, N. E., El-Sayed, E. M., & Mohamed, H. A. (2020). Effect of discharge planning on patients' outcomes post cardiac catheterization. *Journal of Nursing and Health Science*, *9*(1), 45-52. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2019.252377>

- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M. T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S., Hobbs, F. D. R., Løchen, M., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., Richter, D. J., ... ESC Scientific Document Group (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European heart journal*, 37(29), 2315-2381. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
- Shan, Y., Chen, J., Zhou, S., & Wen, G. (2023). Nursing interventions and care strategies for patients with coronary heart disease: A comprehensive review. *Galen Medical Journal*, 12, e2994. <https://doi.org/10.31661/gmj.v12i.2994>
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2021). *Public health statistics A.D. 2021*. Nonthaburi, Thailand: Ministry of Public Health.
- Sirstidnarakul, B. J. (2010). *Nursing research methodology* (4th ed.). Bangkok: U&I Intermedia.
- Tanaka, M. (2022). Orem's nursing self-care deficit theory: A theoretical analysis focusing on its philosophical and sociological foundation. *Nursing Forum*, 57(3), 480-485. <https://doi.org/10.1111/nuf.12696>
- World Health Organization. (2023). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Retrieved from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สุภารัตน์ จันทวรรณนท์, พย.ม.¹ ปณิชา พลพินิจ, Ph.D.^{2*} ชุติมา ฉันทมิตรโสภาส, Ph.D.²

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสำคัญในการรักษาและการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 125 ราย ที่มาติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรี ระดับปฐมภูมิ และระดับทุติยภูมิ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร = .84 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง = .80 ความวิตกกังวล = .84 การรับรู้ความสามารถของตนเอง = .84 การสนับสนุนทางสังคม = .91 พฤติกรรมการจัดการตนเอง = .80 คุณภาพชีวิต = .81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Enter

ผลการการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 65.47, SD = 13.01$) การได้รับข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการจัดการตนเอง สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 53.9 ($R^2 = .539, p < .001$) โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นตัวแปรที่ทำนายได้มากที่สุด ($\beta = .618, p < .001$) รองลงมาได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ($\beta = .293, p < .001$) ความวิตกกังวล ($\beta = .249, p < .01$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .163, p < .05$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .143, p < .05$) และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ($\beta = .126, p > .05$) ตามลำดับ

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เป็นบริบทจำเพาะของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และป้องกันโรคอื่น ๆ ได้ ทั้งโรคติดต่อทั่วไป โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำตามบริบทของแต่ละพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพประสิทธิผลยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คุณภาพชีวิต การรับรู้ความรุนแรงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ความวิตกกังวล พฤติกรรมการจัดการตนเอง

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: ponpanicha@nurse.buu.ac.th

Factors Predicting the Quality of Life among Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients after Covid-19 Pandemic

Sudarat Chantanawaranon, M.N.S.¹, Panicha Pornpinij Ph.D.^{2*}, Chutima Chantamit-o-pas, Ph.D.²

Abstract

Quality of life is an important goal of the treatment and management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. After the outbreak of COVID-19, COPD patients are considered a high-risk group. This research aimed to study the predictors of quality of life of COPD patients after the outbreak of COVID-19. The sample consisted of 125 COPD patients who visited the outpatient department, COPD clinic, Primary and secondary hospitals. The research instruments included a personal data and health status assessment form, information exposure, perception of severity of COVID-19 in COPD patients, anxiety, self-efficacy perception, social support, self-management behaviors, and a health perception questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Enter multiple regression analysis.

The results of the study found that the overall quality of life of COPD patients after the outbreak of COVID-19 was good ($M = 65.47$, $SD = 13.01$). Information exposure, perceived severity of coronavirus disease, anxiety, self-efficacy, social support, and self-management behaviors can jointly predict the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease after the outbreak of COVID-19 by 53.9 percent ($R^2 = .539$, $p < .001$). Perceived severity of coronavirus disease 2019 was the most predictive variable ($\beta = .618$, $p < .001$), followed by self-management behavior ($\beta = .293$, $p < .001$), anxiety ($\beta = .249$, $p < .01$), social support ($\beta = .163$, $p < .05$), self-efficacy ($\beta = .143$, $p < .05$), and information exposure ($\beta = .126$, $p < .05$), respectively.

The results of this study can be used as a guideline to promote quality of life by recognizing that the severity of COVID-19 especially after the outbreak of COVID-19, which is a specific context of emerging infectious diseases. It can be applied to promote quality of life and prevent other diseases, including common infectious diseases, emerging diseases, and re-emerging diseases, according to the context of each area, to be more effective and efficient.

Key words: Chronic obstructive pulmonary disease, Quality of life, Perceived severity of COVID-19, Anxiety, Self-management behavior

¹ Student of Master degree of Nursing Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: ponpanicha@nurse.buu.ac.th

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประชากรโลก (World Health Organization, 2024) สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 คิดเป็นร้อยละ 0.40, 0.42 และ 0.41 ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนทั้งหมด 14 ล้านคน และพบอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคิดเป็น 14.21, 13.52 และ 16.27 ต่อประชากรแสน ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2024) นอกจากนี้จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า จังหวัดชลบุรีมีอัตราป่วยด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้นจาก 1,975 ราย ในปี พ.ศ. 2566 เป็น 2,229 ราย ในปี พ.ศ. 2567

ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงและเปราะบาง เพราะนอกจากจะเกิดการติดเชื้อง่ายแล้วยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรุนแรง เกิดการเสียชีวิตได้ง่าย ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Nikoloski et al., 2021)

คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการรักษาและการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Aldhahi et al., 2023) เป็นการรับรู้หรือมุมมองของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาวะชีวิตตนเอง ภายใต้บริบททางวัฒนธรรม และระบบคุณค่าที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความหวังโยของบุคคล (Phuthong, 2003) องค์การอนามัยโลกระบุถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบไปด้วย ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ในผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง คุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับการรับรู้ภาวะสุขภาพหรือที่เรียกว่า คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health-related quality of life [HRQOL])

การศึกษาคุณภาพชีวิตที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดี (Gvozdanovic et al., 2021) โดยเฉพาะภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ส่งผลกระทบต่อความรู้ทางสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมกับการต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต โดยการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tantinantrakun et al., 2021) ทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตลดลง อย่างไรก็ตาม ในยังมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังมีจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

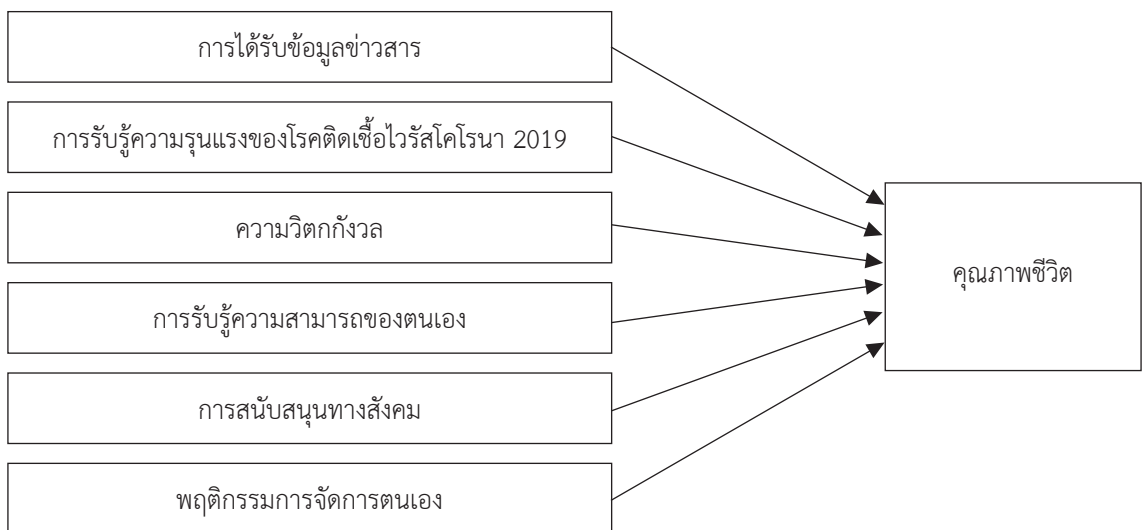
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค The Protection Motivation Theory (Rogers et al., 1983) และการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ประกอบไปด้วย มโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ ได้แก่ 1) แหล่งข้อมูล 2) กระบวนการที่เป็นสื่อกลางในการรับรู้ และ 3) การเผชิญปัญหา

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และเกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต รวมทั้งคุณภาพชีวิต หากผู้ป่วยมีความเชื่อหรือรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และรับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิต จะเกิดการปฏิบัติที่เหมาะสมจะเกิดผลดีทำให้ผู้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองในการป้องกันโรคได้ แต่ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยรับรู้ว่ามีโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตในระดับที่มากอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ นำไปสู่การปฏิบัติตนและคุณภาพชีวิตได้ (Ahmed et al., 2022) จากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคปัจจัยที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อรูปแบบการตอบสนอง คือแหล่งข้อมูล กระบวนการที่เป็นสื่อกลางในการรับรู้ และการเผชิญปัญหา แหล่งข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลที่มาจากสิ่งแวดล้อมและข้อมูลที่มาจากรายบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นจุดเริ่มต้นของการนำไปสู่กระบวนการที่เป็นสื่อกลางในการรับรู้ในการประเมินภาวะคุกคามที่จะส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันตนเองจากอันตราย โดยมีการยับยั้งด้วยความกลัว (Limsrigam, 2021) จากการทบทวนวรรณกรรมคือ ความวิตกกังวลที่เกิดจากการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นำไปสู่การประเมินการเผชิญปัญหา หลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นโดยมีปัจจัยที่สนับสนุน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตน และแรงสนับสนุนทางสังคม เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ จะทำให้ผู้ป่วยนั้นตัดสินใจในการปฏิบัติในการเผชิญปัญหา และเกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดโรคและคุณภาพชีวิตที่ดี (Napalai et al., 2022) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ความรุนแรงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research)

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการตรวจตามนัด คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรี ระดับปฐมภูมิ และระดับทุติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากกลุ่มประชากรด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ที่มาตรวจตามนัดระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงกุมภาพันธ์ ในปี พ.ศ. 2566 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 2) รับรู้และสติสัมปชัญญะดี ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีค่าคะแนนของแบบทดสอบสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย น้อยกว่า 7 3) อ่าน ฟุด และฟังภาษาไทยได้ 4) มีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประเมินโดยแบบคัดกรองระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับ 2 หรือ 3 และเกณฑ์การคัดออกมีอาการรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหายใจลำบากกำเริบเฉียบพลัน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทำนาย (Power analysis) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ที่ค่าอำนาจทดสอบที่ 0.8 ค่า Effect size = 0.13 (Ellis, 2010) และค่า $\alpha = .05$ จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 20 เพื่อทดแทนกรณีที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์ (Gray, Grove & Burn, 2013) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 125 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบทดสอบสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย (Six Item Cognitive Impairment Test-Thai Version) เป็นแบบประเมินสมรรถภาพสมองและระบบประสาทสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยทดสอบสมรรถภาพสมอง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว ด้านความตั้งใจ ด้านความจำ การศึกษาครั้งนี้ใช้คัดกรองผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่มีโรคร่วมที่ส่งผลต่อการทำงานของสมอง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Aree-ue, S., & Yangcharoen., P.-o. 2020) โดยมีคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน จึงคัดกลุ่มตัวอย่างรายนี้เข้าศึกษา

1.2 แบบคัดกรองระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ฉบับภาษาไทย (The Modified Medical Research Council Dyspnea Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่เล็กน้อย (คะแนน 0) รู้สึกหายใจหอบเมื่อออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น จนถึงรุนแรงที่สุด (คะแนน 4) เหนื่อยเกินกว่าที่จะออกจากบ้านได้ หรือเหนื่อยเมื่อต้องใส่เสื้อผ้าหรือเดินขึ้นบันได แสดงว่ายังมีอาการมากนั้นคือมีความทนต่อการทำกิจกรรมออกแรงได้น้อย หรือมีข้อจำกัดมาก โดยมีคะแนนน้อยกว่า 0-2 คะแนน จึงคัดกลุ่มตัวอย่างรายนี้เข้าศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามแบบเลือกคำตอบและเติมคำ ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแล
2. ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว/โรคร่วม การสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยาที่ใช้ในปัจจุบัน การได้รับวัคซีนโควิด อาการกำเริบเฉียบพลันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยดัดแปลงจาก แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของสำนักสื่อสารสุขภาพกรมควบคุมโรค ของ วิชาญ ปาวัน และคณะ (2562) ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ ซึ่งแบบประเมินการได้รับข้อมูลข่าวสารแบ่งเป็น 2 ด้าน มีด้านแหล่งข้อมูลข่าวสาร 6 ข้อ และ การได้รับข้อมูลข่าวสาร 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบ 5 ระดับ โดยมีช่วงคะแนนเท่ากับ 12-60 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีการได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับต่ำ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ของ Rogers et al. (1983) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดแบบ 5 ระดับ โดยมีช่วงคะแนนเท่ากับ 8-40 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับสูง คะแนนน้อย หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำ

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความวิตกกังวล Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ของ Zigmond and Snaith (1983) 17 ซึ่งแปลฉบับภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ โดยแบ่งเป็นแบบประเมินอาการวิตกกังวลจำนวน 7 ข้อ และแบบประเมินอาการซึมเศร้า 7 ข้อ ข้อ (1, 3, 5, 11, 13, 8) เป็นข้อคำถามด้านบวก ข้อ (7, 9) เป็นข้อคำถามด้านลบ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราวัด มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้คำถามเฉพาะส่วนของการประเมินอาการวิตกกังวล จำนวน 7 ข้อ โดยมีช่วงคะแนนเท่ากับ คะแนนช่วง 0-7 หมายถึง มีอาการวิตกกังวลระดับต่ำ คะแนนช่วง 8-10 หมายถึง มีอาการวิตกกังวลระดับปานกลาง คะแนนช่วง 11-21 หมายถึง มีอาการวิตกกังวลระดับสูง

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งสรณัฐร์น สง่าว (2565) จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบตัวเลข (Numerical rating scale) โดยเป็นเส้นตรงจากตำแหน่ง 0 หมายถึง ไม่มั่นใจเลย จนถึง 10 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 0-120 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) เครื่องมือต้นฉบับที่พัฒนาโดย Zimet et al. (1988) ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดแบบ 7 ระดับ โดยมีช่วงคะแนนเท่ากับ 0-72 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง หมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนน้อย หมายถึง หมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ชุดที่ 7 แบบสอบถามการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งสรณัฐร์น สง่าว (2565) ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ (3, 4, 5, 7, 8, 10, 11 และ 12) คำถามเชิงลบ 4 ข้อ (ข้อ 1, 2, 6 และ 9) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดแบบ 5 ระดับ โดยมีช่วงคะแนนเท่ากับ 12-60 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีการจัดการตนเองสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีการจัดการตนเองต่ำ

ชุดที่ 8 แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-12 เวอร์ชัน 2 (The Short Form Health Survey (SF-12) Ver.2) ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดย วิชัช เกษมทรัพย์ และคณะ (2550) จากเครื่องมือต้นฉบับที่พัฒนาโดย Ware et al. (2009) ในการประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ ที่ครอบคลุมการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติของภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย (Physical Component Scores [PCS]; ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 8) เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด และด้านจิตใจ (Mental Component Scores [MCS]) (ข้อ 6, 7, 9, 10, 11, 12) เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 จนถึง 5 คะแนนดิบอยู่ระหว่าง 12-56 คะแนน จากนั้นแปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน โดยใช้สูตรคะแนน ค่าคะแนนที่เป็นจริงลบ คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้และหารผลต่างของช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ นำค่าที่ได้คูณ 100 จะได้ค่าคะแนนที่แปลงโดยคะแนน 50-100 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดี คะแนนน้อยกว่า 50 หมายถึงมีคุณภาพชีวิตไม่ดี (Maruish, 2012)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสาร และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและดัดแปลงผ่านการประเมินความตรงตามเนื้อหา จากทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ชำนาญการเฉพาะทางระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน โดยแบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสาร และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index CVI) เท่ากับ 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสาร แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ทดสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพญาไทพมคุณ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร = .84 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง = .80 ความวิตกกังวล = .84 การรับรู้ความสามารถของตนเอง = .84 การสนับสนุนทางสังคม = .91 พฤติกรรมการจัดการตนเอง = .80 คุณภาพชีวิต = .81

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส IRB3-076/2565 วันที่ 14 สิงหาคม 2565 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยมีการชี้แจงข้อมูลอย่างชัดเจนถึงสิทธิในการเข้าร่วมวิจัยว่าจะขึ้นอยู่กับความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นอิสระในการเข้าร่วมวิจัยและสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และจะทำลายหลังได้รับการเผยแพร่งานวิจัย 2 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนหลังจากที่ได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่าง
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล รวมถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ หลังจากนั้นให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. อธิบายและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในระหว่างที่นั่งรอตรวจก่อนพบแพทย์ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที และส่งคืนเมื่อตอบแบบประเมินเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปตามมาตรการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ ด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการจัดการตนเองของ ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) แบบ Enter ข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ข้อมูลสถิติสโตแกรมมีการแจกแจง

แบบโค้งปกติ ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระมีค่าคงที่ $P > 0.5$ (Homoscedasticity) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น (Multicollinearity) โดยวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวที่อยู่ในระดับ Interval ไม่มีความสัมพันธ์กันสูงกว่า .85 และ Collinearity statistics: มีค่า Tolerance เข้าใกล้ 0 คือ น้อยกว่า 0.2 ค่า Variance inflation factor (VIF) มากกว่า 4 ซึ่งจากผลการวิเคราะห์อยู่ในเกณฑ์ ดังกล่าว ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน (Independence) ซึ่งค่า Durbin-Watson coefficient 1.914 แสดงว่าไม่เกิด Autocorrelation หรือข้อมูลมีอิสระต่อกัน ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) $F=10.947$ และมีค่า Sig = .001

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 78.4) โดยมีอายุเฉลี่ย 69.1 ปี (SD = 8.64) อยู่ในช่วงอายุสูงกว่า 71-80 ปี ขึ้นไป มากที่สุด (ร้อยละ 44) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 60.8) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.80) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73.6) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64) และมีบุตร/หลาน เป็นผู้ดูแลขณะที่อยู่ที่บ้าน (ร้อยละ 48.8) รองลงมาคือ สามี/ภรรยา (ร้อยละ 42.4) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย 18.50-22.90 kg/m² (ปกติ) (ร้อยละ 55.2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5 ปีขึ้นไปถึง 10 ปี (ร้อยละ 26.4) ไม่มีโรคประจำตัวร่วมอย่างอื่น (ร้อยละ 76) สำหรับผู้ที่มีโรคร่วมส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 22) เคยได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ไม่เกิน 1 ปี (ร้อยละ 66.4) ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข็มที่ 3 (ร้อยละ 54.4) ประวัติการเคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 95.2) ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 4.8) อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-20 ปี (ร้อยละ 63.9) ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่ (ร้อยละ 94.95) ผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่สูบ 5-10 มวนต่อวัน (ร้อยละ 50) เคยเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในรอบ 1 ปี 1 ครั้ง (ร้อยละ 57.9) และและเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน เท่ากับและมากกว่า 2 ครั้ง (ร้อยละ 42)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมเท่ากับ 65.47 จากคะแนนเต็ม 100 (SD = 13.01) โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 36.36 คะแนน และคะแนนสูงสุด 97.72 คะแนน ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 86.4) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีคะแนนอยู่ในช่วง 30-91 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ย 63.76 (SD = 15.19) ซึ่งอยู่ในระดับดี ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีคะแนนอยู่ในช่วง 20-82 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ย 48.20 (SD = 16.09) ซึ่งอยู่ในระดับไม่ดี รายละเอียดดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 125)

คุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ	ช่วงคะแนน		M	SD
			ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
โดยรวม	125	100	0-100	36.36-97.72	65.47	13.01
ระดับดี	108	86.4	50-100	50-97.72		
ระดับไม่ดี	17	13.6	< 50	36.36-47.72		

(Min = 36.36, Max = 97.72, Mean = 65.47, SD = 13.01)

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังสถานการณการแพรระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 125)

คุณภาพชีวิต	ช่วงคะแนน		M	SD	การแปลผล
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง			
ด้านร่างกาย	0-100	30-91	63.76	15.19	ระดับดี
ด้านจิตใจ	0-100	20-82	48.20	16.09	ระดับไม่ดี

ผลการศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการจัดการตนเอง สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังสถานการณการแพรระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 53.9 ($R^2 = .539$, $F_{5,195} = 25.199$, $p < .001$) โดย การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 ($\beta = .618$, $p < .001$) เป็นตัวแปรที่ทำนายได้มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ($\beta = .293$, $p < .001$) ความวิตกกังวล ($\beta = .249$, $p < .01$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.163$, $p < .05$) การรับรู้ความสามารถของตน ($\beta = 0.143$, $p < .05$) และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ($\beta = 0.126$, $p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังสถานการณการแพรระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 125)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	B	T	p-value
Constant	-4.164	1.326		-3.139	.002
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	.130	.066	.126	1.971	.051
การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.677	.107	.618	6.325	<.001
ความวิตกกังวล	.206	.076	.249	2.718	.008
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.115	.052	.143	2.209	.029
การสนับสนุนทางสังคม	.532	.214	.163	2.491	.014
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	.243	.059	.293	4.159	< .001

$$R = .749, R^2 = .562, \text{adjust } R^2 = .539, F_{5,195} = 25.199, p < .001$$

อภิปรายผลการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังสถานการณการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมเท่ากับ 65.47 (SD = 13.01) จากคะแนนเต็ม 100 แม้ว่าอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาพบว่า ค่าคะแนนสูงกว่ากึ่งกลาง ซึ่งมากกว่าค่ากึ่งกลางของแบบสอบถามเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 44 เป็นผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวตามแบบวิถีเดิมกับการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิธีชีวิตแบบใหม่ (New normal) และการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะ Post-Pandemic กลายเป็นโรคประจำถิ่นหรือโรคติดต่อทั่วไปทำให้มีการปรับตัวได้ดีขึ้นหลังจากผ่านสถานการณการแพรระบาด ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปฏิบัติตนเพื่อที่จะปกป้องตนเองจากโรค (Rogers et al., 1983) และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีได้ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่พึงปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายหลังสถานการณ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับที่ร้อยละ 90.90 (Tarika et al., 2022)

เมื่อพิจารณารายด้าน คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย พบว่า อยู่ในระดับที่ ร้อยละ 63.76 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.3 มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง (GOLD 2) มีความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคต่ำถึงปานกลาง ส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพของผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ร้อยละ 57.6 นอกจากนี้ด้วยระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5-10 ปี กลุ่มตัวอย่างอาจได้รับคำแนะนำระหว่างมารักษาตามนัด รวมถึงการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคร่วมต่าง ๆ เช่น อัตราการสูบบุหรี่ พบแค่ร้อยละ 5 ตลอดจนมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยตามมาตรการในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งส่งผลให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสมตามวิถีชีวิตแบบใหม่อย่างเหมาะสมนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาในประเทศไทยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับที่ร้อยละ 85.70 (Tarika et al., 2022)

สำหรับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบว่า อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 48.2 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ที่ระดับ 2 และ 3 แสดงถึงสมรรถภาพการทำงานของปอดอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญกับการเกิดขึ้นร่วมกันของอาการต่างๆ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า อาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Jones PW et al., 2009) และการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 10 ปี ที่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นประจำอย่างต่อเนื่องนั้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจแย่กว่าคนทั่วไป อีกทั้งในด้านความกลัว ความวิตกกังวล ต่อการติดเชื้อ รวมถึงการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การมีระยะห่างทางสังคม แม้จะมีมาตรการผ่อนปรน การล็อกดาวน์ แต่อย่างไรก็ตามในจังหวัดชลบุรีเป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดที่เฝ้าระวังสูงเนื่องจากมีอัตราการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้คุณภาพชีวิตลดลง การศึกษาในต่างประเทศพบว่า ภายหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความเครียดสูง ร้อยละ 10.6 ซึมเศร้า ร้อยละ 31.5 และอาการซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องทางคลินิกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตที่แย่ลง (Gao et al., 2024)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\beta = .618, p < .001$) โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นการที่บุคคลเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้น ๆ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง โดยกระบวนการรับรู้ความรุนแรงเป็นข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว นำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้น (Rogers et al., 1983) ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก จึงส่งผลให้ปฏิบัติตามคำแนะนำตามแนวทางการรักษาและการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร่วมกับการป้องกันโรคและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งร่างกายโดยเฉพาะสถานการณ์การแพร่ระบาด สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอียิปต์พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Algahtani et al., 2021)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\beta = .293, p < .001$) การจัดการตนเองเป็นการเผชิญปัญหา (Coping mode) หรือการกระทำ การหลีกเลี่ยง การปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดโรค (Rogers et al., 1983) ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ทั้งนี้ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดมีการเปลี่ยนระบบบริการเป็นเชิงรุกในชุมชนให้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องมาแออัดเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ระบบบริการสาธารณสุขมีการปรับรูปแบบให้ผู้ป่วยเลือกและระบบรักษาทางโทรศัพท์ Telemedicine (Goodman-Casanova et al., 2020) ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ทั้งในด้านการจัดการอาการ การรับประทานยา พนยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และมาตรวจตามนัด อย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ทำให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้ลดอาการและชะลอความก้าวหน้าของโรค และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายหลังการระบาดในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ ณ สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง มีพฤติกรรมการจัดการตนเอง อยู่ในระดับที่ดีและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Phochanchaen, 2023)

ความวิตกกังวล สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังสถานการณการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\beta = .249, p < .01$) โดยความวิตกกังวล คือการรับรู้ภาวะคุกคาม ที่ส่งผลให้บุคคล มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันตนเองจากอันตราย โดยมีการยับยั้งด้วยความกลัว (Fear arousal) (Rogers et al., 1983) อธิบายได้ว่า ภายหลังสถานการณการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ระบาดอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดความกลัวและเชื่อสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก กลัวว่าตนเองจะได้รับเชื้อ ส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่ภายในบ้านขาดการเข้าสังคม โดยเฉพาะในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจลดลง (Napalai et al., 2022) นอกจากนี้ความวิตกกังวลต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้มีการทำกิจกรรมทางกายลดลงอันเนื่องจากการพักอยู่ที่บ้าน ทั้งหมดนี้ส่งผลต่อโอกาสในการมีกิจกรรมทางกายลดลง เกิดความปวดกล้ามเนื้อ และอาการทางกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตทางกายลดลง ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภายหลังสถานการณการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความวิตกกังวลมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่บกพร่องและแย่ง (Malik et al., 2022)

การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังสถานการณการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\beta = 0.163, p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้ได้ถึงกาได้รับความรักความเอาใจใส่ ตลอดจนความช่วยเหลือเกื้อกูลรวมทั้งการกระตุ้นจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สนับสนุนเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเอง ทำให้ผู้ป่วยนั้นตัดสินใจในการปฏิบัติในการเผชิญปัญหา และเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดโรค ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Rogers et al., 1983) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในช่วงก่อนการแพร่ระบาด (Gao et al., 2024) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว/ญาติ จึงทำให้มีบุตรหลานคอยดูแลสนับสนุนช่วยเหลือ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดี ดังนั้นสะท้อนให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนจึงเป็นส่วนสำคัญโดยเฉพาะช่วงที่มีผลกระทบและเกิดข้อจำกัดดังกล่าว การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Korth et al., 2024)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังสถานการณการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\beta = 0.143, p < .05$) เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ภายหลังจากสถานการณการแพร่ระบาดพบว่า ข้อจำกัดต่าง ๆ มาตราการการเว้นระยะห่างทางสังคมมีการผ่อนปรน ระบบการรักษาพยาบาล การนัดติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพกลับมาเหมือนเดิมก่อนการแพร่ระบาด ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อควบคุมอาการของโรค หรือภาวะต่าง ๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ ส่งผลดีกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (Health-Related Quality of Life: HRQOL) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Khorani et al., 2022)

การได้รับข้อมูลข่าวสาร ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ($\beta = 0.126, p > .05$) การได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นจุดเริ่มต้นของการนำไปสู่กระบวนการที่เป็นสื่อกลางในการรับรู้ (Rogers et al., 1983) เป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากเงื่อนไขทางด้านสุขภาพที่ร่างกายเริ่มเสื่อมถอยลงไปตามวัย เช่น ปัญหา

