

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบงานวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา และสนับสนุนให้บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.พิศิษฐ์ พลธนะ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

นางสาววรางคณา คุ่มสุข

รองผู้อำนวยการกลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.เนติยา แจ่มทิม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

กองบรรณาธิการ

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. นางสาวขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 2. ดร.บุญส่ง สุประดิษฐ์ | วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ |
| 3. ผศ.ดร.เมทนี ระดาบุตร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |
| 4. ดร.สมชาย ชัยจันทร์ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 5. ผศ.ดร.องค์อร ประจันเขตต์ | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้พิจารณาและกลั่นกรองผลงานวิชาการ

- | | | |
|---------------------|--------------------|---|
| 1. รศ.ดร.สมใจ | พุทธาพิทักษ์ผล | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช |
| 2. รศ.ดร.วันเพ็ญ | แก้วปาน | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. รศ.ดร.พร้อมพิไล | บัวสุวรรณ | มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| 4. รศ.ดร.พิมพ์สุราง | เตชะบุญเสริมศักดิ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. ผศ.ดร.ยุวดี | ลีลคณาวิระ | มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 6. ผศ.ดร.สาโรจน์ | เพชรมณี | วิทยาลัยนครราชสีมา |
| 7. ผศ.ดร.วรรณวดี | เนียมสกุล | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 8. ดร.ภาวดี | เหมทานนท์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช |
| 9. ผศ.ดร.จามจุรี | แซ่หลู่ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช |
| 10. ผศ.ดร.จุฬารัตน์ | ห้าวหาญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

11. ผศ.ดร.ชูศักดิ์	ยืนนาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
12. ผศ.ดร.บุศริน	เอี้ยวสีหยก	วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี
13. ผศ.ดร.นงนภัทร	รุ่งเนย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
14. ผศ.ดร.ปริญญาภรณ์	ธนะบุญปวง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
15. ผศ.ดร.สุภาวดี	นพจรจินดา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
16. ดร.ชุตিকাญจน์	ฉัตรรุ่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
17. ผศ.ดร.จิรพรรณ	โพธิ์ทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
18. ผศ.รอ.หญิง ดร.จรรยาลักษณ์	ป้องเจริญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
19. ดร.อาคม	โพธิ์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
20. ผศ.ดร.จารุวรรณ	สนองญาติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
21. ดร.ลักขณา	ศิริกรกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
22. ผศ.ดร.สุภาภรณ์	วรอรุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
23. ผศ.ดร.สุพัตรา	จันทร์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
24. ดร.ปริญทร์	ศรีศลักษณ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
25. ดร.วาสนา	อุปป้อ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
26. ดร.จักรกฤษณ์	สิริริน	สายงานการศึกษา ฝึกอบรมและให้คำปรึกษา สถานประกอบการ สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)

เจ้าของ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

118 ม.1 ต.สนามชัย อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี 72000

ฝ่ายจัดการ

- | | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| 1. นางสาวศรีแพร พุ่มมัน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 2. นางสาวเกศสรา ศีคำ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 3. นายอมรเทพ ศรีวิเชียร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |

กำหนดออกวารสาร ทุก 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ) มกราคม-เมษายน พฤษภาคม-สิงหาคม และกันยายน – ธันวาคม

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบบทความวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา สนับสนุนให้อาจารย์บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข และบุคคลภายนอกได้เผยแพร่องค์ความรู้ มีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

วารสารปีที่ 8 ฉบับที่ 3 มีบทความวิจัย 11 เรื่อง เป็นผลงานการศึกษาจากผู้ปฏิบัติงานจริงที่ต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งมีคุณค่าทางวิชาการเป็นอย่างยิ่ง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทางการศึกษา การดูแลผู้รับบริการ และการพัฒนาองค์กร

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย คือคณะที่ปรึกษาวารสาร คณะทำงานวารสาร ผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กองบรรณาธิการหวังว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการสำหรับผู้อ่านทุกท่าน หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด กองบรรณาธิการยินดีน้อมรับคำแนะนำ เพื่อจะนำไปปรับปรุงและพัฒนาวารสารให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้นต่อไป