ทางด้านสายตา การได้ยิน หรือการตื่นตัวที่ลดลง ซึ่งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม การดำเนินชีวิตได้ถูกผลักดันให้เข้าสู่สื่อออนไลน์มากขึ้น การติดต่อกับคนในครอบครัว ชุมชน การซื้อของ การพบแพทย์ หรือแม้แต่การรับข้อมูลข่าวสารและการรับความช่วยเหลือจากภาครัฐ (Moore et al., 2020) ทำให้ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอาจได้ได้รับข้อมูลลดลงจึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษา คุณภาพชีวิตประชากรไทยอายุ 50 ปีขึ้นไป พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ (Fongwanich, 2022)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลสามารถนำปัจจัยที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมุ่งเน้นเรื่องของการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง
2. การศึกษาครั้งนี้ เป็นบริบทจำเพาะ คือหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ นำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และป้องกันโรคอื่น ๆ ในการเตรียมความพร้อมหรือวางแนวทางสำหรับโรคติดต่อทั่วไป และโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำตามบริบทของพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้ เป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) เท่านั้น ผลการศึกษาอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อติดตามความคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือเปรียบเทียบในแต่ละปีเพื่อรับทราบปัญหา และแนวทางการส่งเสริมที่เหมาะสมต่อไป

References

- Albishi, W. K., Ramadan, I. K., Abulkalam, S. M. M., Alsaab, H. A., Hayd, M. Y. B., AL-Ghamdi, M. A., & Al-Raddadi, R. (2024). Factors associated with the severity of COVID-19 in Jeddah, Saudi Arabia: A retrospective cohort study. *Australasian Medical Journal*, 16(11), 822-841.
- Algahtani, F. D., Hassan, S. U., Alsaif, B., & Zrieq, R. (2021). Assessment of the quality of life during COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey from the Kingdom of Saudi Arabia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 847. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030847>
- Aree-ue, S., & Yangcharoen., P. O. (2020). Thai version of the 6-item cognitive performance assessment: a test of psychometric properties. *Rama Nurse Journal*, 26(2), 188-202
- Camacho-Rivera, M., Islam, J. Y., & Vidot, D. C. (2020). Associations Between Chronic Health Conditions and COVID-19 Preventive Behaviors Among a Nationally Representative Sample of U.S. Adults: An Analysis of the COVID Impact Survey. *Health Equity*, 4(1), 336-344. <https://doi.org/10.1089/heq.2020.0031>
- Chonburi Provincial Office of Public Health Strategy and Planning. (2024). Morbidity and mortality rates from 4 chronic non-communicable diseases per 100,000 population, 2023-2024. Retrieved from <https://spd.moph.go.th> [In Thai]

- Fongwanich, K. (2022). Media exposure and quality of life of Thai population aged 50 years and over (Unpublished doctoral dissertation). Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. [In Thai]
- Gao, M., Lu, Y., Zhang, L., Shi, M., Zhou, H., Zhou, H., Kuang, X., & Li, Y. (2024). Social anxiety, self-esteem and quality of life among hypertensive patients during COVID-19 local epidemic in China: A mediation analysis. *Nursing open*, 11(1), e2014.
- Goodman-Casanova, J. M., Dura-Perez, E., Guzman-Parra, J., Cuesta-Vargas, A., & Mayoral-Cleries, F. (2020). Telehealth home support during COVID-19 confinement for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment or mild dementia: survey study. *Journal of medical Internet research*, 22(5), e19434.
- Gvozdanic, Z., Farcic, N., Simic, H., Buljanovic, V., Gvozdanic, L., Katalinic, S., ... Prlic, N. (2021). The impact of education, COVID-19 and risk factors on the quality of life in patients with type 2 diabetes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2332. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052332>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2024). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2024 report*. Fontana, WI: Author. Retrieved from <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
- Pipatwet, K. (2009). The results of treatment using a comprehensive treatment program for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Tuberculosis, Thoracic Diseases and Critical Care Medicine*, 30(2), 100-111. [In Thai]
- Khorani, H., Mohammadi, F., Hosseinkhani, Z., & Motalebi, S. A. (2022). Predictive factors of quality of life in older adults during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychology*, 10(1), 176. doi:10.1186/s40359-022-00885-3
- Kobayashi, S., Chiba, F., Ishida, M., Satoh, H., Ono, M., Hanagama, M., & Yanai, M. (2024). Physical activity and outcomes in Japanese patients with chronic obstructive pulmonary disease: From the Ishinomaki COPD network registry. *Respiratory Investigation*, 62(1), 107-112.
- Korth, C. X., Gibson, G. C., Vander Horst, A., Cleveland, K., & Hughes, J. W. (2024). The protective roles of coping self-efficacy and social support for posttraumatic stress during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- Limsringam, P., Sasithanakornkaew, S., & Apisupachok, W. (2021). Information perception about Coronavirus 2019 (COVID-19) through social media with attitudes and disease prevention behaviors in Bangkok. *Journal of MCU Nakhondhat*, 8(9), 18-33.
- Malik, P., Patel, K., Pinto, C., Jaiswal, R., Tirupathi, R., Pillai, S., & Patel, U. (2022). Post-acute COVID-19 syndrome (PCS) and health-related quality of life (HRQoL): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Virology*, 94(1), 253-262. doi:10.1002/jmv.27309
- Ministry of Public Health. (2024). Number and mortality rate of chronic obstructive pulmonary disease 2023-2024. Retrieved from <https://spd.moph.go.th> [In Thai]

- Moore, R. C., & Hancock, J. T. (2020). Older Adults, Social Technologies, and the Coronavirus Pandemic: Challenges, Strengths, and Strategies for Support. *Social Media + Society*, 6(3), 1-5. doi/10.1177/2056305120948162
- Napalai, P., Seangpraw, K., Boonyathee, S., & Ong-Artborirak, P. (2022). COVID-19-related knowledge influences mental health, self-care behaviors, and quality of life among elderly with non-communicable diseases in Northern Thailand. *Front Public Health*, 10, 993531. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.993531> [In Thai]
- Nikoloski, Z., Alqunaibet, A. M., Alfawaz, R. A., Almudarra, S. S., Herbst, C. H., El-Saharty, S., Alsukait, R., . . . Algwizani, A. (2021). COVID-19 and non-communicable diseases: Evidence from a systematic literature review. *BMC Public Health*, 21(1), 1068. doi:10.1186/s12889-021-11116-w
- Phuthong, S. (2003). Development of experiential learning models to promote quality of life. For adults in rural communities in the northern region. *Journal of Education Studies*, 33(1), 49-59. [In Thai]
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. T. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.), *Social psychophysiology: A sourcebook* (pp. 153-177). New York, NY: Guilford Press.
- Songkhao, S., Masingboon, K., Chanthamita-opas, C., & Phonphinij, P. (2022). Factors affecting the prevention of acute exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thai Journal of Pharmacy and Health Science*, 17(4), 335-343. [In Thai]
- Tantanantrakun, S., Khrobsorn, C., & Wichairam, N. (2021). Factors related to quality of life of the elderly in a community in Bang Pho Nuea subdistrict, Sam Khok district, Pathum Thani province. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 7(11), 352-373.
- Photjaroen, T. (2023). Health behaviors management that affect the quality of life of the elderly in Maepum Sub-district, Muang District, Phayao Province. *Science and Technology to Community*, 1(3), 12-24.
- Ware, J., Kosinski, M., Turner-Bowker, D., & Gandek, B. (2002). *SF-12v2: how to score version 2 of the SF-12 health survey quality metric incorporated*. Massachusetts: Health Assessment Lab Boston.
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19)*. Retrieved from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-(covid-19))
- World Health Organization. (2024). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Retrieved from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
- Ying, Y., Khunthason, S., Apidechkul, T., & Nilvarangkul, K. (2024). Influencing factors of good quality of life among chronic obstructive pulmonary disease patients living in Zhejiang province, China. *Scientific Reports*, 14(1), 8687.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ

จีระภา นุ้ยนาพญา, พย.บ.^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด จำนวนชั่วโมงดูแลต่อวัน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการรับรู้ภาวะสุขภาพกับภาระผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 138 คน เลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย แบบประเมินความเครียด แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและค่าการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีภาระในระดับปานกลาง (mean = 46.82, SD = 12.45) มีความเครียดในระดับปานกลาง และดูแลเฉลี่ยวันละกว่า 10.56 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ต่ำ (mean = 6.50, SD = 2.12) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความเครียด ($r = .542, p < .001$) และจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน ($r = .413, p < .001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาระผู้ดูแล ในขณะที่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ($r = -.386, p < .001$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($r = -.298, p = .001$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำเผชิญกับภาระในการดูแล โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเครียดสูง ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน หรือดูแลผู้ป่วยที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองต่ำ ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการพยาบาลเชิงสนับสนุน การจัดระบบการดูแลที่เหมาะสม และการออกแบบโปรแกรมลดภาระเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในระยะยาว

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาระผู้ดูแล กลับเป็นซ้ำ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลหลังสวน

* ผู้เขียนหลัก e-mail: jeerapanuinapaya@gmail.com

Factors Associated with Caregiver Burden among Caregivers of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Readmitted to the Hospital

Jeerapa Nuinapaya, B.N.S.^{1*}

Abstract

This research employed a descriptive correlational design with the objectives of examining the level of caregiver burden among family caregivers of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) who were readmitted to the hospital, and investigating the relationships between stress, number of caregiving hours per day, patients' ability to perform activities of daily living (ADLs), and caregivers' perceived health status with caregiver burden. The sample consisted of 138 family caregivers, selected through simple random sampling. Data were collected using a demographic questionnaire, a stress assessment scale, a perceived health interview questionnaire, and the caregiver burden scale for chronic illness. Data were analysed using descriptive statistics and Pearson's correlation analysis.

The results showed that caregivers experienced a moderate level of burden (mean = 46.82, SD = 12.45), moderate stress levels, and provided care for an average of 10.56 hours per day. Patients demonstrated a low level of functional ability in performing daily activities (mean = 6.50, SD = 2.12). Correlation analysis revealed that stress ($r = .542, p < .001$) and the ability to perform activities of daily living ($r = .413, p < .001$) were positively correlated with caregiver burden. In contrast, patients' ability to perform daily activities ($r = -.386, p < .001$) and caregivers' perceived health status ($r = -.298, p = .001$) were negatively correlated with caregiver burden, with statistical significance.

The findings suggest that caregivers of COPD patients who are frequently readmitted to hospital experience care burden, particularly those who have high stress, provide prolonged care, or care for patients with poor functional status. These results provide empirical evidence for developing supportive nursing interventions, organizing appropriate care systems, and designing caregiver burden reduction programs to enhance caregivers' quality of life in the long term.

Key words: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Caregiver Burden, Hospital Readmission

¹ Registered Nurse, Lung Suan Hospital

* Corresponding author e-mail: jeerapanuinapaya@gmail.com

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD) เป็นโรคของระบบทางเดินหายใจที่มีลักษณะการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างถาวรและค่อยเป็นค่อยไป โดยไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้อย่างสมบูรณ์ มีพยาธิสรีรวิทยาเกิดจากการอักเสบเรื้อรังภายในหลอดลมและถุงลมปอด ส่งผลให้หลอดลมตีบแคบ ถุงลมเสียหาย และความยืดหยุ่น และการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยเรื้อรัง ไอเรื้อรัง มีเสมหะ และความสามารถในการออกแรงลดลง (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2023; Rabe et al., 2022) สาเหตุหลักของโรคนี้คือการสูบบุหรี่ ซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 85-90 ของสาเหตุทั้งหมด ในขณะที่อีกส่วนเกิดจากการสัมผัสสารระคายเคือง เช่น ควันไฟในครัวเรือน มลพิษทางอากาศ และฝุ่นในสถานที่ทำงานเป็นระยะเวลานาน (GOLD, 2023; Salvi & Barnes, 2009) ปัจจุบัน COPD ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2022) รายงานว่าโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สามของโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและอัตราการสูบบุหรี่ที่ยังสูง โดยคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 4.5 ล้านคนต่อปีภายในปี ค.ศ. 2030 (WHO, 2022) นอกจากนี้ COPD ยังเป็นโรคที่สร้างภาระทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก จากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และการสูญเสียศักยภาพในการทำงาน (Ford et al., 2015)

ในประเทศไทย กรมควบคุมโรค (2566) รายงานว่า มีผู้ป่วย COPD ประมาณร้อยละ 5-7 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการเริ่มแรกที่ไม่รุนแรงจึงไม่ได้พบแพทย์ ทำให้เมื่อได้รับการวินิจฉัย โรคอยู่ในระยะปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งส่งผลให้เกิดการกำเริบบ่อยครั้ง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Department of Disease Control, 2023) สำหรับโรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร ข้อมูลสถิติปี 2566 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย COPD เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปี 2566 ถึง 2568 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบซ้ำ 30 ราย, 33 ราย และ 68 ราย ตามลำดับ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่มากกว่า 20 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการกำเริบอย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อปี และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยบางรายต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ซึ่งก่อให้เกิดภาระต่อระบบสุขภาพในด้านบุคลากร งบประมาณ และทรัพยากรทางการแพทย์ (โรงพยาบาลหลังสวน, 2566) นอกจากภาระต่อระบบบริการสุขภาพแล้ว ยังส่งผลกระทบต่ออย่างมีนัยสำคัญต่อผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการเหนื่อยง่าย หายใจลำบาก ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว หรือเตรียมอาหาร ผู้ดูแลจึงต้องใช้เวลานานมากในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในกรณีที่มีผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living; ADL) ต่ำ เช่น ไม่สามารถเดิน อาบน้ำ หรือเข้าห้องน้ำเองได้ ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือทุกขั้นตอน ส่งผลให้เกิดภาระมากขึ้นทั้งทางกายภาพจากการเคลื่อนย้าย ความเหนื่อยล้า ภาระทางจิตใจจากการขาดเวลาพักผ่อน และภาระทางสังคมจากการสูญเสียโอกาสในการทำงานหรือใช้ชีวิตส่วนตัว (Jones et al., 2014; Hsiao, Lu, & Tsai, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะของผู้ดูแลยังมีความสัมพันธ์กับจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน โดยผู้ที่ต้องดูแลมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันมีแนวโน้มที่จะรับรู้ภาวะสูงขึ้น (Van Durme et al., 2016) อีกทั้งยังมีปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น ความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงมักรู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระมากกว่าผู้ที่มีความเครียดต่ำ (Adelman et al., 2014) รวมทั้งการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง หากผู้ดูแลรู้สึกว่าสุขภาพของตนเองไม่ดี จะมีข้อจำกัดในการดูแล และรู้สึกว่าเป็นภาระมากยิ่งขึ้น (Malhotra et al., 2012) ทั้งนี้ การจัดการโรค COPD อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะการส่งเสริมความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การเลิกบุหรี่ การใช้ยาอย่างถูกวิธี การทำกายภาพบำบัดทรวงอก การฝึกหายใจ และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพปอด (Effing et al., 2012) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในประเทศไทย

พบว่า ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลยังขาดทักษะและความรู้ที่จำเป็น ทำให้การควบคุมโรคยังไม่มีประสิทธิภาพ และมีอัตราการกำเริบสูง

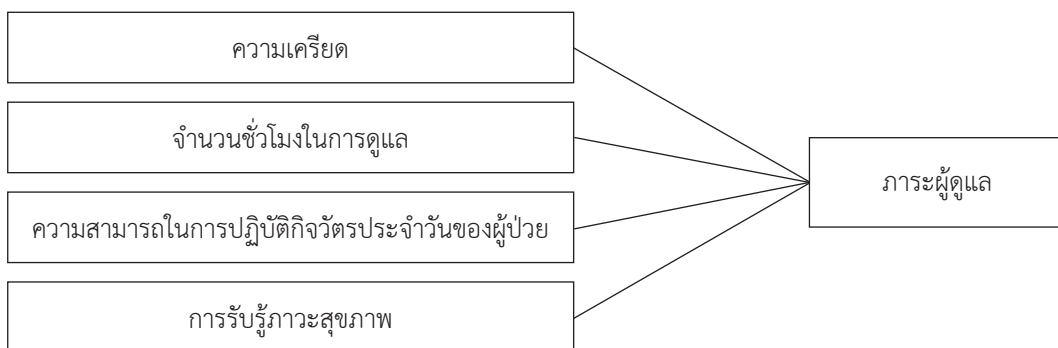
ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วย COPD ที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ระดับความเครียดของผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงดูแล และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ลดอัตราการกำเริบของโรค ลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ลดภาระของผู้ดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระผู้ดูแลของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ได้แก่ ความเครียด ความรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และจำนวนชั่วโมงในการดูแล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้อิงจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหา (Stress and Coping Theory) ของ Lazarus and Folkman (1984) ซึ่งอธิบายว่า ความเครียดเกิดจากการประเมินว่าสถานการณ์นั้นเกินขีดความสามารถในการรับมือของบุคคล หากปัจจัยสนับสนุนหรือทรัพยากรที่มีไม่เพียงพอ เช่น สุขภาพไม่ดี เครียด หรือไม่มีผู้ช่วยเหลือ จะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ งานวิจัยนี้จึงศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัย ได้แก่ ความเครียด จำนวนชั่วโมงดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการรับรู้สุขภาพของผู้ดูแล กับภาระที่เกิดขึ้น เพื่อเข้าใจกลไกของภาระผู้ดูแลตามกรอบของทฤษฎีนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

ประชากรเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาซ้ำ ที่แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 18 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาซ้ำ ที่แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพรในช่วงเดือน สิงหาคม ถึง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้เทคนิคการสุ่มแบบ ไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) จากรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและไม่อยู่ในเกณฑ์ การคัดออก ซึ่งมาดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมของโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่ทำการศึกษ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size Calculation)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร จำนวนทั้งสิ้น 138 ราย ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.4 ซึ่งพัฒนาโดย Faul et al., (2007) ผู้วิจัยเลือกการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร สองตัว (Bivariate normal model) ความสัมพันธ์ของตัวแปรศึกษาแบบสองทางโดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ระดับปานกลาง 0.3 ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) ทั้งนี้ ได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 และอำนาจ การทดสอบ (Power) ที่ 0.95 ผลการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 138 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้นำจำนวนดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความแม่นยำและน่าเชื่อถือทางสถิติ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria)

1. เป็นญาติสายตรงที่มีความสัมพันธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
3. สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
4. อายุ 18 ปีขึ้นไป
5. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria)

1. ไม่มีประวัติการรักษาโรคเครียดหรือซึมเศร้า
2. รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส ประวัติโรคประจำตัว และข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับโรคประจำตัว ของผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อวัน และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด โดยแบบสอบถามฉบับนี้พัฒนาโดย กรมสุขภาพจิต (2551) และได้รับการสนับสนุนการเผยแพร่โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เครื่องมือนี้นประกอบด้วยทั้งหมด 5 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ “ไม่เคย”, “นาน ๆ ครั้ง”, “บ่อยครั้ง”, และ “ทุกวัน” โดยใช้ ประเมินความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เครื่องมือนี้นี้ครอบคลุมประเด็นการนอนหลับ ความเบื่อหน่าย อารมณ์หงุดหงิด อาการเหนื่อยล้า และสมาธิ สำหรับการแปลผล ใช้คะแนนรวมจากทุกข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ความเครียดเล็กน้อย (0-4 คะแนน), ความเครียดปานกลาง (5-7คะแนน), ความเครียดมาก (8-9 คะแนน) และ ความเครียด มากที่สุด (10-15 คะแนน) เครื่องมือนี้นี้มีการนำไปทดสอบความเชื่อมั่นในประชากรไทย พบว่ามี ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยแบบสอบถามฉบับนี้พัฒนาโดย Mossey และ Shapiro จัดทำขึ้นในปี 1982 และได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย วันดี แยมจันทร์ฉาย จัดทำขึ้นในปี 2538 เครื่องมือนี้ประกอบด้วยทั้งหมด 1 ข้อคำถามโดยเป็นการให้ผู้สูงอายุ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในภาพรวม โดยใช้เกณฑ์การประเมิน 4 ระดับ ได้แก่ “ดีมาก (4 คะแนน)”, “ดีพอใช้ (3 คะแนน)”, “ค่อนข้างแย่ (2 คะแนน)” และ “แย่ (1 คะแนน)” ซึ่งสะท้อนการรับรู้ ภาวะสุขภาพในมุมมองของตนเอง ดังนี้เครื่องมือนี้มีการนำไปทดสอบความเชื่อมั่นในประชากรไทย พบว่ามี ค่าความ เชื่อมั่น (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 4 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ จัดทำขึ้น ในปี 2554 ซึ่งได้แปลและดัดแปลงมาจาก แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ของ Zarit และ Zarit จัดทำ ขึ้นในปี 1990 แบบประเมินนี้ใช้สำหรับประเมินภาวะของผู้ดูแลชาย ประกอบด้วย คำถามทั้งหมด 22 ข้อ โดยแต่ละข้อ เป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เคย (0 คะแนน)”, “นาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน)”, “บางครั้ง (2 คะแนน)”, “บ่อยครั้ง (3 คะแนน)”, จนถึง “เกือบทุกครั้ง (4 คะแนน)” โดยมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ไม่มีภาวะถึงมีภาวะน้อย (0-20 คะแนน), มีภาวะน้อยถึงปานกลาง (21-40 คะแนน), มีภาวะปานกลางถึงมาก (41-60 คะแนน) และ มีภาวะ อย่างมาก (61-88) โดยชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ ได้ทำการประเมินคุณภาพของแบบวัดภาวะในการดูแลฉบับนี้ โดยนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งเพศชายและเพศหญิงในจังหวัดชลบุรี จำนวน 501 ราย หลังจากนั้น ได้ทำการ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability analysis) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) พบว่าแบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ 0.92

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง และได้ตรวจสอบความชัดเจนและความเหมาะสมของข้อคำถาม ส่วน แบบประเมินความเครียด แบบประเมินการรับรู้ ภาวะสุขภาพ และแบบประเมินภาวะผู้ดูแล ได้ผ่านการการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว และผู้วิจัย ไม่ได้มีการดัดแปลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาจากเครื่องมือต้นฉบับ จึงไม่ได้หาความตรงของเนื้อหาซ้ำ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบประเมินความเครียด แบบประเมินการรับรู้ภาวะ สุขภาพ และแบบประเมินภาวะผู้ดูแล ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการตรวจโรคที่แผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหลังสวน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้ระบุไว้ จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูล มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ 0.80, 0.89, และ 0.92 ตามลำดับ ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับที่ 0.70 (Sirstidnarakul, 2010)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชุมพรฯ เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยที่ผ่านการพิจารณา รวมถึงโครงร่างวิจัย เครื่องมือการวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหลังสวน เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการสัมภาษณ์ และใช้ข้อมูลประวัติจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลหลังสวน ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยนำเค้าโครงวิจัย รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ รหัสโครงการเลขที่ CPH-EC-094/2568 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยที่ผ่านการพิจารณา รวมถึงโครงร่างวิจัย เครื่องมือการวิจัย นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลังสวน รวมถึงทำหนังสือขออนุญาตการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ขั้นดำเนินการ

1. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลังสวนแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่พยาบาลในการขอใช้ข้อมูลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนด
3. ผู้วิจัยทำการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือลงนามในใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างไปยังห้องประชุมของแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างรับการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบข้อมูลได้อย่างอิสระ โดยการตอบแบบสอบถามจะไม่มีถูกหรือผิด และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียด แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบประเมินภาวะผู้ดูแล โดยการสัมภาษณ์ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที
5. หลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัย
6. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลตัวแปร ความเครียด การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และภาวะผู้ดูแล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย การหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะผู้ดูแล จากปัจจัยที่คัดสรรได้แก่ ความเครียด การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และภาวะผู้ดูแล ด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลชุมพรฯ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ รหัสโครงการ CPH-EC-094/2568 ได้รับอนุมัติวันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึง 25 สิงหาคม พ.ศ. 2569 และได้มีการทำหนังสือการใช้ข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลังสวน โดยการวิจัยนี้ได้มีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ต่อการเข้าร่วม และสิทธิต่าง ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยที่จะได้รับ รวมถึงสิทธิในการถอดตัวออกจากงานวิจัย และมีการลงนามยินยอมก่อนการเข้าร่วมวิจัยอย่างสมัครใจ ผลการวิจัยจะถูกเผยแพร่ในภาพรวมและจะทำลายเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากเผยแพร่

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระผู้ดูแลกับความเครียด จำนวนชั่วโมงในการดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ADL) และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 ราย สรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ (n = 138)

ข้อมูล	จำนวน (n)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	98	71.00
ชาย	40	29.00
อายุ (ปี)		
18-39	21	15.20
40-59	74	53.60
≥ 60	43	31.20
(Mean = 51.20, SD = 13.98)		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่สมรส	67	48.60
บุตร	52	37.70
ญาติ	19	13.70
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	55	39.90
เกษตรกร	44	31.90
ข้าราชการ	12	8.70
อื่น ๆ	27	19.50
มีโรคประจำตัว		
มี	84	60.90
ไม่มี	54	39.10

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.00) มีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี (ร้อยละ 53.60) และมีความสัมพันธ์ระหว่างกับผู้ป่วย เป็นคู่สมรส (ร้อยละ 48.60) รองลงมาคือบุตร (ร้อยละ 37.70) อาชีพ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ทำงาน (ร้อยละ 39.90) รองลงมาคือกลุ่มเกษตรกร (ร้อยละ 31.90) และผู้ดูแลมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60.90)

ตารางที่ 2 ระดับภาวะของผู้ดูแล ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 138)

ระดับภาวะ	ช่วงคะแนน	จำนวน (n)	ร้อยละ
ภาวะต่ำ	≤ 33	29	21.00
ภาวะปานกลาง	34-55	78	56.50
ภาวะสูง	≥ 56	31	22.50

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ดูแลมีภาวะอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.50) รองลงมาคือภาวะสูง (ร้อยละ 22.50) ซึ่งสะท้อนว่าผู้ดูแลจำนวนมากต้องเผชิญความเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ขณะที่ผู้ดูแลที่มีภาวะต่ำมีเพียงร้อยละ 21.00 แสดงว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำส่วนใหญ่มีภาวะในการดูแลค่อนข้างมาก และต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมทั้งทางสังคม จิตใจ และระบบบริการสุขภาพ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด ของตัวแปร ภาวะผู้ดูแล ความเครียด จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื้อรัง (n = 138)

ตัวแปร	Mean	SD	Min	Max	แปลผล
ภาวะผู้ดูแล	46.82	12.45	18	78	ระดับปานกลาง
ความเครียด	8.74	3.21	1	19	ระดับปานกลาง
จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน	10.56	5.32	2	24	ภาวะสูง
คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	6.50	2.12	5	8	ภาวะพึ่งพารุนแรง
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	2.21	0.88	1	4	การรับรู้ภาวะสุขภาพแย่

จากตารางที่ 3 พบว่า ภาวะผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.82 (SD = 12.45) อยู่ในระดับปานกลาง ความเครียดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.74 (SD = 3.21) อยู่ในระดับปานกลาง จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวันมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.56 ชั่วโมง (SD = 5.32) โดยมีค่าต่ำสุด 2 ชั่วโมง และค่าสูงสุด 24 ชั่วโมง คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.50 (SD = 2.12) โดยมีค่าต่ำสุด 5 และค่าสูงสุด 8 และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.21 (SD = 0.88) โดยมีค่าต่ำสุด 1 และค่าสูงสุด 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความเครียด จำนวนชั่วโมงในการดูแล ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ (n = 138)

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value
ความเครียด	0.542	<.001
จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน	0.413	<.001
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	-0.386	<.001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-0.298	<.001

จากตารางที่ 4 พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาระผู้ดูแล ($r = .542, p < .001$) จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวันมีความสัมพันธ์กับภาระผู้ดูแล ($r = .413, p < .001$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาระผู้ดูแล ($r = -.386, p < .001$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาระผู้ดูแล ($r = -.298, p < .001$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.00) อยู่ในวัย 40-59 ปี (ร้อยละ 53.60) และ ≥ 60 ปี (ร้อยละ 31.20) โดยมักเป็นคู่สมรสหรือบุตรของผู้ป่วย สะท้อนบทบาทผู้ดูแลหลักในครอบครัว ซึ่งสัมพันธ์กับความผูกพันทางอารมณ์และอาจเพิ่มความเครียดได้ ด้านอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นเกษตรกร อาจมีข้อจำกัดด้านรายได้ ขณะที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60.90) ส่งผลต่อความสามารถในการดูแล โดยรวมปัจจัยด้านเพศ อายุ ความสัมพันธ์ อาชีพ และสุขภาพ ล้วนเป็นทรัพยากรส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้ภาระของผู้ดูแลตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหา

1. ระดับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีภาระอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 46.82, SD = 12.45) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในบริบทที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำหลายครั้ง ความต่อเนื่องของการดูแลดังกล่าวอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณต้องรับผิดชอบต่ออาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ทั้งการดูแลอาการหอบเหนื่อย การให้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ การพาผู้ป่วยมารับบริการ และการปรับกิจวัตรประจำวันของครอบครัวให้สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย

เมื่ออธิบายตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของ Lazarus and Folkman (1984) ภาระของผู้ดูแลสะท้อนกระบวนการประเมินสถานการณ์ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่กดดันหรือเกินทรัพยากรที่ตนมีอยู่ หากผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณมีพลังไม่เพียงพอ มีเวลาจำกัด มีปัญหาสุขภาพของตนเอง หรือขาดผู้ช่วยเหลือ ก็ย่อมทำให้การดูแลถูกประเมินว่าเป็นภาระมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องรับบทบาทหลายด้านพร้อมกัน เช่น ทำงานบ้าน ดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัว และดูแลผู้ป่วยไปพร้อมกัน ยิ่งอาจทำให้เกิดความรู้สึกหนักใจและเหนื่อยล้าสะสม

นอกจากนี้ ภาระของผู้ดูแลไม่ได้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อมของผู้ดูแลด้วย เช่น อายุ ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว รายได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง หากผู้ดูแลมีสุขภาพไม่แข็งแรงหรือมีโรคประจำตัวร่วมด้วย อาจทำให้ความสามารถในการดูแลลดลงและรับรู้ภาระมากขึ้น เช่นเดียวกับผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรทางเศรษฐกิจ ซึ่งอาจต้องแบกรับค่าใช้จ่ายและการจัดการชีวิตประจำวันเพิ่มเติม ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสะท้อนว่า แม้ผู้ดูแลจะสามารถปรับตัวได้ในระดับหนึ่ง แต่การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำยังคงเป็นสถานการณ์ที่สร้างภาระอย่างมีนัยสำคัญต่อชีวิตของผู้ดูแล

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับแนวคิดของ Adelman et al. (2014) ที่อธิบายว่า caregiver burden เป็นภาระที่เกิดขึ้นได้ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งมักเพิ่มขึ้นเมื่อการดูแลมีความต่อเนื่องและซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. ความเครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล

จากผลการวิจัยพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.542, p < .001$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ดูแลมีระดับความเครียดสูงขึ้น ภาระที่รับรู้จากการดูแลก็จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาที่ระบุว่า เมื่อบุคคลประเมินว่าสถานการณ์ที่เผชิญอยู่เป็นสิ่งคุกคามหรือเกินขีดความสามารถของตน ประกอบกับเห็นว่าตนมีทรัพยากรไม่เพียงพอในการจัดการ

ย่อมทำให้เกิดความเครียดและส่งผลให้สถานการณ์นั้นถูกมองว่าเป็นภาวะมากขึ้น

ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ดูแลอาจเผชิญกับความไม่แน่นอนของอาการผู้ป่วย การกำเริบของโรค การกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ และความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ความตึงเครียดดังกล่าวอาจสะสมจนเกิดความเหนื่อยหน่าย หหมดพลัง และรู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระที่ยากจะรับมือ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ดูแลมีข้อจำกัดของตนเองร่วมด้วย เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอ มีภาระงานอื่น หรือมีปัญหาสุขภาพส่วนตัว สิ่งเหล่านี้ยิ่งทำให้ความเครียดส่งผลกระทบต่อภาวะของผู้ดูแลชัดเจนมากขึ้น

นอกจากนี้ ความเครียดยังอาจส่งผลกระทบต่อมุมมองและการตีความสถานการณ์ของผู้ดูแล กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลมีความเครียดสูง อาจลดความสามารถในการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้รู้สึกว่าทุกกิจกรรมในการดูแลมีความยากลำบากมากขึ้น ส่งผลให้ภาระทางอารมณ์และภาระทางจิตใจเพิ่มขึ้นตามมา ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นความสำคัญของการประเมินและจัดการความเครียดของผู้ดูแลควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยลดภาระโดยรวมของผู้ดูแลในระยะยาว

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Malhotra et al., 2012 ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีภาวะเครียดสูงมีแนวโน้มรับรู้ภาวะการดูแลมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายโรคหรือมีสมรรถภาพร่างกายลดลง ความเครียดที่สะสมจากบทบาทการดูแลจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวันมีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแล

ผลการวิจัยพบว่า จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.413, p < .001$) กล่าวคือ ผู้ดูแลที่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นมีแนวโน้มรับรู้ภาวะมากขึ้นตามไปด้วย ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า เวลาที่ใช้ในการดูแลเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของความเข้มข้นของบทบาทผู้ดูแล เพราะยังผู้ดูแลต้องใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยมาก ก็ยังมีโอกาสเกิดความเหนื่อยล้าทางกาย ขาดเวลาพักผ่อน มีเวลาส่วนตัวลดลง และอาจไม่สามารถประกอบกิจกรรมหรือบทบาทอื่นในชีวิตได้ตามปกติ

ในมุมมองของทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหา จำนวนชั่วโมงในการดูแลที่เพิ่มขึ้นเป็นตัวแทนของ “ข้อเรียกร้องจากสถานการณ์” ที่สูงขึ้น เมื่อข้อเรียกร้องเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ทรัพยากรของผู้ดูแล เช่น เวลา แรงกาย การช่วยเหลือจากครอบครัว หรือการสนับสนุนจากบริการสุขภาพ ไม่เพิ่มขึ้นตาม ผู้ดูแลย่อมประเมินว่าสถานการณ์ดังกล่าวยากต่อการจัดการ และรับรู้เป็นภาวะมากขึ้นได้อย่างชัดเจน

ยิ่งไปกว่านั้น การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักไม่ใช่เพียงการอยู่เฝ้าผู้ป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงการจัดการดูแลอาการเหนื่อยหอบ การเฝ้าระวังอาการกำเริบ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การพาไปพบแพทย์ และการเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ดังนั้น ชั่วโมงการดูแลที่มากขึ้นจึงสะท้อนทั้งปริมาณเวลาและความหนักของภารกิจที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ หากดำเนินต่อเนื่องเป็นเวลานานโดยไม่มีช่วงพักหรือไม่มีผู้ช่วยแบ่งเบา อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้าสะสมและเกิดภาวะสูงขึ้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Van Durme et al. (2016) ที่รายงานว่าผู้ดูแลที่ใช้เวลามากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันในการดูแลผู้ป่วย มีแนวโน้มเกิดความเครียดและภาระสูงกว่ากลุ่มที่ใช้เวลาน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อการดูแลเป็นงานที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในระยะยาว

4. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ADL) มีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแล

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.386, p < .001$) หมายความว่า เมื่อผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น ภาระของผู้ดูแลจะลดลง ในทางกลับกัน หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก ผู้ดูแลย่อมต้องเข้าไปช่วยเหลือมากขึ้น ทั้งในการอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร เคลื่อนไหว หรือทำกิจกรรมพื้นฐานอื่น ๆ ซึ่งทำให้ภาระทางกายและทางใจของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ที่มองว่า เมื่อข้อเรียกร้องจากสถานการณ์การดูแลสูงขึ้น เช่น ผู้ป่วยพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ผู้ดูแลต้องใช้พลัง เวลา และทรัพยากรมากขึ้นในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย จึงทำให้สถานการณ์ถูกประเมินว่าเป็นภาระมากขึ้น โดยเฉพาะหากผู้ดูแลมีข้อจำกัดด้านสุขภาพหรือมีบทบาทอื่นต้องรับผิดชอบควบคู่กันด้วย

ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การลดลงของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอาจสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย สมรรถภาพทางกายลดลง และภาวะแทรกซ้อนจากโรค เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เพียงพอ ผู้ดูแลจึงต้องเข้าไปมีบทบาทมากขึ้นทั้งในเชิงกายภาพและอารมณ์ ไม่เพียงต้องช่วยเหลือด้านกิจกรรมประจำวัน แต่ยังต้องเฝ้าระวังความปลอดภัยและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สิ่งเหล่านี้ล้วนเพิ่มภาระของผู้ดูแลโดยตรง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Jones et al. (2014) และ Hsiao, Lu, and Tsai (2020) ที่รายงานว่า เมื่อผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองมากขึ้น ผู้ดูแลจะต้องแบกรับภาระทั้งด้านร่างกายและจิตใจมากขึ้นตามลำดับ เนื่องจากต้องให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องและใกล้ชิดมากขึ้น

5. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.298, p = .001$) กล่าวคือ ผู้ดูแลที่ประเมินสุขภาพของตนเองว่าไม่ดี มีแนวโน้มรับรู้ภาระจากการดูแลมากกว่าผู้ที่รับรู้ว่าคุณภาพของตนเองดี ผลดังกล่าวสะท้อนว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นทรัพยากรภายในที่สำคัญต่อการเผชิญกับบทบาทการดูแล หากผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณภาพตัวเองเจ็บป่วย อ่อนล้า หรือมีข้อจำกัดทางร่างกาย ย่อมทำให้ความสามารถในการรับมือกับข้อเรียกร้องจากการดูแลลดลง และรับรู้ภาระมากขึ้นได้

เมื่ออธิบายตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลถือเป็นทรัพยากรสำคัญในการประเมินและจัดการสถานการณ์ หากผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี ย่อมอาจมองว่าคุณภาพไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความวิตกกังวล เหนื่อยล้า และรู้สึกว่าภาระการดูแลหนักมากขึ้น โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว มีอาการปวดเมื่อย อ่อนเพลีย หรือต้องพักผ่อนไม่เพียงพอ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังและอาจกำเริบได้ตลอดเวลา ย่อมยิ่งเพิ่มความยากลำบากในการดำเนินบทบาทผู้ดูแล

นอกจากนี้ การรับรู้สุขภาพยังสัมพันธ์กับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยด้วย ผู้ดูแลที่รู้สึกว่าสุขภาพของตนเองไม่ดี อาจขาดพลังในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รู้สึกว่าตนเองไม่พร้อมรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อตนเองมากกว่าปกติ จึงทำให้เกิดการรับรู้ภาระสูงขึ้น ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญไม่แพ้การดูแลผู้ป่วย เพราะหากผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดี ก็ย่อมช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวต่อบทบาทการดูแลได้ดีขึ้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Malhotra et al. (2012) ที่พบว่า สุขภาพที่ถดถอยหรือการรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองไม่ดีของผู้ดูแล เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในผู้ดูแลที่ต้องรับบทบาทต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่า ความเครียด จำนวนชั่วโมงในการดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการรับรู้สุขภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล จึงมีข้อเสนอแนะเพื่อช่วยลดภาระและลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (readmission) ดังนี้

1. คัดกรองความเครียดและภาระของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ บูรณาการในบริการปฐมภูมิ เช่น คลินิกโรคเรื้อรังและการเยี่ยมบ้าน

2. พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแล เช่น การให้คำปรึกษา การฝึกผ่อนคลาย และกลุ่มสนับสนุนในชุมชน
3. ดูแลสุขภาพผู้ดูแล โดยประเมินและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
4. พัฒนาระบบติดตามหลังจำหน่าย เช่น โทรศัพท์ LINE OA หรือเยี่ยมบ้าน เพื่อลดการกำเริบและ readmission

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยด้านอื่นเพิ่มเติมที่อาจมีผลต่อภาระของผู้ดูแล เช่น การสนับสนุนทางสังคม รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา และความรุนแรงของโรค เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมลดภาระผู้ดูแล เช่น โปรแกรมลดความเครียด โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการดูแล หรือโปรแกรมติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย
3. ควรศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาวของผู้ดูแลและผู้ป่วย เช่น คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล และอัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ เพื่อประเมินผลกระทบของการดูแลอย่างต่อเนื่อง
4. ควรใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ ความรู้สึก และความต้องการของผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยในการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทจริงมากยิ่งขึ้น

References

- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: A clinical review. *JAMA*, *311*(10), 1052–1060. doi:10.1001/jama.2014.304
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Department of Mental Health. (2008). *Stress test: ST-5 (5-level stress assessment manual)*. Nonthaburi, Thailand: Bureau of Mental Health Service, Ministry of Public Health.
- Department of Disease Control. (2023). *COPD prevalence and management report*. Bangkok, Thailand: Ministry of Public Health.
- Effing, T., Monninkhof, E. M., van der Valk, P. D., van der Palen, J., van Herwaarden, C. L., Partidge, M. R., . . . Zielhuis, G. A. (2007). Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD002990. doi:10.1002/14651858.CD002990.pub2
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175-191. doi:10.3758/BF03193146
- Ford, E. S., Murphy, L. B., Khavjou, O., Giles, W. H., Holt, J. B., & Croft, J. B. (2015). Total and state-specific medical and absenteeism costs of chronic obstructive pulmonary disease among adults aged ≥ 18 years in the United States for 2010 and projections through 2020. *Chest*, *147*(1), 31-45. doi:10.1378/chest.14-0972
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2023). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD*. Retrieved from <https://goldcopd.org/>

- Hacker, K. (2024). The burden of chronic disease. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 8(1), 112-119. doi:10.1016/j.mayocpiqo.2023.08.005
- Hsiao, C. Y., Lu, H. L., & Tsai, Y. F. (2020). Caregiver burden and health-related quality of life among primary family caregivers of individuals with schizophrenia: A cross-sectional study. *Quality of Life Research*, 29(10), 2745-2757. doi:10.1007/s11136-020-02518-1
- Jones, R. C., Price, D., Ryan, D., Sims, E. J., von Ziegenweidt, J., Mascarenhas, L., & Gruffydd-Jones, K. (2014). Opportunities to diagnose chronic obstructive pulmonary disease in routine care in the UK: A retrospective study of a clinical cohort. *The Lancet Respiratory Medicine*, 2(4), 267-276. doi:10.1016/S2213-2600(14)70008-6
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lang Suan Hospital. (2023). *Annual statistics report on patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Chumphon Province: Social Medicine Unit, Lang Suan Hospital.
- Malhotra, C., Malhotra, R., Østbye, T., Matchar, D., & Chan, A. (2012). Depressive symptoms among informal caregivers of older adults: Insights from the Singapore Survey on Informal Caregiving. *International Psychogeriatrics*, 24(8), 1335-1346. doi:10.1017/S1041610212000324
- Rabe, K. F., & Watz, H. (2017). Chronic obstructive pulmonary disease. *The Lancet*, 389(10082), 1931-1940. doi:10.1016/S0140-6736(17)31222-9
- Salvi, S., & Barnes, P. J. (2009). Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers. *The Lancet*, 374(9691), 733-743. doi:10.1016/S0140-6736(09)61303-9
- Sirstidnarakul, B. J. (2010). *Nursing research methodology* (4th ed.). Bangkok: U&I Intermedia.
- Toonsiri, C., Sunsern, R., & Lawang, W. (2011). Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *Journal of Nursing and Education*, 4(1), 62-75. [In Thai]
- Van Durme, T., Macq, J., Jeanmart, C., & Gobert, M. (2016). Tools for measuring the impact of informal caregiving of the elderly: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 34-48. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.07.017
- World Health Organization. (2020). *The top 10 causes of death*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Yaemjanjai, W. (1995). *Relationship between perceived self-efficacy, health perception, and health-promoting behaviors among the elderly* (Unpublished master's thesis). Mahidol University, Bangkok, Thailand.

การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองย่านยาว โรงพยาบาลตะกั่วป่า

มณีนรัตน์ ม่วงยิ้ม, N.S.¹ กิตติพร เนาว์สุวรรณ, Ed.D.^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วย และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ โดยดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาเอกสารและการวิจัยเชิงคุณภาพ 2) พัฒนา รูปแบบการดูแล GMSC Model และ 3) ศึกษาประสิทธิผลโดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 70 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย GMSC Model แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และการตรวจค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) แบบสอบถามมีค่าความตรงตามเนื้อหา 0.67–1.00 และค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = 0.827 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปีงบประมาณ 2566 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ HbA1C $\geq 7\%$ เพิ่มขึ้นร้อยละจากปีงบประมาณ 2565 เป็น 56.17 ปัญหาที่พบคือ รับประทานอาหารหวาน ขาดความรู้ในการเลือกรับประทานอาหารรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง วิตกกังวลเรื่องโรค มีความต้องการความช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพ ต้องการความรู้และช่องทางในปรึกษา 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือ GMSC Model ประกอบด้วย Goal Setting (การกำหนดเป้าหมาย Multidisciplinary team (ทีมสหวิชาชีพ) Social support (การสนับสนุนทางสังคม) และ Continuing Care (การติดตามดูแลต่อเนื่อง) 3) หลังใช้รูปแบบ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001, .036$)

สรุปได้ว่า GMSC Model มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดระดับ HbA1C สามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีทีมสหวิชาชีพ

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองย่านยาว โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันบรมราชชนก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: Jock2667@gmail.com

Development of Care Model for Type 2 Diabetes Patients with Uncontrolled Blood Glucose at Yan Yao Health Center, Takua Pa Hospital

Maneerat Muangyim, N.S.¹, Kittiporn Nawsuwan, Ed.D.^{2*}

Abstract

This research and development study aimed to examine the existing problems, develop a patient care model, and evaluate its effectiveness. The study was conducted in three phases: (1) reviewing literature and conducting qualitative research, (2) developing the GMSC Model for patient care, and (3) evaluating its effectiveness using a quasi-experimental design with a two-group pretest–posttest. The samples consisted of 70 patients with type 2 diabetes who had poor blood sugar control, randomly assigned to an experimental group and a control group, with 35 participants in each group, over a 12-week period. The research instruments included the GMSC Model, a health behavior questionnaire, and a blood test for glycated hemoglobin (HbA1C). The questionnaire had content validity indices ranging from 0.67 to 1.00 and a reliability coefficient (Cronbach’s alpha) of 0.827. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results revealed that 1) In fiscal year 2023, the proportion of diabetic patients with HbA1c levels $\geq 7\%$ increased from fiscal year 2022 to 56.17%. Identified problems included high sugar consumption, lack of knowledge in dietary selection, inconsistent medication adherence, and anxiety regarding the disease. Patients expressed a need for multidisciplinary team support, as well as educational resources and accessible consultation channels. 2) The developed “GMSC Model” consists of four components: Goal Setting, Multidisciplinary team, Social support, and Continuing Care. 3) After implementing the model, the experimental group showed a significant increase in health behavior scores and a reduction in HbA1c levels, performing significantly better than the control group ($p < .001$ and $.036$, respectively).

In conclusion, the GMSC Model effectively promotes health behaviors, reduces HbA1c levels, and can be applied in diabetes care within a multidisciplinary team setting.

Key words: Care Model, Type 2 diabetes mellitus, Uncontrolled diabetic patients

¹ Registered Nurse, Yan Yao Health Center, Takuapa Hospital, Phang Nga Province

² Assistant Professor Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author e-mail: Jock2667@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่ามีประมาณ 589 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต (International Diabetes Federation [IDF], 2025) สอดคล้องกับประเทศไทยที่พบว่ามีประชากรไทยที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปมีแนวโน้มป่วยด้วยโรคเบาหวานมากถึง 6.5 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี 2566 และมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นกว่า 300,000 รายต่อปี และมีผู้ป่วยสะสม 3.3 ล้านคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 70 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ และอัตราการตายจากโรคเบาหวานในปี 2564 คิดเป็น 24.55 คนต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2560 อัตราการตาย คิดเป็น 21.96 คนต่อแสนประชากร (Department of Disease Control, 2021) เนื่องจากโรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรัง เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติซึ่งมักเกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลินหรือการลดลงของการสร้างอินซูลินในร่างกาย หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ก็จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ได้แก่ 1) ภาวะจอตามืดปกติ (diabetic retinopathy) 2) ภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดแดงแข็งและตีบตัน เช่นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตีบหรือตัน เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่มีอาการ (silent myocardial ischemic) และโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน (The Diabetes Association of Thailand, 2023) 3) ภาวะแทรกซ้อนแผลที่เท้า (diabetic foot ulcer) อาจลุกลามจนถึงสูญเสียอวัยวะ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวและ 4) โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) ที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายสูงมาก เมื่อเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายต้องฟอกเลือด ซึ่งสาเหตุหลักของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตมาจากประวัติเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 41.50 ยังมีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (The Nephrology Society of Thailand, 2022) เมื่อมีการรักษาภาวะแทรกซ้อนและการดูแลระยะยาว จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต เพิ่มภาระการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และครอบครัวในด้านภาระผู้ดูแลและด้านเศรษฐกิจของครอบครัวและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ

ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองย่านยาว โรงพยาบาลตะกั่วป่า ในปีงบประมาณ 2565 ถึง 2567 ได้รับการเจาะเลือดตรวจจำนวน 324, 346 และ 314 ราย เกือบครึ่งหนึ่งของประชากรไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยพบว่า มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C \geq 7%) จำนวน 182 ราย (56.17%), 200 ราย (57.80%) และ 161 ราย (51.27%) ซึ่งเกินเกณฑ์เป้าหมายที่หน่วยงานกำหนดคือต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 (Yan Yao Health Center, 2024) จากการทบทวนปัญหาและสัมภาษณ์ผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานพบว่ามีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารหวาน มีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการเลือกรับประทานอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ ออกกำลังกายไม่เพียงพอ ไม่ตระหนัก เรื่องออกกำลังกาย 3) ด้านการรับประทานยา ได้แก่ กินยาไม่ต่อเนื่องไม่กินยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 4) ด้านจัดการความเครียด ได้แก่ มีวิตกกังวลเรื่องโรคเบาหวานโดยไม่หาวิธีแก้หรือปรึกษาทีมสหวิชาชีพ 5) ด้านจัดการภาวะเจ็บป่วย ได้แก่ จัดการด้วยตนเองไม่ถูกต้องและไม่สะดวกเกี่ยวกับช่องทางการเข้าถึงบริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วย

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประกอบด้วย 1) การกำหนดเป้าหมาย (Goal Setting) แนวคิด Goal Setting Theory ของ Locke และ Latham ระบุว่า การตั้งเป้าหมายที่ท้าทายและเหมาะสมจะมีแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ (Locke & Latham, 2002) สอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ American Diabetes Association (2023) ที่เน้นการกำหนดเป้าหมายรายบุคคลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองการให้ข้อมูลที่ควรปรับปรุงและกำหนดเป้าหมายตามสภาพปัญหาสุขภาพร่วมกับผู้ป่วยทำให้เกิดผลสำเร็จ (Boonkruachoo & Kanjanapangka, 2023) 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team Care) ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) เน้นการทำงานเป็นทีมเพื่อเพิ่มคุณภาพทางคลินิก (World Health Organization, 2022) 3) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ตาม

แนวปฏิบัติการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน ช่วยให้สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (American Diabetes Association, 2023) มีผลวิจัยการสนับสนุนทางสังคมด้วยกิจกรรมด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร ด้านอารมณ์ และการประเมินค่า พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและค่าระดับน้ำตาลสะสมลดลง (Wachirarommaneeyakul, 2024) 4) การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการติดตามดูแลสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องสม่ำเสมอส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (American Diabetes Association, 2023) มีการวิจัยการวางแผนจำหน่ายซึ่งเป็นการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระดับน้ำตาลในเลือดสูง เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดีและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (Rupsom et al., 2024)

องค์ประกอบดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ มุ่งเน้นเพียงองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ไม่ได้นำมาบูรณาการให้ครบทั้ง 4 ด้าน อย่างเป็นระบบให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชนเมือง ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบ GMSC Model ซึ่งบูรณาการการกำหนดเป้าหมาย การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

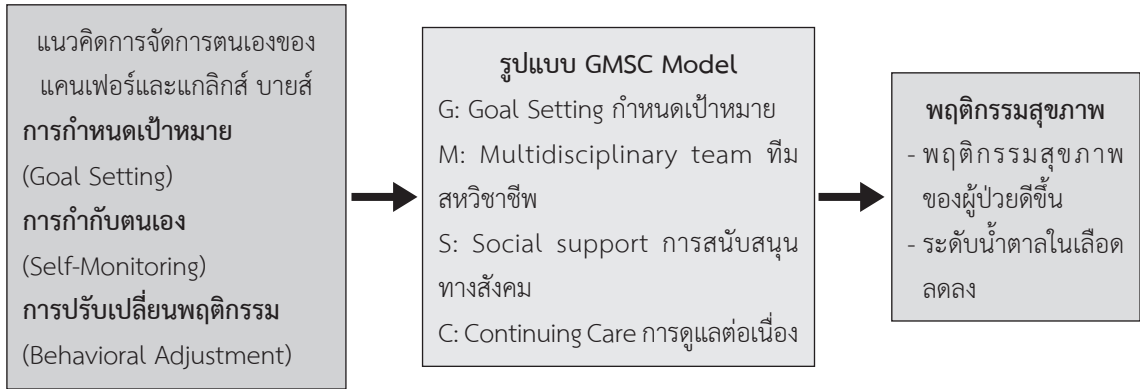
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองย่านยาว โรงพยาบาลตะกั่วป่า
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองย่านยาว โรงพยาบาลตะกั่วป่า
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองย่านยาว โรงพยาบาลตะกั่วป่า

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) เป็นกรอบแนวคิดหลัก ได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมาย (Goal Setting) เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 2) การกำกับตนเอง (Self-Monitoring) โดยการติดตามและประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral Adjustment) เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนด และบูรณาการแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลต่อเนื่อง ช่วยให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านพฤติกรรมและระบบบริการ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับ HbA1c ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่า ความรู้ ความตระหนักรู้และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Wongsreesha, Saensupa, & Niamdaeng, 2024) ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตให้ดีขึ้น (The Diabetes Association of Thailand, 2023) ประกอบด้วย ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียด และการจัดการภาวะเจ็บป่วย มากำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (GMSC Model) ประกอบด้วย G: Goal Setting คือ กำหนดเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำตาลในเลือด M: Multidisciplinary team คือทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และบุคลากรสาธารณสุข ให้ความรู้ฝึกทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ S: Social support คือการสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว ชุมชน และการเพิ่มช่องทางการสื่อสาร C: Continuing Care คือการดูแลต่อเนื่องเน้นการติดตามอย่างสม่ำเสมอช่วยให้

การควบคุมพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research & Development : R&D) ดำเนินการศึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ย่านยาว โรงพยาบาลตะกั่วป่า ระหว่างเดือน เมษายน ถึง เดือน กันยายน พ.ศ. 2568 มี 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์จากเอกสารและวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 ดังนี้

วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

ทบทวนรายงาน การเข้ารับการรักษาโรค ผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ แล้วนำมาสังเคราะห์ ยกร่างเป็นแนวทางในการพัฒนาทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในคลินิกเบาหวาน ก่อนเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสนับสนุนแนวทางการยกย่อง

วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองย่านยาว จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจงผู้ที่ควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ($HbA1C \geq 7\%$) อายุ 35 ปี ขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ถูกตัดขา ฟอกไต โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และสามารถสื่อสารได้ เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยได้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม 2 ข้อ คือ ข้อ 1 ท่านมีปัญหาการดูแลสุขภาพอย่างไร มีคำถามย่อยด้านการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย รับประทานยา จัดการความเครียด และจัดการภาวะเจ็บป่วย ข้อ 2 ท่านต้องการให้หน่วยงานสนับสนุนอะไรบ้าง มีคำถามย่อยด้านความรู้ คำแนะนำ ติดตามดูแลต่อเนื่อง จากทีมสหวิชาชีพและข้อเสนอแนะในการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวาน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวาน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) 0.67 - 1.00 จากนั้นนำแนวคำถามไปทดลองสัมภาษณ์ (pilot interview) กับผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 3 คน เพื่อประเมินความชัดเจนและความเข้าใจของคำถาม และปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง ในเดือน เมษายน พ.ศ. 2568 มีผู้เข้าร่วม 10 คน โดยไม่รวมผู้วิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตามหลักการวิจัยเชิงคุณภาพที่เหมาะสมกับการสนทนากลุ่ม และดำเนินการจนข้อมูลมีความอิ่มตัว (data saturation) ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น มีแนวคำถาม 2 ข้อ ผู้วิจัยทำหน้าที่กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็น มีผู้จัดบันทึก 2 คน ขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ภายหลังจากการสนทนา ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง และถอดเทปแบบคำต่อคำเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีการดำเนินงานดังนี้

1. จัดสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยนำแนวคิดเกี่ยวกับ การกำหนดเป้าหมาย การกำกับตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) การสนทนากลุ่มจัดเป็นกลุ่มย่อยโดยแยกตามประเภทผู้ให้ข้อมูล เพื่อเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น สะท้อนความเป็นจริงได้อย่างอิสระมากขึ้น ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c \geq 7%) จำนวน 15 คน และ 2) กลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวาน จำนวน 10 คน โดยแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 5 คน ใช้เวลาประมาณกลุ่มละ 30 นาที ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 ประเด็นการสนทนาประกอบด้วย 1) การกำหนดเป้าหมาย 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) การสนับสนุนทางสังคม และ 4) การดูแลต่อเนื่อง โดยขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา ภายหลังจากการสนทนา ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง และถอดเทปแบบคำต่อคำ

2. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อยกร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วย โดยนำผลการวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 2 มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) จัดหมวดหมู่ประเด็นสำคัญ สังเคราะห์ข้อมูล การกำหนดเป้าหมาย การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลต่อเนื่อง เพื่อกำหนดองค์ประกอบ กระบวนการและกิจกรรม มาสรุปเป็นร่างรูปแบบ

3. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของร่างรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน 1 ท่าน เกษัชกร 1 ท่าน และนักกายภาพบำบัด 1 ท่าน โดยประเมินความเหมาะสม ความครอบคลุม และความสอดคล้องขององค์ประกอบ กระบวนการ และกิจกรรมการดูแล ใช้มาตราส่วน 3 ระดับ (-1, 0, 1) คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะ โดยเพิ่มระยะเวลาการสอนของทีมสหสาขาวิชาชีพในแต่ละหัวข้อเป็น 30 นาที

4. ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ มีประเด็นคำถาม ลักษณะคำตอบ เป็นประมาณค่า 5 ระดับ จากมากที่สุดให้ 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้มากที่สุด (ปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ ทุกครั้ง) 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้มาก (ปฏิบัติบ่อยครั้ง) 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ปานกลาง (ปฏิบัติบางครั้ง) 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้น้อย (ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง) 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้น้อยที่สุด (ไม่เคยปฏิบัติ) นำไปให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในคลินิกโรคเบาหวานในจังหวัดสงขลาจำนวน 27 คน (กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis) ให้ตอบแบบสอบถาม แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ One Sample T Test เปรียบเทียบกับเกณฑ์ระดับดีขึ้น (ค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.50) พบว่ารูปแบบมีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ มีค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยความเหมาะสม \bar{X} ระหว่าง 4.52 - 4.85, SD ระหว่าง 0.32 - 0.51 โดยความเป็นไปได้ \bar{X} ระหว่าง 4.48 - 5.00, SD ระหว่าง 0.00 - 0.64 และ ประโยชน์ต่อ

ผู้รับบริการ \bar{X} ระหว่าง 4.70 - 5.00, SD ระหว่าง 0.00 - 0.69

5. ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานฉบับสมบูรณ์ ไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pre-test Post-test Design) ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองย่านยาว จังหวัดพังงา ได้รับการเจาะเลือดเพื่อคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1C \geq 7%) จำนวน 161 ราย เกณฑ์คัดเข้า คือ อายุ 35 ปี ขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ถูกตัดขา ฟอกไต โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และสามารถสื่อสารได้ เกณฑ์การคัดออก คือบกพร่องทางการรู้คิด (cognitive impairment) มีภาวะสับสนในผู้สูงอายุ ย้ายที่อยู่และมีอาการเปลี่ยนแปลงต้องส่งต่อในช่วงทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ (HbA1C \geq 7%) ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองย่านยาว จังหวัดพังงา ระหว่างเดือนเมษายน ถึง กันยายน 2568 คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two independent means (Two groups) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (Nawsuan & Thongnuannual, 2023) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.147 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 18 คน ซึ่งอาจส่งผลให้งานวิจัยไม่มีความน่าเชื่อถือจึงปรับค่าขนาดอิทธิพลเป็นขนาดสูงได้ค่าเท่ากับ .80 เมื่อคำนวณแล้วได้กลุ่มตัวอย่าง 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ GMSC Model ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 2 เป็นรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการในการทำกิจกรรม มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมาย (Goal Setting) 2) การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team Care) 3) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และ 4) การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) แต่ละองค์ประกอบมีการกำหนดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบสอบถามของพว.อรุณี ไตรแสง (2567) ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ประวัติโรคประจำตัวอื่น ๆ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพมี 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน 1) การควบคุมอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การรับประทานยา 4) การจัดการความเครียด และ 5) การจัดการภาวะเจ็บป่วย ลักษณะคำตอบแบบประมาณค่า 5 ระดับ จากมากที่สุดให้ 5 คะแนนถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน การแปลผลคะแนน 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมระดับต่ำ 2.34 - 3.67 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมระดับปานกลาง และ 3.68 - 5.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมระดับดี (Wichian, 1995)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ที่ปฏิบัติงานที่คลินิกเบาหวาน 1 ท่าน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวาน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานคลินิกเบาหวาน 1 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ระหว่าง .67 - 1.00 แล้วนำมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Fraenkel, Wallen & Hyun, 2012) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.827 โดย ด้านการควบคุมอาหารเท่ากับ .765 ด้านการออกกำลังกายเท่ากับ .798 ด้านการรับประทานยาเท่ากับ .781 ด้านจัดการความเครียดเท่ากับ .764 ด้านจัดการภาวะเจ็บป่วยเท่ากับ .801

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กำหนดช่วงเวลาเก็บข้อมูลทั้งสองกลุ่มพร้อมกันในเดือนเมษายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2568 โดยกลุ่มควบคุมให้บริการตามปกติช่วงเช้าของวันที่มีคลินิกเบาหวาน แต่กลุ่มทดลองนัดเป็นช่วงบ่ายเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา
2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย รูปแบบการดูแลผู้ป่วย การเข้าร่วมกิจกรรม การเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างรับทราบและลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568
3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบาย ขั้นตอนการทำกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัย

4. ผู้วิจัยบันทึกค่าน้ำตาลสะสมในเลือดและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ (Pretest)

ขั้นทดลอง

5. ผู้วิจัยดำเนินการตาม GMSC Model กับกลุ่มทดลองจำนวน 35 คน ในช่วงบ่ายของวันที่มีคลินิกเบาหวาน สัปดาห์ที่ 1 ทำกิจกรรมตามรูปแบบที่กำหนดในข้อ G, M และ S ใช้เวลา 2 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ทำกิจกรรมตามรูปแบบที่กำหนดในข้อ C ใช้เวลาครั้งละ 30 นาที กลุ่มควบคุม ให้บริการในช่วงเช้าของวันที่มีคลินิกเบาหวาน ให้การดูแลแบบเดิม มีการซักประวัติ อาการผิดปกติ ให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบใช้เวลาครั้งละ 3-5 นาที และนัดมารับยาครั้งต่อไปตามแผนการรักษาของแพทย์

ขั้นหลังการทดลอง

6. หลังจากดำเนินการตามรูปแบบ GMSC Model ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ (Posttest) และติดตามบันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอีกครั้งสัปดาห์ที่ 12

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติ Chi-square test และสถิติ Fisher's Exact test

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Pair t-test ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่าข้อมูลแจกแจงปกติ (p-value = .173, .293)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov พบว่าข้อมูลแจกแจงปกติ (p-value = .200, .200)

จริยธรรมการวิจัย

ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและได้รับเอกสารรับรองเลขที่ COA.PNPH 2025/026.1704 วันที่ 17 เมษายน 2568 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

ผลการวิจัย

1. ศึกษาสภาพการณ์ปัญหาและความต้องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองย่านยาว โรงพยาบาลตะกั่วป่า พบว่าปีงบประมาณ 2565-2567 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ HbA1C $\geq 7\%$ แนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 56.17, 57.80 และ 51.27

ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม พบประเด็นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการควบคุมอาหาร ส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารหวาน มีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการเลือกรับประทานอาหาร เช่น “ช่วงอากาศร้อนรู้สึกเพลีย กินน้ำหวาน ๆ เย็น ๆ ทุกวัน” 2) ด้านการออกกำลังกาย ซึ่งออกกำลังกายไม่เหมาะสมและไม่ตระหนัก เช่น “กลางวันทำงานบ้านตลอดทั้งวัน ก็ถือว่าได้ออกกำลังกายแล้ว” 3) ด้านการรับประทานยา ไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น “บางทีไม่ได้มาตามนัดไปทำงานแต่เช้าถึงค่ำ ขอยาเขากิน ของเขาเหลือเพราะบางทีเขาลืมกิน” 4) ด้านจัดการความเครียด มีวิตกกังวลเรื่องโรคเบาหวานโดยไม่หาวิธีจัดการหรือปรึกษาทีมสหวิชาชีพ เช่น “เคยมีอาการใจสั่นเหมือนจะเป็นลม กังวล นอนไม่ค่อยหลับ อยู่คนเดียวไม่ได้ปรึกษาใคร” 5) ด้านจัดการภาวะเจ็บป่วย ได้แก่ จัดการด้วยตนเองไม่ถูกต้องและไม่สะดวกเกี่ยวกับช่องทางการเข้าถึงบริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วย เช่น “หมอให้กินยามากเพราะน้ำตาลสูง ตอนนี้มีมือเย็นกินข้าวน้อย เลยหยุดยาเองหลังอาหาร”

ความต้องการโดยให้ความคิดเห็น ดังนี้ 1) ความช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ การให้ความรู้ การจัดให้มีช่องทางในปรึกษาได้ตลอดเมื่อมีข้อสงสัย ทางกลุ่มไลน์หรือโทรศัพท์ ดังคำพูด “มีคนมาบอกให้กินนั่นกินนี่ว่าลดน้ำตาลได้ ไม่นั่นใจ จะถามหมอ พอถึงวันนัดก็ลืมถาม” 2) การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังคำพูด “แต่ก่อนคุมน้ำตาลได้ หลังๆคุมแล้วก็ไม่ดีขึ้น ท้อแล้ว มีมายคนที่คุมได้อยากรู้ว่าเขาทำหรือ” 3) การติดตามดูแลต่อเนื่อง ดังคำพูด “ถ้าได้พูดคุยกันเรื่องการควบคุมน้ำตาลอยู่เรื่อย ๆ ก็ดี ได้เตือนสติกันมั่ง”

2. พัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองย่านยาว โรงพยาบาลตะกั่วป่า ได้ GMSC Model ประกอบด้วย G: Goal Setting หมายถึง การกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง M: Multidisciplinary team หมายถึง ทีมสหวิชาชีพ ให้ความรู้ฝึกทักษะเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย S: Social support หมายถึง การสนับสนุนทางสังคม มีบุคคลต้นแบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มไลน์ C: Continuing Care หมายถึง การติดตามดูแลต่อเนื่องให้ผู้ป่วยกำกับตนเองได้ (Self-Monitoring) (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองย่านยาว โรงพยาบาลตะกั่วป่า (GMSC Model)

ตารางที่ 1 กิจกรรม GMSC Model

GMSC Model	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม
G: Goal Setting	การกำหนดเป้าหมาย	1. Pretest เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพและแจ้งให้ทราบปัญหา 2. บันทึกข้อมูลสุขภาพ 3. กำหนดเป้าหมาย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดน้ำตาลในเลือด
M: Multidisciplinary team	ทีมสหวิชาชีพ	ให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย 1. เรื่องโรคเบาหวาน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยแพทย์ 2. เรื่องการปฏิบัติตัว สังเกตอาการผิดปกติ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการใช้คู่มือบันทึกสุขภาพ โดยพยาบาล 3. เรื่องอาหารเฉพาะโรค อาหารโลว์คาร์บ โดยโภชนากร 4. เรื่องการออกกำลังกาย วิธีที่เหมาะสม โดยนักกายภาพบำบัด 5. เรื่องยา อาการข้างเคียงและไม่พึงประสงค์ โดยเภสัชกร 6. เรื่องกำหนดลมหายใจ ฝึกสมาธิ โดยพระภิกษุ
S: Social support	การสนับสนุนทางสังคม	1. การปฏิบัติของบุคคลต้นแบบเพื่อเสริมพลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยแบบ “เพื่อนช่วยเพื่อน” 2. เปิดกลุ่มไลน์เชิญผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเข้าร่วมรับฟังปัญหา ตอบคำถามข้อสงสัยในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย 3. ทบทวนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ
C: Continuing of Care	การดูแลต่อเนื่อง	1. ดูแลต่อเนื่องเพื่อให้มีการกำกับตนเองได้(Self-Monitoring) 2. เยี่ยมติดตามพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 3. ทบทวนความรู้ พฤติกรรมและการบันทึกในสมุดสุขภาพ 4. Post-test ใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับ pretest และค่า HbA1c มาเปรียบเทียบกับก่อน-หลัง

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองย่านยาว โรงพยาบาลตะกั่วป่า

ตารางที่ 2 ทดสอบความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.780 ^a
ชาย	9	25.7	8	22.9	
หญิง	26	74.3	27	77.1	
ระดับการศึกษา					.099 ^b
ต่ำกว่าประถมศึกษา	21	60.0	18	51.4	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มัธยมศึกษา/ปวช.	13	37.1	12	34.3	
ปริญญาตรีขึ้นไป	0	0.0	5	14.3	
สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.9	0	0.0	
อาชีพ					.563 ^b
ค้าขาย	11	31.4	15	42.9	
รับจ้างทั่วไป	11	31.4	11	31.4	
แม่บ้าน	12	34.3	9	25.7	
อื่น ๆ	1	2.9	0	0.0	
ระยะเวลาการเป็นป่วยเป็นเบาหวาน	(\bar{X} = 6.72, SD= 6.24)		(\bar{X} = 5.63, SD= 5.74)		.438 ^c
การมีโรคประจำตัว					.333 ^b
ความดันโลหิตสูง	22	62.9	27	77.1	
ไขมันในเลือดสูง	6	17.1	5	14.3	
ไม่มี	7	20.0	3	8.6	

^aสถิติ Chi-square ^bสถิติ Fisher's Exact Test

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.3 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 60 อาชีพงานบ้านร้อยละ 34.3 มีประวัติโรคคือความดันโลหิตสูงร้อยละ 62.9 ในขณะที่กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงร้อยละ 77.1 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 54.1 อาชีพงานบ้านร้อยละ 25.7 มีประวัติโรคคือความดันโลหิตสูงร้อยละ 77.1 เมื่อทดสอบด้วยสถิติเชิงอนุมานพบว่าข้อมูลทั่วไปของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังพัฒนารูปแบบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยรวมและรายด้าน (n = 35)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังพัฒนา GMSC Model	กลุ่มทดลอง (n = 35)			กลุ่มควบคุม (n = 35)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ด้านการควบคุมอาหาร	3.88	0.40	ดี	3.43	0.31	ปานกลาง
2. ด้านการออกกำลังกาย	3.60	0.58	ปานกลาง	3.30	0.56	ปานกลาง
3. ด้านการรับประทานยา	4.14	0.48	ดี	3.66	0.30	ปานกลาง
4. ด้านจัดการความเครียด	4.11	0.42	ดี	3.66	0.43	ปานกลาง
5. ด้านจัดการภาวะเจ็บป่วย	4.10	0.38	ดี	3.48	0.43	ปานกลาง
รวมทุกด้าน	3.97	0.31	ดี	3.50	0.28	ปานกลาง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังใช้ GMSC Model ด้วยสถิติ paired t-test (n = 35)

รูปแบบ GMSC Model	n	\bar{x}	SD	df	t	p-value
พฤติกรรมสุขภาพ						
ก่อนใช้รูปแบบ	35	3.65	0.36	34	60.176	< .001
หลังใช้รูปแบบ	35	3.97	0.31			
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด						
ก่อนใช้รูปแบบ	35	7.86	1.12	34	41.356	< .001
หลังใช้รูปแบบ	35	7.42	1.07			

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independence t-test

รูปแบบ GMSC Model	n	\bar{x}	SD	df	t	p-value
พฤติกรรมสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	35	3.97	0.31	68	6.566	< .001
กลุ่มควบคุม	35	3.50	0.28			
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด						
กลุ่มทดลอง	35	7.42	1.07	68	-2.143	.036
กลุ่มควบคุม	35	7.93	0.93			

หลังใช้ GMSC Model พบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อแยกรายด้าน อยู่ในระดับดี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานยา 2) การจัดการความเครียด 3) ด้านจัดการภาวะเจ็บป่วย และ 4) ด้านการควบคุมอาหาร ส่วนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3) เมื่อทดสอบภายในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test พบว่าหลังทดลองคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001, .001$) (ตารางที่ 4) และเมื่อทดสอบระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001, .036$) (ตารางที่ 5)

อภิปรายผล

1. สภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองย่านยาว โรงพยาบาลตะกั่วป่า พบว่ามีปัญหาด้านอาหาร ออกกำลังกาย รับประทานยา จัดการความเครียด และการจัดการภาวะเจ็บป่วย ต้องการให้ทีมสหวิชาชีพช่วยให้ความรู้ ฝึกทักษะ การสนับสนุนทางสังคม การดูแลต่อเนื่อง เพื่อช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ที่สะท้อนให้เห็นการกำกับตนเองตามแนวคิดของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) และการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพเพื่อสนับสนุนและเพิ่มพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่พบว่า การส่งเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ทีมสหวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อปรับพฤติกรรมจะช่วยให้การดำเนินโรคดีขึ้น (Ruamsuk, 2024)

2. รูปแบบ GMSC Model ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยใช้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพจึงส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

G: Goal Setting มีการกำหนดเป้าหมายในการลดระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (The Diabetes Association of Thailand, 2023) ที่มีการสนับสนุนให้มีการตั้งเป้าหมายในการติดตามประเมินผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานตามระดับความรุนแรง และสอดคล้องกับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีองค์ประกอบของการตั้งเป้าหมาย สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 0.32 สะท้อนให้เห็นว่าการกำหนดเป้าหมายร่วมกับกระบวนการติดตามปรับพฤติกรรมมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ทางคลินิก (Alliston et al., 2024)

M: Multidisciplinary team มีทีมสหวิชาชีพให้ความรู้ ฝึกทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับการวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตรระยะ 4 เครือข่ายสุขภาพอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ สนับสนุนให้พฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดีขึ้นมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Isarapanit & Nawsuwan, 2022)

S: Social support มีการสนับสนุนทางสังคมได้แก่การสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ โทรศัพท์ เป็นการช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์ช่วยให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Nawsuwan & Thongnuannual, 2023)

C: Continuing of Care มีกระบวนการติดตามดูแลต่อเนื่องโดยเยี่ยมติดตามทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 เพื่อทบทวนความรู้ พฤติกรรมและการบันทึกในสมุดสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (The Diabetes Association of Thailand, 2023) เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเน้นการแนะนำสม่ำเสมอจากทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเรียนรู้ทักษะการฝึกปฏิบัติต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า การดูแลต่อเนื่องช่วยส่งเสริมความสามารถในการจัดการและสร้างความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 0.28–0.70 (Sari et al., 2025)

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบ GMSC Model มีผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ย (\bar{X} = 3.97, SD = 0.31) ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (\bar{X} = 3.65, SD = 0.36) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ย (\bar{X} = 7.42, SD = 1.07) ลดลงดีวก่อนใช้รูปแบบ (\bar{X} = 7.86, SD = 1.12) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าพฤติกรรมหลังใช้รูปแบบของกลุ่มทดลอง (\bar{X} = 3.97, SD = 0.31) ดีกว่ากลุ่มควบคุม (\bar{X} = 3.50, SD = 0.28) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดกลุ่มทดลอง (\bar{X} = 7.42, SD = 1.07) กลุ่มควบคุม (\bar{X} = 7.93, SD = 0.93) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพในการกำหนดเป้าหมายได้ (Goal Setting) โดยมีการกำกับตนเอง (Self-Monitoring) และปรับพฤติกรรมได้ (Behavioral Adjustment) ตามแนวคิดของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) และสอดคล้องกับสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยซึ่งสรุปไว้ว่าการปรับพฤติกรรมเป็นการประยุกต์หลักการจากการได้รับความรู้ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อแก้ไขพฤติกรรมซึ่งสามารถวัดได้ (The Diabetes Association of Thailand, 2023) และสอดคล้องกับผลการวิจัยผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลฝาง จังหวัด

เชิงใหม่ ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ดีขึ้นแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (Boonmee et al., 2024) แม้ว่าพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย และเพศหญิงอาจมีภาระงานทั้งนอกและในบ้านส่งผลให้เวลาในการออกกำลังกายน้อย สอดคล้องกับการวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนไทย พบว่าระยะเวลาการออกกำลังกายเฉลี่ยยังอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะประชากรเพศหญิง ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Jivaramonaiikul & Sirimanassakul, 2025)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำรูปแบบ GMSC Model ขยายผลใช้ได้กับคลินิกโรคเบาหวานที่มีทีมสหวิชาชีพ
2. ควรนำรูปแบบ GMSC Model ไปใช้เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน เช่น กลุ่มเสี่ยงก่อนเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มผู้สูงอายุ และโรคเรื้อรังอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาต่อยอดผลการวิจัยครั้งนี้ ในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีโดยติดตามผลระยะยาวเกิน 12 สัปดาห์ เพื่อให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission)
2. ควรศึกษาในผู้ป่วยที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีและลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพื่อนำกลวิธีมาเสริมสร้างพลังอำนาจ สร้างแรงจูงใจ ให้กับกลุ่มที่ยังควบคุมไม่ได้
3. ควรศึกษาด้านการออกกำลังกายเป็นการเฉพาะ เนื่องจากเป็นด้านเดียวที่ยังไม่บรรลุระดับดี

References

- Alliston, P., Jovkovic, M., Khalid, S., Fitzpatrick-Lewis, D., Ali, M. U., & Sherifali, D. (2024). The effects of diabetes self-management programs on clinical and patient-reported outcomes in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare*, 17(5), 1348104. doi:10.3389/fcdhc.2024.1348104
- American Diabetes Association. (2023). Standards of care in diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46(Suppl. 1), S1-S291.
- Boonkruachoo, A., & Kanjanapangka, P. (2023). Effectiveness of an innovative health promotion model for patients with diabetes at Laplae Hospital. *Journal of Disease Prevention and Control: Phitsanulok*, 10(1), 73-91.
- Boonmee, P., Jaiboon, S., Wisitjaroen, K., & Kaweenantachai, D. (2024). Effects of a Self-Management Behaviors for Slowing the Progression of Diabetic Nephropathy among Diabetic Patients at Fang Hospital, Chiang Mai Province. *Journal of Health Sciences Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong*, 8(2), 1-15.
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1992). A template approach to text analysis: Developing and using codebooks. In B. F. Crabtree & W. L. Miller (Eds.), *Doing qualitative research in primary care: Multiple strategies* (pp. 93-109). Sage Publications.

- Department of Disease Control. (2021). *Report on the situation of diabetes and its complications*. Ministry of Public Health.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Fraenkel, R. J., Wallen, E. N., & Hyun, H. H. (2012). *How to design and evaluate research in education* (8th ed.). New York: McGraw-Hill.
- International Diabetes Federation. (2025). *IDF diabetes atlas* (11th ed.). Brussels, Belgium: Author.
- Isarapanit, A., & Nawsuwan, K. (2022). Development of care model in Diabetic and Hypertention with stage 4 renal complications in Khuan Niang District Health Network, Songkhla Province. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 14(1), 157-175.
- Jivaramonaikul, T., & Sirimanassakul, K. (2025). Factors affecting exercise behaviour among Thai people. *Weekly Epidemiological Surveillance Report*, 56(10), 1-12.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed., pp. 305-360). Oxford: Pergamon Press.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Nawsuwan, S., & Thongnuannual, P. (2023). Development of a social support model to promote health care behaviors among diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels. *Journal of Public Health and Innovation*, 3(3), 18-31.
- Ruamsuk, T. (2024). Nursing care for elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease and bladder cancer after bladder surgery with fatigue and dizziness in the community using Orem's nursing theory: A case study. *Journal of Research for Health Promotion and Quality of Life*, 4(1), 107-118.
- Rupsom, M., Worawittayasrangkul, R., Rungrueng, W., & Kaewwana, C. (2024). Effectiveness of discharge planning program for diabetic patients with hyperglycemic patients for decrease readmission rate at Nonghan Hospital, Udon Thani Province. *Journal of Environmental Education Medical and Health*, 9(4), 349-360.
- Sari, C. W. M., Haroen, H., Juniarti, N., Amalia, L., & Pardosi, J. F. (2025). A systematic review of continuity of care strategies for enhancing diabetes self-management in older adults in Asian countries. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 5441–5459. doi:10.2147/JMDH.S536258
- The Diabetes Association of Thailand. (2023). *Clinical practice guidelines for diabetes, 2023*. Bangkok: Srimuang Printing Co., Ltd.
- The Nephrology Society of Thailand. (2022). *Recommendations for the care of patients with chronic kidney disease before renal replacement therapy, 2022 (Revised edition)*. Bangkok: Srimuang Printing.

- Traisaeng, A. (2024). Effects of a self-management support program on self-management behaviors and glycosylated hemoglobin levels among patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health*, 47(2), 98-112.
- Wachirarommaneeyakul, T. (2024). Effective of social support program among uncontrolled diabetic patients at Thungsaliang Hospital, Sukhothai Province. *Nursing, Health, and Public Health Journal*, 3(3), 1-13.
- Wichian, K. (1995). *Statistics for research* (5th ed.). Srinakharinwirot University Press.
- Wongsreesha, W., Saensupa, W., & Niamdaeng, P. (2024). Development of a health behavior modification model to reduce glycosylated hemoglobin (HbA1C) levels among diabetic patients through self-management awareness during the COVID-19 situation at Nakae Hospital, Nakhon Phanom Province. *Journal of Environmental Health and Community Health*, 9(5), 220-228.
- World Health Organization. (2022). *Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care*. Geneva: World Health Organization.
- Yan Yao Health Center. (2024). *Diabetes clinic patient record files, 2022–2024*. Duplicated document, Department of Social Medicine, Takuapa Hospital, Phangnga Province.

Factors Associated with Sexual Dysfunction among Men with Type 2 Diabetes Mellitus in Botswana

Gaogakwe Ramaologa, M.N.S.¹, Khemaradee Masingboon, D.S.N.^{2*}, Niphawan Samartkit, Ph.D.³

Abstract

This descriptive correlational study aimed to examine the prevalence of sexual dysfunction and its associated factors, including age, health status, diabetes duration, HbA1C, and couple satisfaction with sexual dysfunction among men with T2DM in Botswana. Engel's Biopsychosocial Model served as the conceptual framework (Engel, 2012). Simple random sampling was used to recruit 200 men with T2DM attending an outpatient diabetes clinic in Botswana. The tools used included a demographic questionnaire, the Short Form-12 (SF-12), the Couples Satisfaction Questionnaire (CSQ-4), and the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ-14). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation.

Results revealed that 64.5% of participants had HbA1C levels $\geq 8\%$, indicating poor glycemic control (HbA1C $\geq 8\%$). 70 % (n = 140) of participants reported sexual dysfunction. Strong positive correlations were found with age ($r = .547, p < .001$), and moderate correlations were observed for diabetic duration ($r = .375, p < .001$). Weak positive correlations were observed with couple satisfaction ($r = .189, p = .007$), while negative correlations were observed with health status ($r = -.235, p < .001$). However, no significant correlation was found between sexual dysfunction and HbA1c levels.

Sexual dysfunction is highly prevalent among men with type 2 diabetes mellitus. Age, health status, diabetes duration, and couple satisfaction were significantly associated with sexual dysfunction. Healthcare interventions should focus on promoting overall health status, improving diabetes control, and providing couples counselling to enhance relationship quality, thereby improving sexual health outcomes in men with type 2 diabetes mellitus.

Key words: Sexual dysfunction, Men with type 2 diabetes mellitus, Couple satisfaction, Botswana

¹ Student of Master degree of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: khemaradee@nurse.buu.ac.th

Significance of the problem

Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) is a condition caused by insufficient insulin production, obesity, genetic mutations, hormonal disorders, and pancreatic damage (World Health Organization, 2024). It leads to biochemical variations, pathological changes and complications in organs like the eyes, kidneys, heart, and genitourinary, resulting in sexual dysfunction (SD) (Banday et al., 2020)

Botswana, situated in southern Africa, like many countries, faces a significant diabetes mellitus (DM) problem. The World Health Organization (2022), stated that DM is the sixth leading cause of death in Botswana. The country was expected to have 78,100 diabetes cases in 2021, with T2DM accounting for 5.2%. In 2020, Botswana accounted for 6.56 % of diabetes fatalities, ranking ninth globally. Over 80% of diabetic patients have complications like cardiovascular disease, chronic kidney disease, and diabetic retinopathy (Rwegerera et al., 2018). In 2022, Block 6 clinic, a diabetes-specialized clinic in Gaborone, Botswana, treated 1,100 T2DM patients monthly, with 38.6% being men, seeing 20-21 T2DM men daily. Although no study has been conducted on the prevalence of SD among men with T2DM, it is likely to exist in Botswana.

Sexual dysfunction is a condition where an individual experiences loss of sexual drive, desire, arousal, and fulfillment (WHO, 2022). It is classified according to sexual cycle response being erectile dysfunction, hypoactive sexual desire, pain disorder, and orgasm disorder (Olivier, 2017). In Ethiopia, the prevalence of SD is highest in orgasm disorder at 99.5%, followed by erectile disorder at 99.3%, desire disorder at 91.8%, pain disorder at 42%, and pleasure disorder at 52.4% (Getie Mekonnen et al., 2021).