ผศ.ดร.เนติยา แจ่มทิม

สารบัญ

หน้า

ผลของการส่งเสริมความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานด้วยแอปพลิเคชันไลน์ด้านหวานร่วมกับป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี	5
:อรนุช ประดับทอง, กรวรรณ ผมทอง และชานนท์ ชุ่มนาเสียว	
อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยสามัญ	18
:เพชรินทร์ ภูมิภักดิ์, วุฒิชัย สมกิจ, เพิ่มพูน ศิริกิจ, พงนิย ชูลีลัง, ชัชดา เขาว์สันเทียะ, จีระพรรณ แสงฉายา, จีรพร อินนอก, กำพร ดานา และคลีนาก ฐานะ	
ผลของโปรแกรมนิรโรคติดต่อความสามารถในการทำงานของสมองสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้	32
:สมสุตา มาแก้ว, ภาณุ คุุฒยารกร, ธิติรัตน์ คณิงเพียร และอภิญา แก้วพิลา	
มุมมองการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมือง	42
:สุจิรา พึ่งเฟื่อง, จักรกฤษณ์ พลราชม และสมคิด ปราบภัย	
การพัฒนาแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	55
:ธนภัทร คบหมู่ และชัชคณะค์ แพรชาว	
ศึกษาผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มียาฉีดอินซูลิน และควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านนาอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก	72
:ปฐวี ปัดมั่ง และหทัยชนก ประทีปจินดา	
ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	90
:วรางคณา จำปาเงิน และสุพัตรา จันทร์สุวรรณ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 จังหวัดสุพรรณบุรี	103
:เนติยา แจ่มทิม และจินตนา เพชรมณี	
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาล บ้านนา จังหวัดนครนายก	116
:ประคอง เกียรติพงษ์ และปัญญกรินทร์ หอยรัตน์	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ภาควิชา สังกัดสถาบันบรมราชชนก	134
:ธมลวรรณ แก้วกระจก และปิยะพร พรหมแก้ว	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	147
:ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์, จารุวรรณ สอนองญาติ และจันทร์ฉาย มณีวงศ์	

ผลของการส่งเสริมความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ด้านหวานร่วมกับปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี

อรนุช ประดับทอง, พย.ม.*

กรวรรณ ผมทอง, พย.ม.* และชานนท์ ชุ่มนาเสียว, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องเพื่อควบคุมป้องกันโรคเบาหวานเป็นแนวทางที่สำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานด้วยแอปพลิเคชันไลน์ด้านหวานด้วยปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี กลุ่มตัวอย่าง สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ชุมชนในจังหวัดสุรินทร์ และมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานระดับน้ำตาลในเลือด 100-125 mV/dl ตามเกณฑ์ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ในระดับสีเขียวอ่อนขึ้นไป เครื่องมือการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน 1) แอปพลิเคชันไลน์ด้านหวาน 2) แบบสอบถาม ได้แก่ 1) แบบสอบถามความพึงพอใจ และ 2) แบบทดสอบวัดความรู้ในการการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการส่งเสริมความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานด้วยแอปพลิเคชันไลน์ด้านหวานด้วยปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ หลังการใช้แอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 2) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($M = 4.64, SD = 0.29$) สรุปผล พบว่าแอปพลิเคชันไลน์ด้านหวานด้วยปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานแก่ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้

คำสำคัญ: การส่งเสริมความรู้ โรคเบาหวาน ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี แอปพลิเคชันไลน์

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสสุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: korawan@bcnsurin.ac.th

(Received: March 31, 2025; Revised: April 11, 2025; Accepted: May 31, 2025)

The effects of knowledge promotion on diabetes control and prevention using the LINE application, Anti-diabetic with 7-color traffic ping-pong life

Oranute Pradubtong, M.S.N.*

Korawan Pomthong, M.S.N.* & Chanon Chumnanon, B.N.S.*

Abstract

Promoting accurate knowledge to control and prevent diabetes is an important approach to reducing diabetes complications. This quasi-experimental pretest-posttest study aims to investigate the effects of knowledge promotion for diabetes control and prevention using the Line app with the 7-color traffic light ping-pong method on the sample group. Randomly selected without replacement, individuals aged 20 years and older residing in community areas of Surin Province, and those at risk of diabetes with blood sugar levels between 100-125 ml/dl according to the 7-color traffic light criteria, at least at the light green level. The research instruments are divided into two parts. 1) Anti-Diabetes Line Application 2) The questionnaires include 1) the satisfaction questionnaire and 2) the knowledge test on diabetes control and prevention, and data analysis using frequency statistics, percentages, means, standard deviations, and paired t-test.