The global aging population and rising DM rates contribute to high overall SD incidence in T2DM men, negatively impacting their quality of life (QoL). Chronic medical disorders like DM can lead to SD, affecting their physiological, social, and psychological well-being (Anderson et al., 2022). Stress exacerbates hyperglycemia, leading to additional illnesses, complications, and rehospitalization, affecting patients' QoL (Elterman et al., 2021). Prolonged hyperglycemia can also decrease sperm quality, potentially affecting fertility or impotence (Chen et al., 2019). Inability to engage in regular sexual activity can lead to dissatisfaction, low self-esteem, feelings of insecurity, inadequacy, and unmasculinity (Thongtang & Seesawang, 2020). According to Das et al. (2018), men are more prone to developing T2DM complications due to their less aggressive health pursuits than women; hence, it is imperative to explore factors associated with SD in men with T2DM in Botswana, with a conscious awareness of the SD impact.

According to the literature review, variables associated with SD may be divided into three categories: biological, psychological, and social (Zarif Golbar Yazdi et al., 2020). By integrating these elements, the Biopsychosocial model highlights that a holistic approach encompassing all domains is necessary to evaluate and address patient requirements, while each area alone is insufficient (Engel, 2012).

In this study, biological domains such as age, diabetes duration, and HbA1C were investigated, whereas the psychological domain included health status and couple satisfaction. The variables were chosen based on the aforementioned domains and the WHO's major objective for DM: controlling blood glucose and achieving good HbA1C levels. The age factor can influence self-management and self-care of T2DM, which, if not addressed properly, can lead to complications such as SD; hence, it was chosen to investigate the prevalence of SD among men with T2DM in Botswana.

Age in men with T2DM is defined as the time from birth and study, expressed in solid years (United Nations, 2017). Literature review found that SD is common in men with T2DM, especially older men (Defeudis et al., 2022). While SD is considered normal with ageing, sexuality remains a key aspect of masculinity and is part of how men define themselves, and it exists independently, and even as they age, they continue to enjoy a sex life (Chung, 2019).

Diabetes duration is the time from when a physician diagnoses T2DM with a high blood sugar level (126 mg/dl or above) to the study date (World Health Organization, 2022). This is the number of years since the patient was diagnosed with T2DM. Diabetes-related SD is mostly neurogenic and vasculogenic (Hurisa & Negera, 2020).

HbA1C is a test that measures the average blood glucose level in men with T2DM during the previous 2-3 months, showing glycemic control (Selvin, 2021). A literature review found a link between uncontrolled blood sugar and the occurrence of SD in men with T2DM, and poor glycemic control is a risk factor for SD, which has been shown to worsen with the duration of T2DM (Hurisa & Negera, 2020).

Health status is men's perceptions of their health in terms of a function/dysfunction continuum of everyday activities, which may be judged as excellent or poor, both physically and mentally (Centers for Disease Control and Prevention, 2024). SD has a significant impact on the health status of men with T2DM because it causes men to lose self-esteem and self-efficacy (Thongtang & Seesawang, 2020). The emphasis is on patient-centered health care as mental health is a key issue, necessitating interventions that address both the physical and emotional health of men with T2DM.

Couple satisfaction is defined as true joy, pleasure, and satisfaction felt by men with T2DM in their relationships (Asadi et al., 2020). Sexual interactions are the most important factors impacting personal happiness and married life, and if dissatisfied, it leads to poor psychological well-being, expressing feelings of failure and insecurity (Heidari et al., 2019). Furthermore, low self-esteem, which relates to a loss of masculinity in men, decreased sexual and emotional closeness in a couple relationship, may lead to divorce in many cases (Cooper et al., 2018).

Despite substantial worldwide research, no studies have been conducted in Botswana on SD and its associated factors in men with T2DM. Cultural stigma, a lack of information, and an unwillingness to perceive SD as a masculine issue all contribute to this disparity. Addressing it can provide useful insights for nursing practice and help shape treatments aimed at lowering the psychological and social costs of SD in this group.

Research Objectives

1. To assess the prevalence of sexual dysfunction among men with type 2 diabetes mellitus in Block 6 clinic in Botswana.
2. To examine the associations between selected factors, including age, health status, diabetes duration, HbA1C, and couple satisfaction with sexual dysfunction among men with T2DM in Botswana.

Research Hypothesis

There were relationships between age, diabetes duration, HbA1C, health status, and couple satisfaction with sexual dysfunction among men with type 2 diabetes mellitus in Botswana.

Conceptual Framework

The present study was conducted in accordance with Engel’s Biopsychosocial Model, which emphasizes that health and illness are not solely determined by biological processes, but also by psychological states (including stress, emotions, and behavior) and social surroundings (including relationships and culture). This model was employed to direct the investigation of the causal pathway by which the five variables of age, diabetes duration, HbA1C, health status, and couple satisfaction may correlate with the overall sexual dysfunction of male patients. The model was selected to investigate the factors that are associated with sexual dysfunction in men with T2DM. This is achieved by establishing a complex relationship among a variety of biological, psychological, and social factors that are associated with sexual dysfunction in men with T2DM, as illustrated in Figure 1.

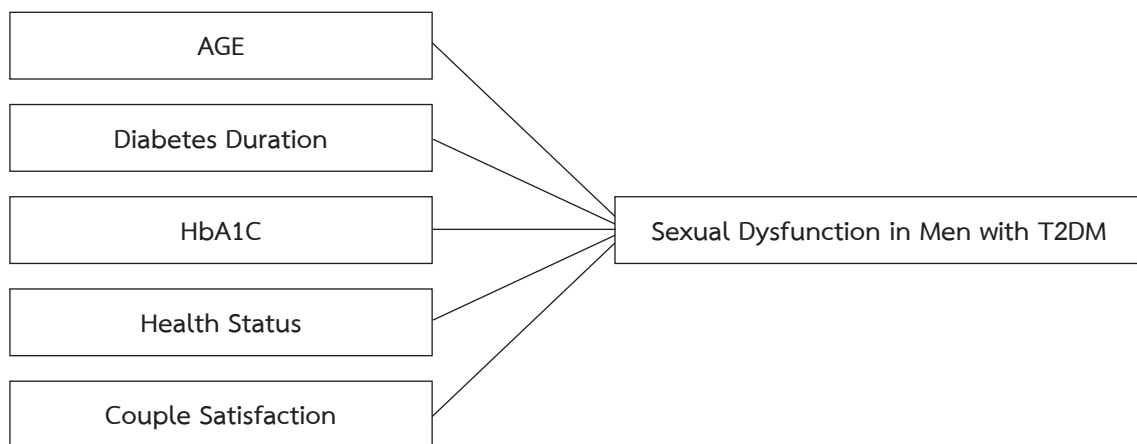


Figure 1 Research framework

Methods

Research Design

A descriptive correlational design was used to investigate factors associated with sexual dysfunction among men with T2DM at Block 6 clinic, Gaborone, Botswana.

Population and Sample

The target population of the proposed study was men with T2DM in Gaborone, Botswana, who sought care at Block 6 clinic during April to June 2025.

The sample was composed of men with T2DM who come to Block 6 clinic for diabetes services and met the following criteria: 1) age 35 to 75 years old; 2) T2DM diagnosis identified on patient's medical record before the recruitment date in the past 5 years; 3) was sexually active in the last 3 months; 4) no mental illness (which was documented on patient medical cards); 5) no disabilities such as blindness or hearing loss, paralysis or weakness; 6) If there were co-morbidities, it was in stable condition; and 7) be able to understand, read and write in Setswana (official language of Botswana)

The sample size was determined using G*Power, with a Pearson r correlation effect size (small) = 0.20, power 0.80, 2-tailed, alpha = 0.05, yielding a sample size of 193. The sample size was increased by 10 participants to account for possible outliers; 3 outliers were identified during analysis and deleted, resulting in a sample size of 200, which was sufficient for normal distribution analysis. Eligible participants were recruited by a simple random sampling technique. Ten participants were randomly selected each working day (Monday to Friday) until the prescribed sample size of 200 was reached.

Research Instruments

Four instruments were used to collect data in this study. All instruments were used with permission. The Cronbach's alpha was used to determine the reliability of each instrument in 30 men with T2DM, who had the same characteristics as the sample of the study

1) The demographic information questionnaire

The demographic questionnaire was a self-report developed by a researcher aimed at describing the study sample regarding personal characteristics. It includes a) the general information: age, marital status, level of education, smoking cigarettes, drinking alcohol, and socio-economic status; and b) the health information (collected from patients' medical records), including diabetes duration, glycemic control (HbA1C), BMI, comorbidities, diabetic medications, any traditional medicine, and T2DM complications.

2) The Short Form-12 v2 (SF-12 vs 2)

The Short Form-12 (SF-12) was employed to evaluate health status from the patient's perspective. It was a revised version of the original SF-36, which was developed by Ware et al. (1996). This multi-purpose generic health status questionnaire comprises 12 items that measure 8 health domains under 2 subscales: physical and mental health. The questionnaire has been validated across a variety of chronic diseases and conditions. Reliability of the physical health domain was at Cronbach's alpha 0.79, mental health domain was at Cronbach's alpha 0.85 (Ibrahim et al., 2020). The Cronbach alpha in this study was 0.9.

3) The Couple Satisfaction Index - (CSI-4)

Funk and Rogge (2007) developed the Couple Satisfaction Index-4 (CSI-4), a validated

self-report instrument, to assess the satisfaction of couple relationships in this study. The total score range of 0 to 21 is achieved by rating responses on a combination of 6-point and 7-point Likert scales, which are comprised of four items. Significant relationship dissatisfaction is indicated by scores below 13.5 (Funk & Rogge, 2007). Omani-Samani et al. (2018) have demonstrated that the CSI-4 is highly reliable, with a Cronbach alpha of 0.846. The Cronbach alpha in this study was 0.85.

4) The Changes in Sexual Function Questionnaire M-C (CSFQ-14)

The study used the Changes in Sexual Function Questionnaire (CSFQ-14), a validated short-form instrument designed to measure sexual SD in men, created by Clayton et al. (2002). The CSFQ-14 consists of 14 items scored on a 5-point Likert scale, addressing three areas of sexual functioning: desire, arousal, and orgasm. A total score of 47 or below in men or scores below predetermined cut-offs in any subscale suggest SD. The technique offers a systematic assessment of sexual function throughout the sexual response cycle. The scale has good internal consistency in the male version of Cronbach's alpha of 0.72, making it a reliable psychometric property (Asefa et al., 2019). The Cronbach alpha in this study was 0.82.

Data Collection

Data were collected using simple random sampling to recruit 200 men with T2DM attending out-patient care at Block 6 clinic in Gaborone, the capital city of Botswana, by the researcher and a trained male research assistant. Eligible participants who expressed interest in taking part in the study were asked to independently complete the study questionnaire in a private location after signing a consent form. All participant data was kept confidential. The researcher on-site validated questionnaire completion. Data collection continued until the required sample size was reached.

Data Analysis

Data were analyzed using SPSS statistical software. The alpha (α) level of statistical significance was set at 0.05. Descriptive statistics were used to describe participants' characteristics, including frequencies, means, and standard deviations. Pearson's product-moment correlation was used to examine the relationships between sexual dysfunction, age, diabetes duration, HbA1C, health status, and couple satisfaction. All assumptions for Pearson correlation were met.

Ethical consideration

Burapha University's Institutional Review Board approved this study under protocol code G-HS 100/2566 (12/January/2024), and the Botswana Ministry of Health approved it under protocol code HPRD:6/14/1 (8/March/2024). All participants provided informed consent before any data were collected. They voluntarily participated after being fully informed of the study goals.

Results

Part 1: Demographic characteristics of participants

The study included 200 men with T2DM, aged 35-70 years, with a mean age of 54 years. Most of the age falls in the middle age (44-59 years) at 51.5 %. A larger proportion of marriage status falls under married (60%), followed by single (34%). The majority (33%) had a tertiary education. For

individual income, 35 % had no income. 18% of participants drink alcohol, and 5.5 % smoke cigarettes currently.

66.5% of participants had DM for 5-10 years. Regarding glycemic control, 64.5% of participants had HbA1C levels \geq 8%, indicating poor glycemic control, while 28% had moderate control (HbA1C 7-7.9%). Comorbidities were presented in 91% of participants, with hypertension being the most common (52.8%). Diabetes-related complications occurred in 64.5% of participants, with diabetic neuropathy being the most prevalent (46.5%), followed by combined diabetic neuropathy and diabetic retinopathy (31%).

Part 2: Description of sexual dysfunction

Table 1 presents information about sexual dysfunction (SD) and its subscales. Sexual dysfunction was measured by CSFQ-14, which has three subscales: desire, arousal, and orgasm. The SD cut-off point is 47; for the subscales, the desire cut-off points are 19 (both arousal and orgasm), as illustrated in Tables 1 and 2. The total score on the CSFQ-14 ranged from 21 to 59 out of 70, and the mean score was 42.34 (SD = 8.49). For the subscales, the desire had a mean score of 14.86 (SD = 3.12), the arousal had a mean score of 9.18 (SD = 2.58), and the orgasm had a mean score of 9.27 (SD = 2.38).

Table 1 Range, mean, and standard deviation of sexual dysfunction (n = 200)

Sexual dysfunction & subscales	Possible scores	Actual Scores	M	SD
Total SD	14-70	21-59	42.34	8.49
Desire	5-25	7-22	14.86	3.12
Arousal	3-15	3-14	9.18	2.58
Orgasm	3-15	3-13	9.27	2.38

Table 2 presents the prevalence of sexual dysfunction among participants. Overall, 70% (n = 140) of participants reported experiencing sexual dysfunction. Analysis by subscale revealed high prevalence rates across all domains: 89 % reported desire disorders, 99 % reported arousal disorders, and 100% reported orgasm disorders.

Table 2 Prevalence of sexual dysfunction in men with T2DM (n=200)

Sexual dysfunction	Yes / n (%)	No / n (%)
Overall SD	140 (70)	60 (30)
Desire	178 (89)	22 (11)
Arousal	198 (99)	2 (1)
Orgasm	200 (100)	-

Table 3 presents the descriptive statistics of study variables, including couple satisfaction, physical health status, and mental health status. The mean score of couple satisfaction was 13.50

(SD = 3.02). Overall health status showed a low level with a mean score of 38.78 (SD = 3.52). Both physical health status and mental health status scores were at mild levels, with mean scores of 18.82 (SD = 2.14) and 19.80 (SD = 2.14), respectively.

Table 3 Range, Mean and Standard deviation of variables (n = 200)

Variables	Possible score	Actual score	M	SD
Couple satisfaction	0-21	7-19	13.50	3.02
Health status	0-100	30-46	38.78	3.52
Physical health	0-50	14-23	18.82	2.14
Mental health	0-50	12-24	19.80	2.14

Part 3: Factors associated with sexual dysfunction among men with type 2 diabetes mellitus in Botswana

Table 4 shows a strong positive significant correlation between sexual dysfunction and age ($r = .547, p < .001$) and a moderate positive significant correlation between sexual dysfunction and diabetic duration ($r = .375, p < .001$). A weak positive correlation was observed between sexual dysfunction and couple satisfaction ($r = .189, p = .007$). Sexual dysfunction showed a significant negative correlation with health status ($r = -.235, p < .001$). However, there is no significant correlation found between sexual dysfunction and HbA1c levels ($r = .067, p > .05$).

Table 4 Relationships between study variables and sexual dysfunction among men with type 2 diabetes mellitus in Botswana (n = 200)

Variables	Correlation coefficient
Age	.547**
Diabetes duration	.375**
HbA1C	.067
Health status	-.235**
Couple satisfaction	.189**

* = $p < .05$, ** = $p < .01$

Discussion

Sexual dysfunction among men with T2DM in Botswana

The study discovered a significant prevalence of SD at 70%, with subscale prevalence of 89% for desire disorder, 99% for arousal disorder, and 100% for orgasmic disorder. This progression from fewer sexual ideas to inability to attain arousal and orgasm indicates serious SD. The average participant age was 54, with 51.5% aged 44-59 and 33.3% aged 60-70, pointing to age-related testosterone reduction as a biological risk factor. Low or no income (35%) restricts availability to diabetic meals in

Botswana, resulting in poor glycemic management and resultant SD. 36% of respondents reported having consumed alcohol, with long-term usage lowering blood flow and testosterone levels, aggravating the risk of SD.

Comorbidities were observed in 91% of individuals, with hypertension (52.8%) which promotes atherosclerosis and reduces penile blood flow. Furthermore, 65% experienced diabetes-related problems, with diabetic neuropathy accounting for 59%, which directly affects nerve impulses necessary for sexual function. These findings are consistent with the biological domain of the Biopsychosocial Model, which relates T2DM's effects on nerves and arteries to SD (Defeudis et al., 2022; Lugg, 2022). Demographic variables, such as age and comorbidities, exacerbate these biological disturbances, altering the neurogenetic, hormonal, and hemodynamic integration of sexual function.

Factors associated with sexual dysfunction among men with type 2 diabetes mellitus

Results of the study revealed that there were associations between age, diabetic duration, HbA1c, health status, and couple satisfaction with sexual dysfunction.

Age

Age was strongly linked with SD, with a mean age of 54.01 (SD = 9.39) and a strong positive connection ($r = .547$, $p < .001$). This lends credence to the biological domain of the Biopsychosocial model, suggesting that age-related testosterone reduction and SD are linked. The study reveals that males with T2DM are more likely to develop SD as they become older. These findings are comparable with those of Getie Mekonnen et al. (2021), who observed a 43% prevalence of SD in Ethiopian men over the age of 50.

Diabetic Duration

The average duration of diabetes was 10.29 years (SD = 5.30), and there was a strong positive link with SD ($r = .375$, $p < .001$). Longer diabetes duration, according to the Biopsychosocial model, is associated with neurogenic and vasculogenic consequences that lead to SD. These data lend credence to the idea that long-term diabetes exacerbates the physiological damage that leads to SD. Faselis et al. (2020) also discovered that males with T2DM are three times more likely to develop SD, with at least half impacted within 10 years of diagnosis.

HbA1C

The study's average HbA1C level was 10.20 (SD = 3.09), with no statistically significant relationship to sexual dysfunction ($r = .067$, $p > .05$). Despite the lack of significance, high HbA1C was associated with a high prevalence of SD, which is consistent with the Biopsychosocial model's biological domain. Chronic hyperglycemia may affect spermatogenesis, leading to SD. Hurisa and Negera (2020) found a 55% relationship between uncontrolled blood sugar and SD in Ethiopia. Shiferaw et al. (2020) discovered that males with HbA1C > 7% were more likely to suffer from Erectile dysfunction (ED) compared to those with lower values.

Health status

The study found a mean health status score of $M = 38.78$ (SD = 3.52), with physical health at $M = 18.82$ (SD = 2.14) and mental health at $M = 19.80$ (SD = 2.14). A substantial negative connection

was established between health status and sexual dysfunction ($r = -0.235$, $p < .001$), agreeing with the psychological domain of the Biopsychosocial model. The low physical and mental health scores indicate that poor health is a contributing factor to SD. Corona et al. (2020) found that SD decreases the quality of life and adherence of patients with diabetes. Thongtang and Seesawang (2020) found that worsening QoL was associated with ED severity in diabetic groups.

Couple satisfaction

The study discovered a mean couple satisfaction score of 13.50 ($SD = 3.02$), a statistically significant positive relationship between couple unhappiness and sexual dysfunction ($r = .189$, $p = .007$), and an overall dissatisfaction rate of 52%. Within the Biopsychosocial model's social domain, these findings indicate that relationship quality has a major influence on sexual health. Social contact and emotional closeness are inextricably tied to sexual function. The findings are consistent with Getie Mekonnen et al. (2021) observation that relationship dissatisfaction has a detrimental impact on psychological well-being and sexual desire. Poor health conditions may have exacerbated discontent and sexual dysfunction in this demographic.

The findings indicate a significant association between the selected factors and sexual dysfunction, consistent with the Biopsychosocial Model, which explains how interactions among biological, psychological, and social factors shape sexual functioning and well-being in individuals with type 2 diabetes mellitus.

Implication of the results

The study found a strong association between SD and men in Botswana. This emphasizes the need to include sexual health in diabetes management. It underscores the importance of treating not only the physical but also the psychological and social components of diabetes management. The findings imply that unresolved sexual dysfunction might have a significant impact on diabetic men's overall health and quality of life. Furthermore, cultural barriers and stigma may prevent frank talks, delaying diagnosis and care. The report also indicates a gap in healthcare providers' ability to address this issue properly.

Recommendation for Further Study

All men with T2DM should have regular SD screenings at health facilities. Diabetes care should take a comprehensive approach that includes sexual health examinations, counseling, and relationship assistance. Training programs for healthcare practitioners are required to enhance the identification and treatment of SD. Public awareness efforts should be implemented to educate communities and decrease stigma. Sexual health treatments need to be included in national diabetes strategies and primary care. More studies are needed to investigate the cultural, psychological, and physiological components of SD among T2DM men.

Acknowledgement

The authors would like to acknowledge the Thailand International Development Cooperation Agency (TICA), the Ministry of Health (MoH), the Southern Region of Botswana, and Burapha University, Thailand, for providing the scholarship. Also, special thanks to the staff of Block 6 clinic, the Jwaneng District Health Management Team for giving me the chance to study, my friends and family for supporting this study. Sincere gratitude to all authors who granted permission to use their instruments. Our sincere gratitude goes to all participants for their cooperation and willingness to participate in this study.

Conflict of interest:

The authors declare no conflict of interest.

References

- Anderson, D., Laforge, J., Ross, M. M., Vanlangendonck, R., Hasoon, J., Viswanath, O., Kaye, A. D., & Urits, I. (2022). Male sexual dysfunction. *Health Psychology Research, 10*(3), 37533. doi:10.52965/001c.37533
- Asadi, M., Ghasemzadeh, N., Nazarifar, M., & Niroumand Sarvandani, M. (2020). The effectiveness of emotion-focused couple therapy on marital satisfaction and positive feelings towards the spouse. *Shahroud Journal of Medical Sciences, 6*(4), 36-40. doi:10.22100/ijhs.v6i4.804
- Asefa, A., Nigussie, T., Henok, A., & Mamo, Y. (2019). Prevalence of sexual dysfunction and related factors among diabetes mellitus patients in Southwest Ethiopia. *BMC Endocrine Disorders, 19*(1), 141. doi:10.1186/s12902-019-0473-1
- Banday, M. Z., Sameer, A. S., & Nissar, S. (2020). Pathophysiology of diabetes: An overview. *Avicenna Journal of Medicine, 10*(4), 174-188. doi:10.4103/ajm.ajm_53_20
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Diabetes and men*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/diabetes/risk-factors/diabetes-and-men.html>
- Chen, L., Shi, G. R., Huang, D. D., Li, Y., Ma, C. C., Shi, M., Su, B. X., & Shi, G. J. (2019). Male sexual dysfunction: A review of literature on its pathological mechanisms, potential risk factors, and herbal drug intervention. *Biomed Pharmacother, 112*, 108585. doi:10.1016/j.biopha.2019.01.046
- Chung, E. (2019). Sexuality in ageing male: Review of pathophysiology and treatment strategies for various male sexual dysfunctions. *Med Sci (Basel), 7*(98), 1-7 doi:10.3390/medsci7100098
- Clayton, A. H., Pradko, J. F., Croft, H. A., Montano, C. B., Leadbetter, R. A., Bolden-Watson, C., . . . Metz, A. (2002). Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*(4), 357-366. <https://doi.org/10.4088/jcp.v63n0414>
- Cooper, S., Leon, N., Namadingo, H., Bobrow, K., & Farmer, A. J. (2018). My wife's mistrust. That's the saddest part of being a diabetic: A qualitative study of sexual well-being in men with Type 2 diabetes in sub-Saharan Africa. *PLoS ONE, 13*(9), e0202413. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202413>

- Corona, G., Isidori, A. M., Aversa, A., Bonomi, M., Ferlin, A., Foresta, C., . . . Lombardo, F. (2020). Male and female sexual dysfunction in diabetic subjects: Focus on new antihyperglycemic drugs. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 21(1), 57-65. <https://doi.org/10.1007/s11154-019-09535-7>
- Das, M., Angeli, F., Krumeich, A. J. S. M., & van Schayck, O. C. P. (2018). The gendered experience with respect to health-seeking behaviour in an urban slum of Kolkata, India. *International Journal for Equity in Health*, 17(24), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0738-8>
- Defeudis, G., Mazzilli, R., Tenuta, M., Rossini, G., Zamponi, V., Olana, S., . . . Gianfrilli, D. (2022). Erectile dysfunction and diabetes: A melting pot of circumstances and treatments. *Diabetes/ Metabolism Research and Reviews*, 38(2), e3494. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3494>
- Elterman, D. S., Bhattacharyya, S. K., Mafilios, M., Woodward, E., Nitschelm, K., & Burnett, A. L. (2021). The quality of life and economic burden of erectile dysfunction. *Research and Reports in Urology*, 13, 79-86. <https://doi.org/10.2147/rru.S283097>
- Engel, G. L. (2012). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(3), 377-396. <https://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.3.377>
- Faselis, C., Katsimardou, A., Imprialos, K., Deligkaris, P., Kallistratos, M., & Dimitriadis, K. (2020). Microvascular complications of Type 2 diabetes mellitus. *Current Vascular Pharmacology*, 18(2), 117-124. <https://doi.org/10.2174/1570161117666190502103733>
- Funk, J. L., & Rogge, R. D. (2007). Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 572-583. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.572>
- Getie Mekonnen, E., Yeshita, H. Y., & Bishaw Geremew, A. (2021). Sexual dysfunction among men with diabetes mellitus attending chronic out-patient department at the three hospitals of Northwest Amhara region, Ethiopia: Prevalence and associated factors. *PLoS ONE*, 16(8), e0256015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256015>
- Heidari, M., Ghodusi, M., Rezaei, P., Kabirian Abyaneh, S., Sureshjani, E. H., & Sheikhi, R. A. (2019). Sexual function and factors affecting menopause: A systematic review. *Journal of Menopausal Medicine*, 25(1), 15-27. <https://doi.org/10.6118/jmm.2019.25.1.15>
- Hurisa, A., & Negera, G. (2020). Erectile dysfunction among diabetic patients in a tertiary hospital of Southwest Ethiopia. *The Open Public Health Journal*, 13(1), 240-245. <https://doi.org/10.2174/1874944502013010240>
- Ibrahim, A. A., Akindede, M. O., Ganiyu, S. O., Kaka, B., Abdullahi, B. B., Sulaiman, S. K., & Fatoye, F. (2020). The Hausa 12-item short-form health survey (SF-12): Translation, cross-cultural adaptation and validation in mixed urban and rural Nigerian populations with chronic low back pain. *PLoS ONE*, 15(5), e0232223. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232223>
- Lugg, W. (2022). The biopsychosocial model – history, controversy and Engel. *Australasian Psychiatry*, 30(1), 55-59. <https://doi.org/10.1177/10398562211037333>

- Olivier, B. (2017). Introductory chapter: Sexual dysfunction - introduction and perspective. In B. Olivier (Ed.), *Sexual dysfunction* (pp. 3-10). London, United Kingdom: IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.69092>
- Omani-Samani, R., Maroufizadeh, S., Ghaheri, A., Amini, P., & Navid, B. (2018). Reliability and validity of the Kansas Marital Satisfaction Scale (KMSS) in infertile people. *Middle East Fertility Society Journal*, *23*(2), 154-157. <https://doi.org/10.1016/j.mefs.2017.10.005>
- Rwegerera, G. M., Moshomo, T., Gaenamong, M., Oyewo, T. A., Gollakota, S., Rivera, Y. P., . . . Habte, D. (2018). Health-related quality of life and associated factors among patients with diabetes mellitus in Botswana. *Alexandria Journal of Medicine*, *54*(2), 111-118. <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2017.05.010>
- Selvin, E. (2021). Hemoglobin A1c—Using epidemiology to guide medical practice: Kelly West Award Lecture 2020. *Diabetes Care*, *44*(10), 2197-2204. <https://doi.org/10.2337/dci21-0035>
- Shiferaw, W. S., Akalu, T. Y., & Aynalem, Y. A. (2020). Prevalence of erectile dysfunction in patients with diabetes mellitus and its association with body mass index and glycated hemoglobin in Africa: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Endocrinology*, *2020*, 5148370. <https://doi.org/10.1155/2020/5148370>
- Thongtang, P., & Seesawang, J. (2020). Erectile Dysfunction and Quality of Life among Diabetic Men: A Systematic Review of Quantitative Studies. *Nursing Science Journal of Thailand*, *38*(1), 4-18.
- United Nations. (2017). *Principles and recommendations for population and housing censuses* (Rev. 3). New York, NY: Author. Retrieved from https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/Standards-and-Methods/files/Principles_and_Recommendations/Population-and-Housing-Censuses/Revision_3/P&R_Symbol-E.pdf
- Ware, J., Jr., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, *34*(3), 220-233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
- World Health Organization. (2022). *International statistical classification of diseases and related health problems*. Retrieved from <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
- World Health Organization. (2024). *Diabetes*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Zarif Golbar Yazdi, H., Aghamohammadian Sharbaf, H., Kareshki, H., & Amirian, M. (2020). Infertility and psychological and social health of Iranian infertile women: A systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry*, *15*(1), 67-79. <https://doi.org/10.18502/ijps.v15i1.2441>

ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง

ทวีศักดิ์ กสิผล, ปร.ด.¹ ชนิกา เจริญจิตต์กุล, ศศ.ม.^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชั้นปีการศึกษา ผลการเรียน ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และรูปแบบการจัดการความเครียด กับคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลจำนวน 145 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นและการสุ่มอย่างมีระบบ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความเครียดสวนปรง 20 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และค่าสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดระดับมาก (ร้อยละ 64.10) มีวิธีการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นการจัดการปัญหา (ร้อยละ 44.83) และด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่มีการพูดคุยเพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกัน (ร้อยละ 67.59) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ผลการเรียนมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.218, p < .05$) ขณะที่ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .35, p < .05$) ส่วนชั้นปีที่ศึกษา ค่าใช้จ่ายต่อเดือน และรูปแบบการจัดการความเครียดไม่พบความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยสรุปผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าผลเรียนและความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีบทบาทต่อระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยนี้จะช่วยให้หน่วยงานสถาบันการศึกษานำไปใช้วางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีสำหรับนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: ความเครียด นักศึกษาพยาบาล ผลการเรียน ความสัมพันธ์ในครอบครัว การจัดการความเครียด

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

* ผู้เขียนหลัก e-mail: chanika1917@ hotmail.com

Factors Associated with Stress Among Nursing Students at a Private University

Taweesak Kasiphol Ph.D.¹, Chanika Jaroenjitkul M.S.^{2*}

Abstract

This descriptive research aimed to study the stress levels among nursing students at a private university and to examine the relationships between academic year level, academic performance, monthly expenses, family relationships, and stress-management styles with students' stress scores. The sample consisted of 145 nursing students selected through stratified sampling and systematic random sampling. The research instruments included a personal information questionnaire and the 20 item Suanprung Stress Assessment Scale. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's correlation coefficients.

The findings revealed that the majority of nursing students experienced high levels of stress (64.10%). The predominant stress-management strategy was problem-focused coping (44.83%). Regarding family relationships, the majority reported engaging in mutual discussion to solve problems (67.59%). The correlation analysis showed that academic performance had a low negative correlation with stress, which was statistically significant ($r_s = -.218, p < .05$), while, family relationships showed a moderate positive correlation with stress at a statistically significant level ($r_s = .35, p < .05$). Academic year level, monthly expenses, and stress-management styles were not significantly associated with stress ($p > .05$). In conclusion, the results reflect that academic performance and family relationships play important roles in influencing stress levels among nursing students. These findings can inform educational institutions in planning and implementing mental health-promoting activities that promote good mental health for nursing students.

Key words: Stress, Nursing students, Academic achievement, Family relationship, Stress management

¹ Asst. Prof., Faculty of Nursing , Huachiew Chalermprakiet University

² Instructor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

* Corresponding author e-mail: chanika1917@ hotmail.com

บทนำ

นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่เผชิญความเครียดจากลักษณะการจัดการเรียนการสอนที่เข้มข้น ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งต้องรับมือกับความกดดันของผู้ป่วยและผ่านการประเมินสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง (Thamnamsin, Noitung, Punyapet & Sorat, W. 2021; Sihawong et al., 2018) โดยเฉพาะเมื่อเผชิญภาระการเรียนที่หนัก การฝึกปฏิบัติในคลินิก ความคาดหวังสูง และความเข้มงวดทางวิชาการ ซึ่งอาจส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและคุณภาพชีวิตลดลง (Zhou et al., 2022) ผลการศึกษาวิจัยในต่างประเทศพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีระดับความเครียดสูงกว่านักศึกษาสาขาอื่น อีกทั้งความเครียดยังมีความสัมพันธ์กับผลการเรียนและการรับรู้ประสิทธิภาพตนเอง (Zhang et al., 2025) รวมถึงทำให้การนอนหลับไม่เพียงพอและประสิทธิภาพทางวิชาการลดลง (Alsarairoh et al., 2023) ในระยะการฝึกปฏิบัติทางคลินิก ความเครียดมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการเผชิญปัญหาและภาวะหมดไฟ (burnout) ซึ่งอาจกระทบต่อคุณภาพการเรียนรู้และการลาออก (Ma et al., 2022) อย่างไรก็ตาม ปัจจัยปกป้อง เช่น ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (resilience) สามารถลดผลกระทบของความเครียดต่อคุณภาพชีวิตและเพิ่มความผูกพันต่อวิชาชีพได้ (Berdida & Grande, 2023; Lin et al., 2025) ซึ่งภายใต้กรอบแนวคิดความเครียดและการเผชิญปัญหาของ Lazarus และ Folkman (1984) ความเครียดเกิดจากกระบวนการการประเมินสถานการณ์ (cognitive appraisal) ว่าความเครียดมีลักษณะเป็นภัยคุกคามหรือเกินศักยภาพของบุคคลในการจัดการ ดังนั้น ปัจจัยส่วนบุคคล (เช่น ชั้นปีศึกษา ผลการเรียน ภาวะเศรษฐกิจ) และปัจจัยจิตสังคม (เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม) จึงมีบทบาทสำคัญต่อระดับความเครียดและผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้

ในบริบทประเทศไทย ระบบการศึกษาพยาบาลมีความเข้มงวดด้านวินัย การประเมินสมรรถนะด้านวิชาชีพ และความคาดหวังจากครอบครัวและสังคม ซึ่งอาจมีผลต่อกระบวนการ การประเมินสถานการณ์และการเผชิญปัญหาของนักศึกษา แม้งานวิจัยต่างประเทศได้อธิบายกลไกความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ปัจจัยปกป้อง และผลลัพธ์ทางวิชาการไว้อย่างชัดเจน (Zhang et al., 2024) แต่ยังมีข้อจำกัดด้านการบูรณาการปัจจัยส่วนบุคคล ด้านวิชาการ และด้านครอบครัวร่วมกันในบริบททางสังคมวัฒนธรรมเฉพาะ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งสำรวจระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลเปรียบเทียบกับระดับความเครียดตามความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล ผลการเรียน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และรูปแบบวิธีการจัดการความเครียด รวมทั้งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวกับระดับความเครียด เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการประยุกต์ใช้การออกแบบมาตรการเชิงรุกในการป้องกันและแก้ไขปัญหาและส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับบริบทการศึกษาพยาบาลไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ชั้นปีที่ศึกษา ผลการเรียน ค่าใช้จ่ายต่อเดือน รูปแบบการจัดการกับความเครียด และความสัมพันธ์ในครอบครัวกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

ชั้นปีที่ศึกษา ผลการเรียน ค่าใช้จ่ายต่อเดือน รูปแบบการจัดการกับความเครียด และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความเครียดของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง โดยกรอบแนวคิดนี้ถูกออกแบบโดยอ้างอิง โมเดลความเครียดและการเผชิญกับ

3) ตอบเครียดปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน 4) ตอบเครียดมาก ได้เท่ากับ 4 คะแนน และ 5) ตอบเครียดมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน และ การแปลผลความเครียด แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ประกอบด้วยความเครียดระดับน้อย (0-23 คะแนน) ความเครียดระดับปานกลาง (24-41 คะแนน) ความเครียดระดับสูง (42-61 คะแนน) และความเครียดระดับรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป) (Department of Mental Health, 2000) และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อสอบถามสาเหตุของความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียด โดยให้กลุ่มตัวอย่างเขียนระบุสาเหตุเพิ่มเติม โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.89 หลังจากนั้นเครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้จริง มีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.85

2. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาประกอบด้วยเพศ ผลการเรียน (เกรดเฉลี่ยสะสม) วิธีการจัดการความเครียด ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และค่าใช้จ่ายต่อเดือน ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2566 รหัสจริยธรรม HCU-EC1427/2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัย ภายหลังจากได้รับความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรักษาและการประกันมิให้ข้อมูลที่เก็บได้ถูกนำออกเผยแพร่โดยมิได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและมีเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ผลการวิจัย หลังจากการเสร็จสิ้นกระบวนการวิเคราะห์ผลการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลหลังจากผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2567 โดยผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และสิทธิในการเข้าร่วมให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ และภายหลังจากได้รับความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และนักศึกษาตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่านการสแกน QR Code ประกอบด้วยแบบวัดความเครียดสวนปรุง และแบบสอบถามสาเหตุและการจัดการกับความเครียด โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลออนไลน์ ผู้วิจัยได้กำกับเวลาในการตอบ เช่น ระบบกำหนดให้ user 1 user ตอบได้เพียง 1 ครั้งต่ออีเมลนักศึกษาเพื่อป้องกันการตอบซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ 2) วิเคราะห์ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ และ 3) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร Ordinal scale (ชั้นปีที่ศึกษา ผลการเรียน และค่าใช้จ่ายต่อเดือน ความสัมพันธ์ในครอบครัว รูปแบบการจัดการความเครียด) กับค่าเฉลี่ยความเครียด (ตัวแปรตาม) โดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลไม่เป็นไปตามการแจกแจงแบบปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นรายละเอียดส่วนบุคคลของนักศึกษา โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล (N = 145)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชั้นปี		
1	34	23.45
2	36	24.83
3	40	27.59
4	35	24.13
เพศ		
ชาย	8	5.52
หญิง	137	94.48
ผลการเรียน (เกรดเฉลี่ย)		
น้อยกว่า 2.50	8	5.52
2.50 - 3.00	44	30.34
มากกว่า 3.00	93	64.14
วิธีการจัดการความเครียด		
การเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นจัดการปัญหา	65	44.83
การเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นที่อารมณ์	54	37.24
การหลีกเลี่ยงปัญหา	26	17.93
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว		
เมื่อมีปัญหาคนในบ้านจะพูดคุยกันจนได้แนวทางการแก้ไขปัญหา	98	67.59
คนในบ้านสามารถแสดงความคิดเห็นได้เต็มที่	35	24.13
คนในบ้านต่างคนต่างทำตามความพอใจของตนเอง	12	8.28
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน (M = 8,882.75, SD = 2,390.64)		
มากกว่า 10,000 บาท	22	15.17
8,001 - 10,000 บาท	34	23.45
4,001 - 8,000 บาท	71	48.97
น้อยกว่า 4,000 บาท	18	12.41

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.48 (137 คน) ชั้นปีที่ 3 มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 27.59 (40 คน) ส่วนใหญ่เกรดเฉลี่ยสะสม 3.00 ขึ้นไป ร้อยละ 64.14 (93 คน) ส่วนใหญ่เลือกวิธีการเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นจัดการปัญหามากที่สุด ร้อยละ 44.83 (65 คน) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหาคนในบ้านจะพูดคุยกันจนได้แนวทางการแก้ไขปัญหามากที่สุด ร้อยละ 67.59 (98 คน) ส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่าย 4,000 - 8,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 48.97 (71 คน) โดยมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนเฉลี่ย = 8,882.75 บาท

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ความเครียดของนักศึกษาพยาบาล โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ จำแนกตามระดับความเครียด ดังปรากฏตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามระดับความเครียดของนักศึกษา (N = 145)

ระดับความเครียด (ค่าคะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปานกลาง (24-41 คะแนน)	29	20.00
มาก (42-61 คะแนน)	93	64.10
รุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป)	23	15.90
รวม	145	100.00

จากตารางที่ 2 พบว่า นักศึกษาพยาบาล มีความเครียดระดับมาก พบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 64.10 รองลงมา ได้แก่ ความเครียดระดับปานกลางและความเครียดระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 20.00 และร้อยละ 15.90 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ชั้นปีที่ศึกษา ผลการเรียน ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และรูปแบบการจัดการความเครียด กับคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาล โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) ดังปรากฏตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ชั้นปีที่ศึกษา ผลการเรียน ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และรูปแบบการจัดการความเครียดกับคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาล (N = 145)

ตัวแปรต้น	r_s	p-value	การแปลผล
ชั้นปีที่ศึกษา	.366	.07	มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติ
ผลการเรียน (เกรดเฉลี่ย)	-.218	.01	มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน	-.146	.06	มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำอย่างไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติ
ความสัมพันธ์ในครอบครัว	0.35	.01	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
รูปแบบการจัดการความเครียด	0.015	.87	ไม่มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**p < .05

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (r_s) พบว่า ผลการเรียนมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.218, p < .05$) และ ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .35, p < .05$) ขณะที่ ชั้นปีที่ศึกษา ค่าใช้จ่ายต่อเดือน และรูปแบบการจัดการความเครียดไม่พบความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

และจากผลคำตอบปลายเปิดเกี่ยวกับสาเหตุความเครียดของนักศึกษาที่ให้ระบุเพิ่มเติม ในการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปได้เป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความเครียดด้านการเรียน ภาระงานและเนื้อหาที่เข้มข้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ให้นักศึกษารู้สึกกดดัน เช่น “เรียนหนักมาก งานเยอะ ต้องส่งหลายอย่างพร้อมกัน รู้สึกไม่มีเวลาพักผ่อน” หรือ “กลัวสอบตกและทำเกรดได้ไม่ดี เพราะรายวิชายากขึ้นเรื่อย ๆ” 2) ความเครียดด้านการเงิน แม้ผลเชิงปริมาณไม่พบความแตกต่างตามค่าใช้จ่ายต่อเดือน แต่ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนสะท้อนปัญหาทางการเงิน เช่น “ค่าใช้จ่ายสูงมาก เงินไม่พอใช้ ต้องประหยัดทุกเดือน” หรือ “ต้องทำงานพิเศษเพื่อช่วยค่าใช้จ่าย ทำให้พักผ่อนน้อยและเหนื่อยมาก” 3) ความสัมพันธ์ในครอบครัว การมีหรือขาดการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อระดับความเครียด เช่น “เมื่อได้เล่าให้ครอบครัวฟัง รู้สึกสบายใจขึ้น” หรือ “ครอบครัวไม่ค่อยเข้าใจ ไม่กล้าพูดเรื่องเรียนเพราะกลัวถูกตำหนิ” 4) ปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม

นักศึกษาบางรายสะท้อนปัญหาจากสุขภาพและการเปรียบเทียบกับผู้อื่น เช่น “เปรียบเทียบตัวเองกับเพื่อนตลอดเวลา ทำให้รู้สึกด้อยค่า” หรือ “สุขภาพไม่ค่อยดี พอเรียนหนักก็ยิ่งเครียดมากขึ้น”

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีระดับความเครียดมากเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในช่วงกลางหลักสูตรการเรียน (ปี 2-3) ซึ่งบริบทของหลักสูตรเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากการเรียนทฤษฎีสู่การฝึกปฏิบัติทางคลินิกอย่างเข้มข้น โดยปีที่ 2 เริ่มฝึกทักษะพื้นฐานทางคลินิก และปีที่ 3 ต้องขึ้นปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจริงหลายสาขาวิชา ซึ่งมีความซับซ้อนและมีความรับผิดชอบสูง และในช่วงการรวบรวมข้อมูลเป็นช่วงจังหวะที่นักศึกษาต้องมีการสอบภาคทฤษฎี ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของโมเดลความเครียดและการเผชิญปัญหา (Stress and Coping Model) ของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่อธิบายว่าความเครียดเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประเมินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเกินขีดความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยเฉพาะในช่วงที่ภาระวิชาการและการฝึกปฏิบัติเพิ่มขึ้นทำให้ความเครียดที่รับรู้มีแนวโน้มสูงขึ้น ผลลัพธ์นี้ไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยต่างประเทศที่ระบุว่านักศึกษามักมีระดับความเครียดสูงสุดในช่วงฝึกปฏิบัติจริง เนื่องจากต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนและแรงกดดันจากการประเมินผลทางคลินิก (Cheng et al., 2023; Lavoie-Tremblay et al., 2022; Li et al., 2024; Labrague, 2024) นอกจากนี้ งานวิจัยในประเทศไทยยังยืนยันผลในลักษณะเดียวกัน โดย Thamnamsin et al. (2021) พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่มีสัดส่วนหนึ่งที่มีความเครียดเพิ่มขึ้น โดยมีภาระการเรียนและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นสำคัญทั้งนี้งานวิจัยของ Aryuwat et al. (2024) ยังชี้ว่าช่วงฝึกปฏิบัติคลินิกเป็นช่วงที่นักศึกษามีความเสี่ยงต่อความเครียดสูงสุด โดยความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความสามารถในการปรับตัว (resilience) อย่างมีนัยสำคัญ และผลการศึกษาของ Niamnuy et al. (2025) ที่พบว่านักศึกษาไทยในสายสุขภาพรวมถึงพยาบาล มีระดับความเครียดตั้งแต่ปานกลางถึงสูงจำนวนมากกว่า 70% ซึ่งแม้จะไม่เฉพาะนักศึกษาพยาบาลแต่สะท้อนปัญหาความเครียดในบริบทการศึกษาในสายสุขภาพไทยด้วย

ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างความเครียดกับผลการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่าเกรดเฉลี่ยลดลงเมื่อระดับความเครียดเพิ่มขึ้น จากการให้ข้อมูลจากคำถามปลายเปิดเป็นภาพสะท้อนสาเหตุความเครียดด้านการเรียน คือ ภาระงานและเนื้อหาที่เข้มข้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ให้นักศึกษารู้สึกกดดัน เช่น “เรียนหนักมาก งานเยอะ ต้องส่งหลายอย่างพร้อมกัน รู้สึกไม่มีเวลาพักผ่อน” หรือ “กลัวสอบตกและทำเกรดได้ไม่ดี เพราะรายวิชายากขึ้นเรื่อย ๆ สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นที่ระบุว่าความเครียดส่งผลกระทบต่อสมาธิ การจัดการเวลา และภาวะสุขภาพจิต (Shehadeh et al., 2020; Alsarairah et al., 2023; Yuhuan et al., 2022) ในบริบทของประเทศไทย แม้รายงานของ Thamnamsin et al. (2021) จะไม่ได้ประเมินผลการเรียนโดยตรง แต่รายงานว่าภาระการเรียนและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งบ่งชี้ว่าความเครียดจากภาระการเรียนอาจส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทั้งนี้ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับมุมมองเชิงทฤษฎีที่ว่า การจัดการความเครียดเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อทั้งสุขภาพจิตและความสำเร็จทางการเรียนของนักศึกษา

ด้านของความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่านักศึกษาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีระดับความเครียดที่ต่ำกว่ากลุ่มที่มีรูปแบบการสนับสนุนแบบ “คนในบ้านต่างคนต่างทำตามความพอใจของตนเอง” ซึ่งสอดคล้องกับการให้ข้อมูลจากคำถามปลายเปิดของนักศึกษา “เมื่อได้เล่าให้ครอบครัวฟัง รู้สึกสบายใจขึ้น” และผลการวิจัยจากต่างประเทศที่ยืนยันว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม จึงส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดที่ลดลง และความยืดหยุ่นทางใจสามารถช่วยบรรเทาผลกระทบของความเครียดลงได้ (Zhou et al., 2022; Naz et al., 2024; Yuhuan et al., 2022) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Aryuwat et al. (2024) ที่รายงานว่า social support ซึ่งรวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัว

มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการปรับตัว (resilience) ของนักศึกษาพยาบาล ขณะที่ระดับความเครียด มีความสัมพันธ์เชิงลบกับ resilience อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่า การได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว ช่วยส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหา และลดผลกระทบของความเครียดในช่วงการเรียนและการฝึกปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ในด้านปัจจัยทางการเงิน แม้ว่าการวิเคราะห์เชิงปริมาณของการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างค่าใช้จ่ายต่อเดือนกับระดับความเครียด แต่ข้อมูลจากคำถามปลายเปิดสะท้อนว่า นักศึกษาบางส่วนรับรู้ว่าการเงินเป็นแหล่งความเครียดสำคัญ โดยเฉพาะความจำเป็นต้องทำงานพิเศษหรือการมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อเวลาเรียนและการพักผ่อน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานของ Niamnuy et al. (2025) ที่พบว่าความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเครียดของนักศึกษาสายสุขภาพ โดยนักศึกษาที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีแนวโน้มประสบความเครียดสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจยังคงเป็นองค์ประกอบที่มีบทบาทสำคัญต่อความเปราะบางทางอารมณ์ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล แม้ความสัมพันธ์อาจไม่ปรากฏในเชิงสถิติในบางบริบทของการวิจัยก็ตาม

สุดท้าย แม้ว่าผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างรูปแบบการจัดการความเครียด ได้แก่ การมุ่งเน้นปัญหา การมุ่งเน้นอารมณ์ และการหลีกเลี่ยงปัญหา กับระดับความเครียด แต่ผลวิจัยอื่นจำนวนมาก พบว่าการใช้กลยุทธ์การรับมือเชิงบวก เช่น การแก้ปัญหาโดยตรงหรือการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม สามารถช่วยลดความเครียดได้ ขณะที่กลยุทธ์การหลีกเลี่ยงมีความสัมพันธ์กับความเครียดที่สูงขึ้น และมีผลลบต่อสุขภาพจิตและความคงอยู่ของนักศึกษาในหลักสูตร (Hamadi et al., 2021; Labrague et al., 2018; Loureiro et al., 2024) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Molina and Racal (2018) ซึ่งพบว่านักศึกษาพยาบาลมีแนวโน้มใช้กลยุทธ์การรับมือเชิงบวก โดยเฉพาะการยอมรับสถานการณ์ (acceptance) มากที่สุด และใช้กลยุทธ์เชิงลบ เช่น การปฏิเสธหรือการใส่สารเสพติดในระดับต่ำ ซึ่งสะท้อนว่าการเลือกใช้ชีวิตรับมือที่เหมาะสมมีบทบาทสำคัญต่อการบรรเทาความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษา

จุดเด่นของการศึกษา คือ งานวิจัยนี้ได้ตรวจสอบความเครียดของนักศึกษาพยาบาลจากหลายมิติ ทั้งตัวแปรด้านวิชาการ (ผลการเรียน) การเงิน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และกลไกการเผชิญปัญหา ทำให้เห็นภาพเชิงองค์รวมและชี้ช่วงเสี่ยง (important times) ที่ควรได้รับการดูแล โดยเฉพาะนักศึกษาปี 2 และ ปี 3

ข้อจำกัดของการศึกษา ได้แก่ การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) นี้ มีลักษณะที่เป็นภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลเท่านั้น (cross-sectional research) ทำให้ไม่สามารถสรุปเชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน ข้อมูลที่ได้จากการประเมินตนเองอาจมีอคติจากการตอบ อีกทั้งการวัดบางตัวแปร (เช่น ค่าใช้จ่ายต่อเดือน) มีการจัดกลุ่มที่กว้างเกินไป นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมาจากมหาวิทยาลัยเดียวและส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จึงอาจจำกัดการแปลผลไปยังบริบทอื่น ๆ ได้ สถาบันการศึกษาควรจัดให้มีระบบประเมินและคัดกรองความเครียดของนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง พร้อมประเมินทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม ควรทดลองดำเนินโปรแกรมพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดในรูปแบบนักร้องและประเมินผลก่อนขยายใช้ รวมทั้งกำหนดแนวทางส่งต่อที่ชัดเจนเพื่อให้ นักศึกษาเข้าถึงบริการช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

สถาบันการศึกษาควรพัฒนาโปรแกรมป้องกันและจัดการความเครียดให้แก่ นักศึกษา โดยเฉพาะนักศึกษา ชั้นปี 2-3 เช่น โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนฝึกคลินิก การอบรมทักษะการจัดการความเครียด การเสริมสร้าง resilience และการแนะแนวเชิงจิตวิทยา รวมทั้งส่งเสริมระบบสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนร่วมชั้นเพื่อพัฒนาทักษะการจัดการปัญหาควบคู่กับความรู้ทางวิชาการ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยทำนาย เช่น ศึกษาศักยภาพส่วนบุคคล ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ที่ทำนายระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล
2. วิจัยเรื่องโปรแกรมเสริมสร้างการประเมินสถานการณ์และการเผชิญปัญหาเพื่อลดความเครียด ในนักศึกษาพยาบาล
3. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้าง Social Support และ Coping Skills ต่อความเครียดและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

References

- Alsaireh, F., Al-Oran, H., & Magharbeh, W. A. (2023). The impact of stress on sleep pattern and academic performance among nursing students in Jordan: A cross-sectional study. *ASEAN Journal of Psychiatry, 24*(4), 1-15. doi:10.54615/2231-7805.47303
- Aryuwat, P., Holmgren, J., Asp, M., Lövenmark, A., Radabutr, M., & Sandborgh, M. (2024). Factors associated with resilience among Thai nursing students in the context of clinical education: A cross-sectional study. *Education Sciences, 14*(1), 78. doi:10.3390/educsci14010078
- Berdida, D. J. E., & Grande, R. A. N. (2023). Academic stress, COVID-19 anxiety, and quality of life among nursing students: The mediating role of resilience. *International Nursing Review, 70*(1), 34-42. doi:10.1111/inr.12774
- Cheng, W. L. S., Chow, P. P. K., Wong, F. M. F., & Ho, M. M. (2023). Associations among stressors, perceived stress, and psychological distress in nursing students: A mixed methods longitudinal study of a Hong Kong sample. *Frontiers in Psychology, 14*, Article 1234354. doi:10.3389/fpsyg.2023.1234354
- Department of Mental Health. (2000). *Manual for the Suanprung Stress Test-20 (SPST-20)*. Bangkok, Thailand: Veterans Organization Press. [In Thai]
- Hamadi, H. Y., Zakari, N. M. A., Jibreel, E., Al Nami, F. N., Smida, J. A. S., & Ben Haddad, H. H. (2021). Stress and coping strategies among nursing students in clinical practice during COVID-19. *Nursing Reports, 11*(3), 629-639. doi:10.3390/nursrep11030060
- Labrague, L. J. (2024). Stress levels, sources of stress, and coping mechanisms among student nurses: An umbrella review. *Nursing Reports, 14*(1), 362-375. doi:10.3390/nursrep14010028
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Papatthanasious, I. V., Edet, O. B., Tsaras, K., Leocadio, M. C., & Colet, P. (2018). Stress and coping strategies among nursing students: An international study. *Journal of Mental Health, 27*(5), 402-408. doi:10.1080/09638237.2017.1417552
- Lavoie-Tremblay, M., Sanzone, L., Aubé, T., & Paquet, M. (2022). Sources of stress and coping strategies among undergraduate nursing students across all years. *Canadian Journal of Nursing Research, 54*(3), 261-271. doi:10.1177/08445621211028076
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.