The research findings indicate that after promoting knowledge on diabetes control and prevention using the Line application, the average knowledge score of the sample group after using the Line application was significantly higher than the average score before the experiment at the .01 level. Additionally, the sample group expressed the highest level of satisfaction ($M = 4.64$, $S.D. = 0.29$). The results concluded that the "Sweet Stop Line" application, using the "7 Colors of Life Traffic Ping Pong," can be used to promote knowledge in controlling and preventing diabetes for those at risk of developing the disease

Keywords: promotion of Knowledge 7-color traffic ping pong life LINE application

*Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นโรคเรื้อรัง จากการบกพร่องในการผลิตอินซูลินของตับอ่อน หรือการผลิตอินซูลินไม่มีประสิทธิภาพ ความบกพร่องนี้เป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการทำลายระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เกิดการเสื่อมของอวัยวะภายในร่างกายในระยะยาวจะเกิดการเสียหายที่ และอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะทำงานล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท และหลอดเลือด (American Diabetes Association, 2568) ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่ และหลอดเลือดขนาดเล็ก เช่น โรคหัวใจ ภาวะแทรกซ้อน ทางไต ตา ป่วยประสาท และเท้า เป็นต้น ซึ่งมีผลกระทบทางสังคมอันเนื่องมาจาก อัตราการเสียชีวิต และคุณภาพของประชากรเพิ่มขึ้น และผลกระทบทางเศรษฐกิจซึ่งเกิดจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ตามมา (อุษณีย์ ดำรงพิพัฒนกุล, 2561) โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกและปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562) ประชาชนในวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานถึง 1 ใน 10 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก ข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน มากกว่าร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย คาดว่าภายในปีพ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี พ.ศ.2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน (กรมควบคุมโรค, 2566) ในประเทศไทย สถานการณ์ปัจจุบัน จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปีพ.ศ. 2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิต ด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ และโรคเบาหวานเป็น 1 ใน 4 โรคนี้ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง จากสถิติดังกล่าวที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องระดับประเทศ สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ที่เจ็บป่วยโดยตรง ต่อครอบครัวและนำไปสู่การสูญเสียชีวิตมากที่สุดโรคหนึ่ง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2566)

ในปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายพัฒนาประเทศ เข้าสู่ยุคไทยแลนด์ 4.0 ซึ่งเน้นการขับเคลื่อนประเทศ ด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรมในด้านสุขภาพก็มีการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ มากมายจึงทำให้บุคลากรด้านสาธารณสุข และเทคโนโลยีทางการแพทย์ต้องตอบสนองนโยบายนำไปสู่การปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพ (Health 4.0) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์การสื่อสาร ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มที่มีผู้คนใช้มากที่สุดทุกกลุ่มวัย และเข้าถึงได้ง่ายรวดเร็ว (กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจ และสังคม, 2562) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการวิจัยพัฒนาแอปพลิเคชันเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (กลสุภา สิงคบุตร, เรืองฤทธิ์ โทรพันธ์ เพชรรัตน์ พิบาลวงศ์, 2567) ดังเช่น การศึกษาของ Hong, Cho, Rha, Kim, & Lee, 2015; ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์, และพรสวรรค์ คำทิพย์, 2563; Rusdiana, Savira, Amelia, 2018; Kusnanto, Widyanata, Suprajitno, & Arifin, 2019) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชัน พบว่าการศึกษาโดยใช้แอปพลิเคชันสามารถส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ช่วยให้พฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น มีการลดลงของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) การศึกษาของ สุจิตราภรณ์ พัทธครอง, เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม, นิตยา วิโรจนะ และพางนา ดวงจันทร์ (2563) การศึกษาเรื่อง ผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบ แอปพลิเคชัน LINE ต่อความรู้และความเข้าใจโรคเบาหวานของบุคลากรในสถานศึกษา ทำให้ผู้ใช้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับ ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมากขึ้น และเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ดูแลตนเองได้ในชีวิตประจำวัน