- Li, F., Zeng, Y., Fu, Y., Wang, Y., Lin, T., Deng, Q., & Li, J. (2024). Stressors and coping styles of nursing students in the middle period of clinical practicum: A qualitative study. *BMC Nursing*, *23*(1), 394. doi:10.1186/s12912-024-02063-z
- Lin, P. C., Chang, Y. W., & Chang, Y. H. (2025). Mediating effects of resilience on the relationship between stress and professional commitment among nursing students. *Nurse Educator*, *50*(2), E90-E95. doi:10.1097/NNE.0000000000001768
- Loureiro, F., Peças, D., Neves, A. C., & Antunes, A. V. (2024). Coping strategies and social support in nursing students during clinical practice: A scoping review. *Nursing Open*, *11*(2), e2112. doi:10.1002/nop2.2112
- Ma, H., Zou, J., Zhong, Y., Li, J., & He, J. (2022). Perceived stress, coping style and burnout of Chinese nursing students in late-stage clinical practice. *Nurse Education in Practice*, *62*, 103385. doi:10.1016/j.nepr.2022.103385
- Molina, S., & Racial, S. J. (2018). Stress, coping, and mental health status among nursing students at a private university in Nakhon Pathom, Thailand. *Global Health Management Journal*, *2*(3), 63-69. doi:10.35898/GHMJ-23263
- Naz, A. M., Khan, S., Manzoor, S., Rehman, K. U., Aslam, Z., & Noor, N. (2024). Relationship between resilience, social support and psychological well-being in nursing students. *Journal of Research in Nursing*, *29*(8), 718-731. doi:10.1177/17449871241278854
- Niamnuy, N., Klaywong, K., Piwsaart, R., & Inrueng, S. (2025). A study of stress and depression in health science students at a university in Bangkok, Thailand. *Journal of Health Science and Medical Research*, *43*(2). Retrieved from <https://www.jhsmr.org/index.php/jhsmr/article/view/1130/1300> [In Thai]
- Thamnamsin, K., Noitung, S., Punyapet, K., & Sorat, W. (2021). Factors affecting to stress among nursing students in a private nursing college, Bangkok. *Journal of Health and Health Management*, *7*(1), 60-75.
- Shehadeh, J., Hamdan-Mansour, A. M., Halasa, S. N., Hani, M. H. B., Nabolsi, M. M., Thultheen, I., & Nassar, O. S. (2020). Academic stress and self-efficacy as predictors of academic satisfaction among nursing students. *The Open Nursing Journal*, *14*(1), 92-99. doi:10.2174/18744434602014010092
- Sihawong, S., Fuangdee, N., Yanaram, N., Noinang, N., Anai, N., Boonchuen, T., . . . Poyan, T. (2018). Factors causing to stress of nursing students, Ubon Ratchathani University. *Journal of Health Sciences and Wellness*, *21*(42), 93-106.
- Srisatitnaragoon, B. (2020). *Effect size, power analysis, and sample size estimation using G*Power*. Bangkok: Chulalongkorn University Press. [In Thai]
- Vo, T. N., Chiu, H.-Y., Chuang, Y.-H., & Huang, H.-C. (2023). Prevalence of stress and anxiety among nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educator*, *48*(3), E90-E95. doi:10.1097/NNE.0000000000001343

- Yuhuan, Z., Pengyue, Z., Dong, C., Qichao, N., Dong, P., Anqi, S., . . . Zhixin, D. (2022). The association between academic stress, social support, and self-regulatory fatigue among nursing students: A cross-sectional study based on a structural equation modelling approach. *BMC Medical Education*, 22(1), 789. doi:10.1186/s12909-022-03829-2
- Zhang, J., Meng, J., & Wen, X. (2025). The relationship between stress and academic burnout in college students. *Frontiers in Psychology*, 16, 1517920. doi:10.3389/fpsyg.2025.1517920
- Zhang, X., Guo, L., Wang, Y., Li, Y., Gui, J., Yang, X., & Lei, Y. (2024). Effect of stress on study skills self-efficacy in nursing students. *BMC Nursing*, 23, 839. doi:10.1186/s12912-024-02500-z
- Zhou, L., Sukpasjaroen, K., Wu, Y., Gao, L., Chankoson, T., & Cai, E. (2022). Perceived social support promotes nursing students' psychological wellbeing. *Frontiers in Psychology*, 13, 835134. doi:10.3389/fpsyg.2022.835134

การสร้างความปลอดภัยใหม่ผ่านกิจกรรมเพื่อจัดการความเปราะบาง ของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปเช้า-เย็นกลับ : แบ่งปัน ประสบการณ์

ศุภกฤต จิ่งพิภานิชกุล, พย.ม.^{1*} โฆษิต ฉันทนารุ่งภักดิ์, บช.ม.²

บทคัดย่อ

ความเปราะบางที่เกิดในผู้สูงอายุแม้จะเป็นเพียงภาวะทางอารมณ์ แต่สามารถส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน โมโหง่าย เบื่ออาหาร และขาดแรงจูงใจในการใช้ชีวิต บทความวิชาการนี้มุ่งนำเสนอแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเปราะบางที่มีในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปเช้า-เย็นกลับ (Day Care) และความสำคัญของการทำกิจกรรมในผู้สูงอายุ โดยอ้างอิงทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิตวิทยา (Self-Determination Theory) แนวคิดการกระตุ้นความรู้คิด (Cognitive stimulation : CS) และแนวคิดพัฒนาพลัง (Active Aging) รวมถึงการแบ่งปันประสบการณ์ของผู้นิพนธ์ที่ได้จากการสังเกตถึงความเปราะบางของผู้สูงอายุใน Day Care การวิเคราะห์สาเหตุที่เป็นไปได้ของปัญหาความเปราะบาง และแนวทางการจัดกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์เพื่อจัดการปัญหา

คำสำคัญ: การสร้างความปลอดภัยใหม่ผ่านกิจกรรม ความเปราะบางของผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปเช้า-เย็นกลับ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข

² นักวิชาการอิสระ

* ผู้เขียนหลัก e-mail: Supphakrit888@gmail.com

Creating Novelty Through Activities to Manage Boredom Among Older Adults in Day Care Centers: Experience Sharing

Supphakrit Chuenghipanichchakul, M.N.S.^{1*}, Kosit Chantananarungpak, M.Acc.²

Abstract

Boredom among older adults, although primarily an emotional state, can have significant negative impacts, potentially leading to depression, emotional instability, irritability, loss of appetite and a decreased motivation to live. This academic article aims to present concepts related to boredom among older adults in Day Care centers, as well as the importance of engaging activities for this population. The discussion is grounded in Self-Determination Theory, Cognitive Stimulation (CS) and the concept of Active Aging. It also incorporates the author's experiential insights derived from observing boredom among older adults in Day Care settings, analyzing potential causes of this issue, and proposing guidelines for organizing creative activities to address problems.

Key words: Creating novelty through activities, Older Adults boredom, Day Care Older Adults care centers

¹ Registered Nurse, Professional Level, Bureau of Elderly Health Department of Health, Ministry of Public Health

² Independent Scholar

* Corresponding author e-mail: Supphakrit888@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลก อยู่ในช่วงของการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในปี ค.ศ. 2025 มีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า 1.2 พันล้านคน และคาดว่าจะสูงถึง 2.1 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2050 (United Nations : UN, 2025) ในขณะที่ประเทศไทยที่ปัจจุบันเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อ้างอิงจากข้อมูล สถาบันสถิติประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ณ เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569 ประชากรไทยมีจำนวน 65.48 ล้านคน เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อยู่ที่ 14.96 ล้านคน (ร้อยละ 22.85) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว นำไปสู่ความจำเป็นในการจัดให้มีบริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในครอบครัว และในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการแก่กลุ่มลูกค้าที่เป็นผู้สูงอายุจึงเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจากการพยากรณ์คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2570 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปเช้า-เย็นกลับ (Day Care) มีแนวโน้มการเติบโตอยู่ที่ร้อยละ 25 ต่อปี (Office of Provincial Commercial Affairs Suratthani, 2025) จากความต้องการการใช้บริการของผู้สูงอายุใน Day Care ที่เพิ่มมากขึ้น ปัญหาที่ตามมาคือรูปแบบกิจกรรมการบริการมีรูปแบบเดิม ๆ ทำให้ผู้สูงอายุใน Day Care เกิดความเบื่อหน่าย (Boredom) อันเกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวันที่ซ้ำ ๆ ซากสิ่งซ้ำ ๆ รวมทั้งการแยกตัวจากครอบครัว และสังคมภายนอก ความเบื่อหน่ายในระยะยาวนำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความเป็นอยู่ที่ดี (Jaesung et al., 2023)

ความเบื่อหน่าย เป็นคำที่ใช้กันโดยทั่วไป และมีความหมายไปในเชิงลบ มักถูกระบุว่าเป็นสาเหตุหนึ่งของความรู้สึกซึมเศร้า (American Psychological Association, 2018) เป็นความรู้สึกอึดอัดท้อระอาใจ เหนื่อยหน่าย หรือไม่อยาก (Office of the Royal Society, 2011) ซึ่งปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับความเบื่อหน่ายยังมีไม่มาก เนื่องจากถูกมองว่าเป็นเพียงภาวะอารมณ์ไม่ใช่อาการของโรคจิตเวช อย่างไรก็ตามมีการวิจัยพบว่า ความเบื่อหน่ายมีความเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้า (Goldberg et al., 2011) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ใช้บริการ Day Care มีความเสี่ยงต่อภาวะความเบื่อหน่าย ทั้งที่ Day Care มีสิ่งอำนวยความสะดวกหลายอย่าง แต่กลับไม่สามารถตอบสนองทางด้านอารมณ์และด้านสังคมของผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง หนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะความเบื่อหน่ายคือ การทำกิจวัตรที่ซ้ำ ๆ และระบบการดูแลตามมาตรฐาน (Panthi, 2022) บทความวิชาการนี้ จึงมุ่งนำเสนอแนวคิดการจัดกิจกรรมที่สร้างความแปลกใหม่ภายใต้ความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุใน Day Care ซึ่งกิจกรรมที่แปลกใหม่นี้ไม่เพียงแต่ลดความจำเจ แต่ยังเป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Engagement) ตามทฤษฎีการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยมีการยกตัวอย่างจากประสบการณ์จริงของผู้นิพนธ์ ในกิจกรรมการจัดดอกไม้แบบอิคิบานะเพื่อให้เป็นแนวทางสำหรับผู้ปฏิบัติงานหรือผู้จัดการใน Day Care และผู้ศึกษาหรือผู้ที่สนใจต่อยอดงานวิจัยต่อไป

ความสำคัญของปัญหาความเบื่อหน่ายในผู้สูงอายุ

ความเบื่อหน่ายอาจถูกเข้าใจผิดว่าเป็นภาวะซึมเศร้าแต่ทั้งสองอย่างนั้นมีอาการที่แตกต่างกัน เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้า บุคคลจะเกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกไร้ค่า หมดสิ้นหนทาง ความเหนื่อยล้า มีอาการเบื่ออาหาร รู้สึกแปลกแยกจากสังคม และสูญเสียความสนใจในกิจกรรมที่เคยสนุกสนานอย่างสิ้นเชิง ในขณะที่ความเบื่อหน่ายเป็นสภาวะที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือความรู้สึกไม่พอใจ กระสับกระส่าย และเหนื่อยล้า อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าและความเบื่อหน่ายอาจเกิดขึ้นพร้อมกันได้ การแยกความแตกต่างของทั้งสองอย่างนั้นต้องอาศัยประสบการณ์ในการสังเกตและทำความเข้าใจ (Bantwal, 2016) ความเบื่อหน่ายในผู้สูงอายุแม้จะเป็นเพียงภาวะอารมณ์แต่ก็เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ความเบื่อหน่ายส่งผลเชิงลบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ได้แก่ ความซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล การเสื่อมถอยของการทำงานทางสมอง การลดลงของความกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการลดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และความรู้สึกไร้คุณค่า เมื่อเกิดความเบื่อหน่ายจะส่งผลให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปโดยที่อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ระดับการนำไฟฟ้าของผิวหนัง (SCL) ลดลง และระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลเพิ่มสูงขึ้น (Merrifield & Danckert, 2014) จากงานทบทวนเชิงระบบของ Josefa Ros Velasco (2021) ที่ทบทวนงานวิจัย และงานวิชาการ

เกี่ยวกับความเบื่อหน่ายในผู้สูงอายุ พบว่ามีความสัมพันธ์ของความเบื่อหน่ายกับพฤติกรรมเชิงลบ โรคทางจิตเวช (Mental disease) และความผิดปกติทางจิต (Mental disorder) ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานะเบื่อหน่ายมีโอกาสในการเกิดโรคสมองเสื่อม (Dementia) ภาวะการรู้คิดถดถอย (Cognitive decline) ภาวะเปราะบางทางจิตใจ (Psychological frailty) ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และการมีความคิดอัตวินิบาตกรรม ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานการณที่สร้างความเบื่อหน่ายควบคู่กับโรคสมองเสื่อมจะเข้าสู่สภาวะที่ไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุอยู่ในสถานการณที่สร้างความเบื่อหน่าย ย่อมส่งผลลัพธ์ทางลบในระยะยาว ดังนั้น Day Care จึงควรหาสิ่งกระตุ้นใหม่ๆ ผ่านการสร้างสภาพแวดล้อม และการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุหลุดพ้นจากสถานการณที่สร้างความเบื่อหน่าย

ปัจจัยที่นำไปสู่ความเบื่อหน่ายในผู้สูงอายุใน Day Care

ผู้สูงอายุที่ใช้บริการใน Day Care มีความแตกต่างไปจากผู้สูงอายุที่ใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบค้างคืนตรงที่มีโอกาสได้พบกับบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดทุก ๆ วัน แต่ในช่วงเวลาระหว่างวันราว 6-8 ชั่วโมง ก็เป็นช่วงเวลาที่ยาวนานมากพอที่จะสร้างความเบื่อหน่ายแก่ผู้สูงอายุ จากงานวิจัยเชิงคุณภาพของ Panthi (2022) ปัจจัยที่นำไปสู่ความเบื่อหน่ายใน Day Care สามารถสรุปได้ ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านสภาวะจิตใจ และทัศนคติของตัวผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุใน Day Care บางส่วนเลือกที่จะไม่สร้างสัมพันธ์ใหม่ ๆ กับเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกันเนื่องจากความกลัวต่อความเจ็บปวดจากการสูญเสีย ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่ได้ผ่านความเสียใจจากการสูญเสียคนรอบข้างไม่ว่าจะเป็น บุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลใกล้ชิด ด้วยเหตุนี้จึงเลือกที่จะหลีกเลี่ยงการสร้างสัมพันธ์ใหม่ ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้นซ้ำ

2. ปัจจัยด้านสังคมภายใน Day Care ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 มิติ คือ

2.1 สังคมระหว่างผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุด้วยกัน ผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันในด้านความสนใจ สถานะระดับการศึกษา และสภาพความเจ็บป่วย จะพบอุปสรรคในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกัน เช่น การสร้างความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เป็นปกติ กับผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างหลากหลายทางพยาธิสภาพสมอง (Cognitive Heterogeneity) เป็นต้น

2.2 สังคมระหว่างผู้สูงอายุกับเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ถือเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดใน Day Care แต่ด้วยเหตุภาระหน้าที่จำนวนมาก ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้เวลากับผู้สูงอายุแต่ละบุคคลได้มากนัก

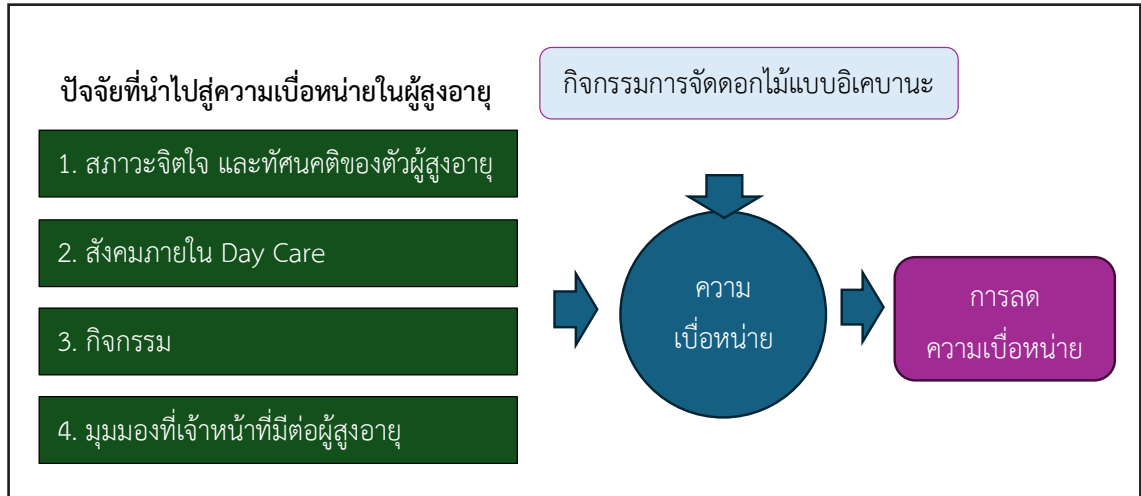
3. ปัจจัยด้านกิจกรรม กิจกรรมที่ถูกจัดใน Day Care มักมีรูปแบบที่ซ้ำ ๆ มีลักษณะเป็นกิจวัตร อยู่ในกรอบที่เจ้าหน้าที่เคยได้รับการอบรมหรือรับรู้มา ขาดความน่าสนใจ ไม่ได้คำนึงถึงความหลากหลายของผู้เข้าร่วมในด้านของความสนใจของแต่ละบุคคล กิจกรรมส่วนมากมักเป็นกิจกรรมของเพศหญิง หรือไม่ได้เหมาะกับข้อจำกัดของสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล ผู้สูงอายุบางรายเข้าร่วมเพียงเพราะไม่มีทางเลือกของกิจกรรมอื่น บางครั้งผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีผู้ดูแลและคอยให้การพยายามทำความเข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ

4. ปัจจัยด้านมุมมองที่เจ้าหน้าที่มีต่อผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่บางรายมีทัศนคติว่าผู้สูงอายุคือผู้ที่มีสมรรถภาพถดถอย จึงไม่จำเป็นต้องมีการจัดการด้านพัฒนาการใด ๆ อีก (Ageism) ซึ่งเจ้าหน้าที่อาจซึมซับทัศนคติแบบนี้จากโครงสร้างทางสังคมภายใต้กระบวนทัศน์ตามกระแสหลัก (Grand narrative) ที่ให้นิยามผู้สูงอายุที่โน้มเอียงไปในลักษณะของผู้เสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย และจิตใจ (Niyomdech & Noklang, 2023) ส่งผลไปสู่การจัดกิจกรรมที่มีรูปแบบที่ไม่ได้สร้างเสริมพัฒนาการใด ๆ เช่น การปล่อยให้ดูโทรทัศน์ไปเรื่อย ๆ การทำกิจกรรมรูปแบบเดิม ๆ หรือการให้ผู้สูงอายุอยู่เฉย ๆ

Day Care จึงต้องตระหนักว่า มีการคัดสรรเจ้าหน้าที่ และคัดเลือกกิจกรรมที่ช่วยขจัดปัจจัยเหล่านี้ให้มากที่สุดหนึ่งในนั้นคือ กิจกรรมการจัดดอกไม้แบบอิคะบานะ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จัดจ้องกับตัวเอง (Mindfulness) ลดความกดดัน

ในการต้องปฏิสัมพันธ์เชิงลึกในทันทีแต่สร้างพื้นที่ปลอดภัยร่วมกัน มีความหลากหลาย (Diversity) ไม่จำกัดเฉพาะเพศหญิง และมีความแปลกใหม่ในเชิงสุนทรียภาพ รายละเอียดดังแผนภาพ

แผนภาพ กิจกรรมแสดงความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยที่นำไปสู่ความเบื่อหน่าย ผ่านการจัดการด้วยกิจกรรมการจัดดอกไม้แบบอิคิบานะ



ทฤษฎี และแนวคิดที่สนับสนุนถึงความสำคัญของการทำกิจกรรมในผู้สูงอายุ

ความสำคัญของการทำกิจกรรมในผู้สูงอายุ มีทฤษฎี และแนวคิดที่สนับสนุนประกอบด้วย ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิตวิทยา แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด และ แนวคิดพัฒนาพลัง โดยทฤษฎี และแนวคิดเหล่านี้มุ่งไปยังการสร้างความเป็นสุขทางใจ การกระตุ้นความรู้คิดในผู้สูงอายุเป็นหลัก โดยมีรายละเอียดของแนวคิดที่เชื่อมโยงกับการทำกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิตวิทยา (Self-determination theory: SDT) ซึ่งเป็น ทฤษฎีที่ระบุความต้องการพื้นฐานทางจิตใจ 3 ประการของมนุษย์ ประกอบด้วย อิสรภาพ (Autonomy) ความสามารถ (Competence) และ ความสัมพันธ์ (Relatedness) (Ryan, 2023) หากความต้องการเหล่านี้ได้รับการเติมเต็มจะก่อให้เกิดแรงจูงใจ (Motivation) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับแรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) ความสุข และความพึงพอใจทางใจ (Ryan & Deci, 2020) เมื่ออ้างอิงจาก SDT หากผู้สูงอายุมีอิสระในการเลือกกิจกรรมด้วยตนเอง เลือกกิจกรรมที่รู้สึกว่าจะสามารถทำได้ และกิจกรรมมีการสอดแทรกในเรื่องของการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น ก็จะเป็นส่วนหนึ่งที่สร้างแรงจูงใจภายใน อันเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดความเบื่อหน่ายลงได้ (Palombi et al., 2025)

2. แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation : CS) แนวคิดนี้เกี่ยวข้องกับกระบวนการหรือโปรแกรมที่จัดขึ้นเพื่อกระตุ้นการทำงานของสมองในด้านต่างๆ ซึ่งเชื่อมโยงกับการเรียนรู้ และความจำ (Mather, 2020) แนวคิดนี้ถูกใช้มากในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะหลงลืม (Dementia) (Salthouse, 2006) เนื่องจากการกระตุ้นการรู้คิดช่วยในการฝึกความจำ จัดระบบความคิด และฟื้นฟูการทำงานของสมองที่เกี่ยวกับการรู้คิด (Cognitive function) (Spector et al., 2003; Udomittipong et al., 2021) จากงานทบทวนงานวิจัยเชิงระบบของ Gómez-Soria et al. (2023) ได้มีการรวบรวมวิธีการของ CS จากหลาย ๆ แหล่งดังต่อไปนี้ 2.1 การรับรู้ความเป็นจริง (Reality orientation) โดยการทบทวนสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยมุ่งที่การทบทวนถึงผู้คน สถานที่ และเวลา เจ้าหน้าที่ Day Care สามารถประยุกต์ใช้วิธีนี้โดยการหมั่นถามเรื่องทั่วไปกับผู้สูงอายุเพื่อเป็นการกระตุ้นการใช้ความคิด และการจดจำ 2.2 การยืนยัน

ความรู้สึก (Validation) เป็นการยอมรับ และให้คุณค่าต่อความรู้สึก ความคิด และประสบการณ์ของผู้สูงอายุแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ตรงกับข้อเท็จจริง โดยมากมักใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหลงลืม หาก Day Care มีผู้สูงอายุที่มีภาวะหลงลืม หรือมีการรับรู้ที่บิดเบือนไปจากข้อเท็จจริง เจ้าหน้าที่ควรรับฟังด้วยความเข้าใจ และไม่ตอบโต้ในลักษณะที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหลงลืมเกิดความรู้สึกผิด 2.3 การระลึกความทรงจำ (Reminiscence) เป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต อย่างเช่นการพูดคุยถึงเรื่องราวในอดีตหรือสะท้อนชีวิตของตนเอง โดยอาจใช้สิ่งของที่กระตุ้นความทรงจำอย่างรูปถ่าย วิดีโอ ดนตรี และอื่น ๆ ที่มีความหมายต่อผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ Day Care ควรทำความเข้าใจผู้สูงอายุให้มากก่อนใช้วิธีนี้ เพื่อระวังการกระตุ้นความทรงจำที่ไม่ดีของผู้สูงอายุอันอาจจะส่งผลในทางลบ 2.4 การบำบัดที่ใช้ประสาทสัมผัสหลายทาง (Multisensory therapy) เป็นการกระตุ้นการรู้คิดผ่านประสาทสัมผัสของมนุษย์หลายช่องทาง (การมองเห็น การลิ้มรส การดม และการสัมผัส) อาทิเช่น การร้องเพลง การเดินรำ หรือการลิ้มรสอาหาร เป็นต้น เจ้าหน้าที่ Day Care ควรหมั่นหากิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุได้ฝึกประสาทสัมผัสเหล่านี้อยู่เสมอมากกว่าการนั่งเฉย ๆ หรือนั่งดูโทรทัศน์ 2.5 กิจกรรมที่เกี่ยวกับการรู้คิด (Cognitive activities) เป็นกิจกรรมที่ถูกออกแบบเพื่อป้องกันภาวะการรู้คิดเสื่อม ตัวอย่างเช่น กิจกรรมหาความแตกต่างระหว่างภาพที่คล้ายคลึงกัน กิจกรรมจับคู่การ์ดที่เหมือนกัน หรือกิจกรรมอักษรไขว้ (Crossword) เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้ในปัจจุบันสามารถหาได้ทั้งแบบวัตถุดิบต้อง และแบบแอปพลิเคชัน 2.6 การเรียนรู้แบบอ้อมโน้มนำ (Implicit learning) ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคล ซึมซับรูปแบบ กฎเกณฑ์ หรือทักษะใหม่ ๆ โดยที่ไม่ได้ตั้งใจหรือไม่ได้ตระหนักชัดจนกว่ากำลังเรียนรู้ เช่น ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุพัฒนาทักษะโดยไม่รู้ตัว เจ้าหน้าที่ Day Care จึงควรค้นหากิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำอยู่เป็นประจำเพื่อเป็นการชะลอความเสื่อมถอยอันเกิดจากความเบื่อหน่ายโดยหากิจกรรมที่มีความแปลกใหม่ (Novelty) เพราะกิจกรรมที่สร้างความแปลกใหม่จะเป็นแรงกระตุ้นที่ดี (Stimulus) ที่สามารถช่วยเพิ่มความจดจ่อ (Attention) และความพึงพอใจตามหลัก SDT

3. แนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลัง หรือพลพพลัง (Active Aging) คือ แนวคิดที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก สุขภาพ (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และความมั่นคง (Security) โดยองค์ประกอบของการมีส่วนร่วม ถือเป็นแนวคิดที่มุ่งให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในชุมชน การเปิดรับ และการยอมรับในตัวผู้สูงอายุ รวมถึงการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตในรูปแบบต่างๆของผู้สูงอายุ อาทิ การเข้าอบรม การเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำงานไม่จำเป็นจะเป็นการจ้างงานแบบเป็นทางการ หรือไม่เป็นทางการ รวมถึงการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครชุมชน (World Health Organization, 2002) สอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ Department of Older Persons (2017) ที่นำเสนอผ่านชุดความรู้การดูแลตนเอง และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุด้านการเรียนรู้สังคมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ตลอดชีวิต ช่วยพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเชื่อมโยงกับผู้คนในช่วงวัยอื่น ๆ ได้มากยิ่งขึ้น ดังนั้นแนวคิดพลพพลังจึงแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการทำกิจกรรมที่มีต่อผู้สูงอายุ

ทฤษฎี และแนวคิดที่กล่าวมาสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการทำกิจกรรมในผู้สูงอายุ Day care ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่มีความใกล้ชิด และรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุในระหว่างวัน จึงควรเห็นความสำคัญของการทำกิจกรรมที่เป็นเสมือนเครื่องมือสำคัญที่ช่วยในการชะลอความเสื่อมถอยของความรู้คิด การสร้างความผาสุกทางใจ และทางสังคมของผู้สูงอายุ ผ่านการออกแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมความเป็นอิสระ ความสามารถ ความสัมพันธ์ร่วมกับการฝึกสมองเพื่อสร้างแรงจูงใจภายใน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า กระตือรือร้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ความสำคัญของการทำกิจกรรมกับการลดความเบื่อหน่ายในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมที่มีความหลากหลาย และความน่าสนใจจะช่วยลดความเบื่อหน่าย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีแนวโน้มมีสุขภาพจิตใจที่ดีกว่า และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้มีกิจกรรมกระตุ้น (McHugh Power et al., 2018) นอกจากนี้การส่งเสริมผู้สูงอายุให้แสดงความสามารถผ่านการทำกิจกรรมถือเป็น

กระบวนการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เห็นคุณค่าของตนเอง และนำไปสู่การสร้างพลังในตนเอง (Niyomdech & Noklang, 2023) จากงานวิจัยที่ศึกษาถึง ความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุยังมีความต้องการพัฒนาตนเอง เรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อให้ดำเนินชีวิตได้อย่างสะดวกสบาย รับรู้ข่าวสารของสังคมได้อย่างรวดเร็ว เข้าใจ และเท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมใหม่ (Dissara et al., 2025) นอกจากนี้การเรียนรู้ในเทคโนโลยีใหม่ ๆ จะช่วยลดความเสี่ยงจากภัยบนโลกออนไลน์ด้วย สิ่งหนึ่งที่สะท้อนถึงความ ต้องการการเรียนรู้ และพัฒนาตนเองของผู้สูงอายุคือการเพิ่มขึ้นของโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีทั้งในรูปแบบของสังคมสงเคราะห์ และรูปแบบเชิงพาณิชย์ (China Daily, 2018) โดยประเทศไทยมีโรงเรียนผู้สูงอายุราว 2,456 แห่ง กระจายทั่วประเทศ (Ministry of Social Development and Human Security, 2024) กิจกรรมที่จัดขึ้นใน Day Care เจ้าหน้าที่สามารถเลือกพิจารณาแบบโดยแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ 1. กิจกรรมแบบดำเนินด้วยตัวเอง (Self-led activities) คือ กิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมเป็นผู้ริเริ่มเอง และเป็นผู้นำการดำเนินกิจกรรมนั้นด้วยตนเอง ได้แก่ การอ่านหนังสือ การเดินไปมา การฟังเพลง การเล่นเกมสักระดาน หรือการทำสวน เป็นต้น 2. กิจกรรมแบบมีผู้นำกิจกรรม (Facility-led activities) คือกิจกรรมที่ถูกจัดขึ้นภายใต้การนำหรือการบริหารของสถานที่หรือองค์กรที่เป็นเจ้าของหรือผู้รับผิดชอบสถานที่นั้น ได้แก่ กิจกรรมออกกำลังกาย การฝึกทำอาหารเพื่อสุขภาพ หรือศิลปะบำบัด เป็นต้น (Panthi, 2022) การจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความแปลกใหม่ จึงมีบทบาทสำคัญ เนื่องจากกิจกรรมที่แตกต่าง และไม่เป็นกิจวัตรจะช่วยในการกระตุ้นสมอง สร้างแรงจูงใจ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

แนวทางการสร้างความแปลกใหม่ผ่านกิจกรรม - แบ่งปันประสบการณ์

การสร้างกิจกรรมที่แปลกใหม่เพื่อลดความเบื่อหน่ายในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุใน Day Care

จากประสบการณ์การปฏิบัติการด้านการพยาบาลใน Day Care ขนาดเล็กแห่งหนึ่งของหน่วยงานราชการที่มีผู้สูงอายุจำนวนไม่เกิน 12 คน พบว่า ผู้สูงอายุบางรายนั่งดูโทรทัศน์ บางรายนั่งเฉย ๆ กิ่งเหม่อลอย บางรายพูดคุยทั่วไปกับเจ้าหน้าที่ แต่ปฏิสัมพันธ์ที่มีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันน้อยมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศชายรายเดียวที่ไม่ได้เห็นการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุรายอื่น ๆ ซึ่งสามารถจำแนกปัญหาที่เป็นปัจจัยก่อเกิดความเบื่อหน่าย และแนวทางการพัฒนาสำหรับกิจกรรม ดังตาราง

ตารางวิเคราะห์ปัจจัย สาเหตุ แนวคิดทฤษฎีที่ใช้เพื่อการปรับปรุงในการสร้างกิจกรรมแปลกใหม่สำหรับผู้สูงอายุใน Day Care

สาเหตุ	ปัจจัยที่ก่อเกิดความเบื่อหน่าย	ทฤษฎี และแนวคิดที่ใช้เพื่อการปรับปรุง	แนวทางการปรับปรุง
เจ้าหน้าที่ Day Care ไม่ได้มีการสอบถามความต้องการ หรือความสนใจของผู้สูงอายุในเรื่องของการจัดกิจกรรม	• กิจกรรมที่จัดไม่ถึงจุดความสนใจของผู้สูงอายุ	• ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิตวิทยา ในส่วนของอิสรภาพ และความสามารถ • แนวคิดพหุพลังในส่วนของการมีส่วนร่วม	สอบถามผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุถึงแนวทางการจัดกิจกรรมที่สนใจ กิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ดี เพื่อให้สามารถเลือกกิจกรรมที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้

สาเหตุ	ปัจจัยที่ก่อเกิด ความเปราะบาง	ทฤษฎี และแนวคิด ที่ใช้เพื่อการปรับปรุง	แนวทางการปรับปรุง
กิจกรรมถูกจัดในรูปแบบกิจกรรมเดี่ยวไม่ได้เชื่อมโยงกับองค์ความรู้อื่นๆ เช่น กิจกรรมสอนทำอาหาร ก็จะเป็นเพียงการแสดงวิธีการทำอาหารให้ผู้สูงอายุรับชม	<ul style="list-style-type: none"> ผู้สูงอายุไม่ได้เกิดความรู้สึกคล้อยตามไปกับกิจกรรม มองเป็นเพียงกิจกรรมหนึ่ง ๆ เท่านั้น ผู้สูงอายุไม่ได้เกิดความคิดเชื่อมโยงไปยังองค์ความรู้อื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุมีน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทั้งกระบวนการ 	<ul style="list-style-type: none"> ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิตวิทยา ในส่วนของอิสรภาพ แนวคิดพหุพลังในส่วนของการมีส่วนร่วม 	<ul style="list-style-type: none"> จัดให้มีการเชื่อมโยงกิจกรรมกับสาระความรู้ อาทิเช่น กิจกรรมทำอาหารเชื่อมโยงกับประวัติความเป็นมาของอาหาร ประโยชน์ต่อสุขภาพของอาหาร เป็นต้น กิจกรรมควรเปิดให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมตลอดทั้งกระบวนการมากกว่าการสาธิตให้ชม
กิจกรรมที่จัดไม่ได้มีการสร้างความหลากหลาย เช่น การออกกำลังกายประจำวัน จะใช้การเปิดคลิปวิดีโอการออกกำลังกายแบบเดิม ส่วนการจัดกิจกรรมที่วิทยากรภายนอกมาสอน มักจะใช้กิจกรรมแนวศิลปะ เช่น การระบายสีแบบแรเงา การตัดกระดาษปะภาพ เนื่องจากประสานงานวิทยากรได้ง่าย	<ul style="list-style-type: none"> ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย กิจกรรมที่ซ้ำ ๆ ไม่ส่งเสริมการเรียนรู้สิ่งใหม่ และกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ 	<ul style="list-style-type: none"> แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด 	<ul style="list-style-type: none"> สร้างความหลากหลายของกิจกรรม เช่น การใช้คลิปวิดีโอการออกกำลังกายที่แตกต่างไปในแต่ละวัน โดยเจ้าหน้าที่ควรมีการคัดเลือกคลิปวิดีโอการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับเปลี่ยนท่าออกกำลังกาย ซึ่งช่วยกระตุ้นให้มีการสังเกตท่าออกกำลังกายใหม่ ๆ วางแผนประสานงานกับวิทยากรไว้ล่วงหน้า เพื่อให้สามารถจัดกิจกรรมที่มีความหลากหลาย

สาเหตุ	ปัจจัยที่ก่อเกิด ความเบื่อหน่าย	ทฤษฎี และแนวคิด ที่ใช้เพื่อการปรับปรุง	แนวทางการปรับปรุง
ในบางกิจกรรมระยะเวลา สำหรับกิจกรรมค่อนข้าง ยาวนานเกินไป เช่น การ ออกกำลังกายแบบชี่กง (Qi Gong) ได้วางระยะเวลา ไว้ 2 ชั่วโมง	<ul style="list-style-type: none"> กิจกรรมที่ยาวนานเกินไป โดยไม่มีสิ่งน่าดึงดูดใจ ใหม่ๆ ในระหว่างกิจกรรม มากกระตุ้น จะลดความ สนใจของผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> แนวคิดการกระตุ้นการ รู้คิด 	ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลา ที่เหมาะสมสำหรับ แต่ละกิจกรรม รวมถึง ทบทวนเนื้อหาของกิจกรรม ถึงจุดกระตุ้นความสนใจ ของกิจกรรม
กิจกรรมไม่ได้ใส่กิจกรรม ย่อยในส่วนของกรสร้าง ความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้สูงอายุ กิจกรรมจะเป็น ลักษณะทำแบบแยกเดี่ยว โดยมีเจ้าหน้าที่ดูแล รายบุคคล	<ul style="list-style-type: none"> ผู้สูงอายุไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างกัน ขาดการ พัฒนาการจากการสื่อสาร กับกลุ่มคนที่มีความ หลากหลาย 	<ul style="list-style-type: none"> ทฤษฎีความต้องการ พื้นฐานทางจิตวิทยา ใน ส่วนของความสัมพันธ์ 	แทรกขั้นตอนที่กระตุ้น ให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างกัน เช่น กรณี กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงาน ศิลปะสามารถให้มีการพูด ชมเชยผลงานของผู้สูงอายุ ท่านอื่น หรือ กรณีกิจกรรม อื่นๆ ก็จัดให้มีการนำเสนอ ผลงาน เพื่อให้เกิด ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน เป็นต้น

จากตารางข้างต้น จะพบว่าแค่เพียงการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุนั้น ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้สูงอายุหลุดพ้น
จากความเบื่อหน่ายแต่ต้องให้ผู้สูงอายุเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรม ตั้งแต่เริ่มต้นวางแผนกิจกรรมจนถึงจบกระบวนการ
ของกิจกรรม โดยพิจารณาหลักของทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิตวิทยา แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด และแนวคิด
พดุมพลัง เข้ามาประยุกต์ใช้เพื่อให้กิจกรรมเป็นเครื่องมือที่ช่วยลดทอนความเบื่อหน่ายของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ซึ่งเมื่อพิจารณาจาก ปัจจัย สาเหตุ แนวคิดทฤษฎีที่ใช้เพื่อการปรับปรุงในการสร้างกิจกรรมแปลกใหม่สำหรับผู้สูงอายุใน
Day Care สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการทางการแพทย์ผ่านกระบวนการทางการแพทย์ในแต่ละขั้นตอน เช่น
ขั้นตอนการประเมิน (Assessment) และขั้นตอนการวินิจฉัยปัญหา (Diagnosis) อาทิ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ภาวะ
เสี่ยงต่อความโดดเดี่ยวทางสังคม (Risk for social isolation) หรือภาวะทำกิจกรรมนั้นหนาการบกพร่อง (Deficient
diversional activity) เป็นต้น

ตัวอย่างการจัดกิจกรรมที่แปลกใหม่ - แบ่งปันประสบการณ์

จากการสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ไม่ได้ให้ความคิดเห็นเป็นการเจาะจงว่าต้องการกิจกรรม
รูปแบบไหน เพียงแต่อยากได้กิจกรรมที่ได้ลงมือทำ สนุกสนาน และสร้างความรู้สึกละเอียดใหม่ ผู้ประพันธ์จึงได้ค้นหาข้อมูล
กิจกรรมในหลาย ๆ รูปแบบ โดยพยายามหากิจกรรมที่มีความหมาย เชื่อมโยงกับชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุสามารถเข้ามา
มีส่วนร่วมได้ตลอดทั้งกิจกรรม และสร้างเสริมความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน

ตัวอย่างกิจกรรมเชิงปฏิบัติที่ผู้ประพันธ์ได้จัดขึ้น และได้รับผลตอบรับที่ดีทั้งจากผู้สูงอายุและผู้ดูแล คือ การจัด
ดอกไม้แบบอิคะบานะ (Ikebana) ซึ่งเป็นศิลปะการจัดดอกไม้แบบญี่ปุ่นที่มีความหลากหลายทางมิติที่สามารถนำเสนอได้

ในเรื่องของ ประวัติศาสตร์ ศิลปวัฒนธรรม การฝึกสติ กระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ การจัดการกับความเครียด และการสร้างความสนุกสนาน ประกอบกับกิจกรรมดังกล่าวมีขั้นตอนที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ มีความแปลกใหม่ และค่าใช้จ่ายต่อบุคคลไม่สูง กิจกรรมการจัดดอกไม้ดังกล่าวจะเชื่อมโยงไปกับการบรรยายเชิงทฤษฎีในเรื่องของความเครียด และการจัดการกับความเครียด ขั้นตอนการจัดกิจกรรม มีดังต่อไปนี้

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด และการจัดการกับความเครียด เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดการกับความเครียดที่ตนเองเผชิญ และสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มร่วมหาวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกัน ผ่านกระบวนการกลุ่ม และการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านสถานการณ์สมมติ พร้อมทั้งเชื่อมโยงการจัดการความเครียดผ่านกิจกรรมการจัดดอกไม้แบบอิคิบานะ

2. ก่อนทำกิจกรรม นำเสนอประวัติความเป็นมาของการจัดดอกไม้แบบอิคิบานะ แนวคิดของกิจกรรม ความหมายเชิงสัญลักษณ์ของดอกไม้ที่จัด แนะนำอุปกรณ์สำหรับการจัดดอกไม้ และหลักวิธีการจัดดอกไม้แบบ “หลักนำ แซมตาม” ผ่านการใช้รูปภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจ และเข้าใจได้ง่าย ทั้งนี้ก่อนการทำกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ฝึกสมาธิด้วยการนั่งสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ และทำกิจกรรมภายใต้ความรู้สึกนึกคิด และแรงบันดาลใจที่ตนเองปรารถนา ผ่านการจัดดอกไม้แบบอิคิบานะโดยใช้หลักการ “หลักนำ แซมตาม” หลังเสร็จสิ้นให้ผู้สูงอายุทำการนำเสนอแนวคิด ผลงานของตนเอง สนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มฝึกการชื่นชม และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม และการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

อภิปรายผล

การสร้างความปลอดภัยผ่านกิจกรรมการจัดดอกไม้แบบอิคิบานะ ใน Day Care มีความสำคัญต่อการจัดการกับความเบื่อหน่าย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่กระทบต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่หลากหลาย และสร้างความแปลกใหม่ด้วยการจัดดอกไม้แบบอิคิบานะ สามารถช่วยกระตุ้นการรู้คิด เพิ่มแรงจูงใจ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ทั้งนี้ความสำเร็จในการจัดกิจกรรมขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งการออกแบบกิจกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้นิพนธ์ที่พบว่า เมื่อนำการจัดดอกไม้แบบอิคิบานะมาใช้กับผู้สูงอายุเพศชายที่เคยแยกตัว ไม่มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม การจัดดอกไม้แบบอิคิบานะสามารถดึงความสนใจของผู้สูงอายุเพศชายดังกล่าวให้กลับมามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม และสามารถสะท้อนคิดผ่านการจัดดอกไม้แบบอิคิบานะได้ ซึ่งกิจกรรมที่มีความแปลกใหม่ (Novelty) เป็นกุญแจสำคัญในการทำลายกำแพงความเบื่อหน่ายที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ สามารถจัดการความเบื่อหน่ายผ่านการสนับสนุนความแปลกใหม่ด้านกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุใน Day Care แล้ว ยังเป็นสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงาน สหวิชาชีพ ควรมีการยกระดับให้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพการดูแล (Quality indicator) ภายใน Day Care เพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่ผู้สูงอายุควรได้รับเมื่อมารับบริการภายใต้คุณภาพ และมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการต่อยอดงานวิจัย

ผู้นิพนธ์หวังว่าบทความวิชาการนี้จะสามารถเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ และพัฒนาต่อยอดเป็นงานวิจัยอย่างเต็มรูปแบบในการลดความเบื่อหน่ายของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทุกรูปแบบ เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิผลของการนำกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ในการลดความเบื่อหน่าย และผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งหากมีการนำไปปฏิบัติจริงจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ นอกเหนือจากความเบื่อหน่ายแล้ว ควรเสนอให้วัดผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่อง เช่น Neuropsychiatric Inventory (NPI) เพื่อดูพฤติกรรมทางจิต หรือการวัด Self-esteem ภายหลังจากการทำกิจกรรมการจัดดอกไม้แบบอิคิบานะ

ข้อจำกัด

บทความนี้เป็นเพียงการนำเสนอแนวคิด และตัวอย่างกิจกรรมแปลกใหม่ด้วยการจัดดอกไม้แบบอิคิบานะที่ได้มีการจัดขึ้นจากประสบการณ์ของผู้นิพนธ์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดทอนความเบื่อหน่ายของผู้สูงอายุใน Day Care อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นย่อมแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และกลุ่มบุคคล ซึ่งเจ้าหน้าที่จะต้องอาศัยการสังเกตผู้สูงอายุใน Day Care เพื่อปรับเปลี่ยนกิจกรรมไปตามความสนใจของกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้ศึกษาต้องนำไปปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทของสถานการณ์ที่เผชิญจึงจะถือว่าเกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้ การจัดดอกไม้แบบอิคิบานะ อาจมีข้อจำกัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก (Fine motor skills) หรือ การมองเห็น (Visual impairment) ซึ่งต้องมีการปรับอุปกรณ์หรือท่าทางให้เหมาะสม เพื่อความปลอดภัย และการเข้าถึงได้จริง รวมไปถึงอาจมีการระบุถึงประเด็นเรื่องพื้นที่และบรรยากาศของ Day Care (เช่น แสงสว่าง และความเสียงสงบ) อันมีผลต่อความสำเร็จของกิจกรรมการจัดดอกไม้แบบอิคิบานะร่วมด้วย

References

- American Psychological Association. (n.d.). Boredom. In *APA dictionary of psychology*. Retrieved from <https://dictionary.apa.org/boredom>
- An, J., Payne, L., & Janke, M. (2023). Exploring the phenomenon of boredom in the context of leisure among older adults. *Innovation in Aging*, 7(Suppl 1), 845. doi:10.1093/geron/igad104.2724
- Bantwal, P. (2016). Existence of boredom among the elderly: The need to further explore the concept. *Journal of Geriatric Care and Research*, 3(2), 49-50.
- Bureau of Registration Administration, Department of Provincial Administration. (n.d.). *Population registration statistics* [Data set]. Retrieved from <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>
- Department of Older Persons. (2017). *Knowledge package for self-care and capacity development of older persons: Social learning*. Bangkok, Thailand: Ministry of Social Development and Human Security Press.
- Dissara, P., Nunklam, D., & Chimhad, P. (2025). The study of the development needs of elderly care activities at the Health Rehabilitation and Elderly Potential Development Center. *Journal of Social Science Development*, 8(6), 80-92.
- Goldberg, Y., Eastwood, J., LaGuardia, J., & Danckert, J. (2011). Boredom: An emotional experience distinct from apathy, anhedonia, or depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(6), 647-666. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.6.647>
- Gómez-Soria, I., Iguacel, I., Aguilar-Latorre, A., Peralta-Marrupe, P., Latorre, E., Zaldívar, J. N. C., & Calatayud, E. (2023). Cognitive stimulation and cognitive results in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 104, 104807. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104807>
- He, Q. (2018, June 23). China's senior citizens flock back to school. *China Daily*. Retrieved from <https://www.chinadaily.com.cn/a/201806/23/WS5b2d4787a3103349141de584.html>

- Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2026). *Mahidol population gazette: Population of Thailand, 2026* (Vol. 35, January 2026). Retrieved from <https://ipsr.mahidol.ac.th/population-gazette/>
- Mather, M. (2020). How do cognitively stimulating activities affect cognition and the brain throughout life? *Psychological Science in the Public Interest*, 21(1), 1-5. <https://doi.org/10.1177/1529100620941808>
- McHugh Power, J., Hannigan, C., Hyland, P., Brennan, S., Kee, F., & Lawlor, B. A. (2018). Depressive symptoms predict increased social and emotional loneliness in older adults. *Aging & Mental Health*, 24(1), 110-118. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1517728>
- Merrifield, C., & Danckert, J. (2014). Characterizing the psychophysiological signature of boredom. *Experimental Brain Research*, 232(2), 481-491. <https://doi.org/10.1007/s00221-013-3755-2>
- Ministry of Social Development and Human Security. (2024, January 9). *MSDHS-ThaiHealth expand elderly school program to 2,456 sites, strengthening media literacy among older persons*. Retrieved from <https://www.thaihealth.or.th/>
- Niyomdecha, A., & Noklang, S. (2023). Guideline to create participation of elderly in the community. *The Journal of Research and Academics*, 6(6), 115-130.
- Office of Provincial Commercial Affairs Suratthani. (n.d.). *The Trade Policy and Strategy Office (TPSO) analyzed the silver economy and found that the elderly care business is experiencing high growth and presents significant profit opportunities*. Retrieved from <https://suratthani.moc.go.th/th/content/category/detail/id/112/iid/136333>
- Office of the Royal Society. (2011). *Royal Institute dictionary B.E. 2554* [Online]. Retrieved from <https://dictionary.orst.go.th>
- Palombi, T., Chirico, A., Cazzolli, B., Zacchilli, M., Alessandri, G., Filosa, L., ... Lucidi, F. (2025). Motivation, psychological needs and physical activity in older adults: A qualitative review. *Age and Ageing*, 54(7), afaf180. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf180>
- Panthi, M. (2022). Loneliness and boredom in residential care: Voices of older adults. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 34(1), 88-99. <https://doi.org/10.11157/anzswj-vol34iss1id846>
- Ros Velasco, J. (2021). The experience of boredom in older adults: A systematic review. *Health, Aging & End of Life*, 6, 11-44. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8428388>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860>
- Ryan, R. M. (Ed.). (2023). *The Oxford handbook of self-determination theory*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Salthouse, T. A. (2006). Mental exercise and mental aging: Evaluating the validity of the “use it or lose it” hypothesis.

- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy program for people with dementia: Randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 248-254.
- ThaiHealth. (2024, January 9). Ministry of Social Development and Human Security and ThaiHealth expand 2,456 schools for older adults to strengthen immunity with “Media literacy for the elderly”. Retrieved from <https://www.thaihealth.or.th/>
- Udomittipong, D., Channakorn, P., Narongsak, T., & Chimnakboon, N. (2021). Cognitive stimulation for elderly with mild cognitive impairment: Review article. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 15(1), 62-83.
- United Nations. (2025, October 1). 2025 Theme: Older Persons driving local and global action: Our aspirations, our well-being and our rights. Retrieved from <https://www.un.org/en/observances/older-persons-day>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva, Switzerland: Author. Retrieved from <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนในการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เป็นวารสารเพื่อเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ สาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งเผยแพร่ผลงานวิจัย อันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล และการประชาสัมพันธ์วิชาชีพพยาบาล โดยผ่านการพิจารณาจากผู้นทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น จำนวน 3 ท่าน โดยผู้นทรงคุณวุฒิและผู้เขียนจะไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-Blind Review)

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ หรือ บทความวิจัย ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และ ลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
2. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. จัดพิมพ์ต้นฉบับด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word ด้วยอักษร TH SarabunPSK หรือ Angsana New ขนาด 16 point บนกระดาษขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวเว้นระยะบรรทัด 1 บรรทัด (single space) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษทั้ง 4 ด้าน ด้านละ 1 นิ้ว พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น และจำนวนเนื้อหาไม่เกิน 12 หน้า (รวม References)
2. หน้าแรก (ให้เป็นเลขหน้า 0 โดยไม่นับรวม กับเนื้อหา) ให้พิมพ์ชื่อเรื่องภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ ขนาด 20 point และเพิ่มชื่อผู้เขียน คุณวุฒิ ตำแหน่ง และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุผู้เขียนหลัก (Corresponding author) โดยใส่เครื่องหมาย * ไว้ท้ายชื่อ และระบุ e-mail address ไว้ด้วย
3. หน้าถัดมาให้เป็นเลขหน้า 1 ให้พิมพ์ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลางของหน้าแรก ด้วยอักษรขนาด 22 Point และต่อด้วยบทคัดย่อ และ Abstract (ไม่เกิน 250 คำ) และคำสำคัญ (Key words) ไม่เกิน 5 คำทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. ส่วนประกอบในบทคัดย่อ ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการศึกษา (ไม่ต้องมีส่วนนำ) รูปแบบและวิธีการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง สถานที่และช่วงเวลาเก็บข้อมูล เครื่องมือวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย สรุป และ ข้อเสนอแนะ
5. บทความวิจัย เรียงลำดับหัวข้อ ดังนี้
 - ความสำคัญของปัญหา
 - วัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - กรอบแนวคิดในการวิจัย
 - วิธีดำเนินการวิจัย (ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล)
 - ผลการวิจัย
 - การอภิปรายผล
 - ข้อจำกัดในการวิจัย

- สรุปและข้อเสนอแนะ
- กิตติกรรมประกาศ (หากมี)
- References

6. การใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็น และไม่ใช้คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อเรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษรตัวพิมพ์ใหญ่

7. กรณีบทความภาษาอังกฤษ ใช้แบบ American English

8. การอ้างอิงทั้งในเนื้อหา และ References เขียนด้วยภาษาอังกฤษ โดยใช้ APA 6th edition style ไม่เกิน 20 ชื่อ และเอกสารที่ใช้อ้างอิงไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นตำรา หรือเอกสารทฤษฎีบางประเภท หากเอกสารอ้างอิงนั้นเขียนเนื้อหาเป็นภาษาไทย ให้ปรับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายด้วยคำว่า [in Thai]

9. กรณีที่ต้นฉบับเป็นวิทยานิพนธ์หรือดุษฎีนิพนธ์ จะต้องได้รับการรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ร่วมเขียนทุกคนตามแบบฟอร์มของวารสาร

การส่งบทความ

1. การส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ ต้องเสียค่าธรรมเนียม ตามระเบียบประกาศของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยส่งจ่ายธนาณัติในนาม “เหรียญกษาปณ์วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131”

2. Submission บทความในระบบ online ทาง : <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/author/submit/1> โดยจัดทำเป็น 1 zip.file เพื่อ upload ประกอบด้วย 3 ไฟล์ คือ

- 1) หน้า ‘0’ ที่มีแต่ชื่อเรื่องและชื่อผู้เขียน,
- 2) หน้า ‘1-12’ ที่มีชื่อเรื่อง บทคัดย่อ abstract เนื้อหา และ References, และ
- 3) หนังสือรับรองที่ผู้เขียนลงนามและกรอกข้อมูลครบถ้วน
(download แบบฟอร์มได้ที่ goo.gl/cisWZA และ goo.gl/rArbPV)

3. ส่งต้นฉบับบทความทั้งหมดทาง E-mail : jnurse@nurse.buu.ac.th

หมายเหตุ

1. หากบทความของท่านไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ ฝ่ายวารสารขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าใช้จ่ายดังกล่าว
2. การเขียนอ้างอิง ใช้แบบ APA 6th edition ซึ่งสามารถ download และศึกษาตัวอย่างได้จาก URL: <http://www.edu.buu.ac.th/webnew/jform/journal-ref.pdf>

Author Guideline

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University is a peer reviewed journal published 4 issues per year. Researchers in nursing and health related sciences are invited to submit manuscripts to be published in this journal. These manuscripts should not have been published previously in other journals or in other languages. The original manuscript will be reviewed by at least two reviewers and will be finally approved by the Journal editor.

Types of Manuscripts

The Journal of the Faculty of Nursing Burapha University will accept manuscripts of research articles written in English with contents relating to nursing research or health sciences, health services, knowledge in nursing and other sciences which are beneficial to health and the nursing profession.

Preparation of Manuscripts

1. Typing manuscript using Microsoft Word with Times New Roman with the font size of 12 points on A4 size paper, one page printing, single space, margin size should be spaced at 1 inch from each side on 4 edges, page number typed on every page with a maximum of 12 pages (including references)

2. The first page (it should be page “0” and not included the content). In this page should contain the title of manuscript typed with the font size of 12 points, the authors, their qualifications, positions, and work address. Identify the corresponding author by typing * after the name and provide e-mail address

3. The next page should start with page number “1” and the title should be in the middle of this page with the font size of 18 points and then the abstract (which should be a maximum of 250 words) and key words (up to a maximum of 5 words). Abstract and key words must be duplicated and provided in both English and Thai language.

4. A structured abstract should be included as part of the manuscript. The abstract should contain purpose of the study without detailed background, design and methods, including type of study, sample, setting and duration of data collection, measurement, and types of data analysis, results, conclusions and implication.

5. The contents should be ordered as follows:

- Significance of the Problem
- Purpose the Study
- Conceptual Framework

- Methods (including the design, population and sample, research instruments, ethical consideration, data collection procedure, and data analysis)

- Results
- Discussion
- Conclusions and Implication for Nursing
- Acknowledgments (if applicable)
- References

6. Use American English for manuscripts.

7. Writing references in text and in the references' part should be based on the APA 6th edition style with the maximum of 20 citations and these citations should be up to date and should not be older than 10 years except where these citations are from textbooks or classic articles. If the reference was originally written in Thai please amend to be in English, and then put the term 'in Thai' at the end of each citation.

8. If the original manuscript is a thesis or dissertation, it must be endorsed by an advisor and all co-authors according to the journal's form.

Submission of Manuscript

1. Fees are charged according to the regulation and announcement of the Faculty of Nursing, Burapha University. Money orders should be submitted to "Treasurer of Journal of Faculty of Nursing Burapha University, Faculty of Nursing Burapha University, Saensuk, Chon Buri 20131

2. Submission on line via : <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/author/submit/1> by upload zip.file including at least 3 files;

- 1) page '0' which contains title and author's name and information;
- 2) page '1-12' which consists of abstract (Thai and English), contents and references;
- 3) the cover letter, which all required information and endorsement are completed.
(the cover letter form is available at goo.gl/jfZcpc and goo.gl/wC4p3n)

3. The original manuscript should be submitted to E-mail: jnurse@nurse.buu.ac.th

Note:

1. If your manuscript is not accepted for publication, the journal reserves the right to refund such fee.

2. Write references in accordance with the APA 6th edition style. This style can be previewed and downloaded from: URL: <http://www.edu.buu.ac.th/webnew/jform/journal-ref.pdf>

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการ เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็กคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็กคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวนับเป็นสิ่งสำคัญในภาวะสังคมปัจจุบัน ซึ่งต้องเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก ต้องวางรากฐานในการพัฒนาเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม บุคลิกภาพ และสติปัญญา ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็กจึงต้องใช้ผู้อบรมเลี้ยงดูที่มีความรู้ความสามารถเข้าใจเด็กทั้งด้านชีวจิตสังคม และวิธีเสริมพัฒนาการเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้มองเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดตั้งโครงการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2540



การรับสมัคร

1. รับเด็กอายุระหว่าง 1½ เดือน ถึง 4 ปี
2. รับเลี้ยงเด็กปกติ คือ เด็กที่ไม่มีความพิการหรือบกพร่องทางด้านร่างกายและจิตใจที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ
3. รับสมัครตามลำดับก่อน - หลังจนครบตามจำนวนที่ทางศูนย์ฯ กำหนดไว้

สนใจสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ :

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
เลขที่ 169 ถนนลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131 โทรศัพท์ 038-102222 ต่อ 2859
โทรสาร 038-393476 และ <http://nurse.buu.ac.th/2017/service-childcenter.php>



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถนนลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
โทร. 038-102-822 แฟกซ์ 038-393-476
e-mail: jnurse@nurse.buu.ac.th