อย่างไรก็ตาม ด้วยลักษณะของแอปพลิเคชันนั้น ยังขาดการประเมินระดับความเสี่ยงโรคเบาหวาน อีกทั้งยังไม่มีการบูรณาการการนำเครื่องมือป้องกันโรคเบาหวาน 7 สี มาใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน โดยนำสู่การประเมินความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคระดับความรุนแรงของโรคแต่ละระดับ พร้อมกับการให้ความรู้ วิธีปฏิบัติตนในการดูแลตนเองโดยจัดทำ เป็นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบ Line Official ซึ่ง แนวคิดการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยเครื่องมือป้องกันโรคเบาหวาน 7 สีและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3อ. 3ล. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) เป็นแนวคิดของวิชัย เทียนถาวร (Tienthavorn, 2013) ระบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและควบคุมป้องกันโรค จำแนกคนด้วย “ป้องกันโรคเบาหวาน 7 สี” เป็นกลุ่ม คือ (1) กลุ่มปกติ (สีขาว) ต้องไม่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ (No New Case) โดยเน้นเฝ้าระวัง สร้างสุขภาพ 3อ. และเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรค ไม่ให้เป็นกลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) และกลุ่มป่วย (สีเหลือง) (ยกเว้นในรายเป็นพันธุกรรมที่อาจเกิดเองได้) (2) กลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นการสร้างสุขภาพด้วย “3อ.” เพื่อให้เป็นกลุ่มปกติ (สีขาว) และไม่เป็นผู้ป่วย (สีเหลือง สีส้ม สีแดง) (3) กลุ่มป่วย ต้องลดระดับความรุนแรงจากระดับ 3 (สีแดง) กินยาตามแพทย์สั่งให้ครบถ้วนถูกต้องร่วมกับการสร้างสุขภาพ เพื่อลดความรุนแรงเป็นระดับ 2 (สีส้ม) ระดับ 1 (สีเหลือง) และกลุ่มป่วยระดับ 0 (สีเขียวเข้ม) ให้ได้ โดยใช้หลักปฏิบัติ “3อ.” คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ อย่างเพียงพอและเหมาะสม (ลดจำ นวนยาตามดุลยพินิจของแพทย์) (4) กลุ่มป่วยระดับรุนแรง (สีแดง) ต้องลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน (สีดำ) ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง อัมพาต ไตวาย ตาบอด เนื้อตาย ปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า (Gangrene) การนำเครื่องมือป้องกันโรคเบาหวาน 7 สีมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยสามารถจัดแบ่งระดับ เป็นช่องทางในการประเมิน และใช้ในการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ถูกต้องและเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องและปฏิบัติตนให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคเบาหวาน ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (ลักษณะ พงษ์ภุมมา, ศุภรา หิมาณันโต, 2560) อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและสามารถเผชิญกับปัญหา ที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดพิการและเสียชีวิตได้

ดังนั้น การพัฒนานวัตกรรมแอปพลิเคชันไลน์ด้วยการนำเครื่องมือป้องกันโรคเบาหวาน 7 สีมาใช้เพื่อส่งเสริมความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน และควบคุมป้องกันลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

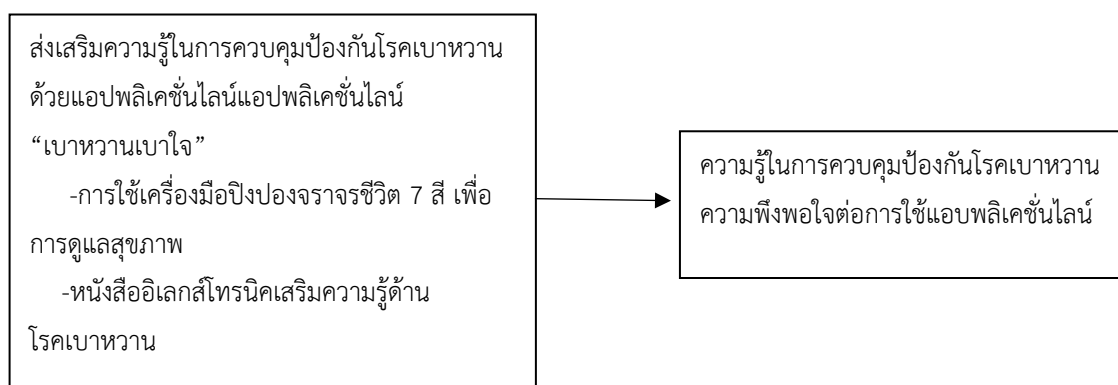
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของแอปพลิเคชันไลน์ “เบาหวานเบาใจ” ต่อความรู้ความเข้าใจในการควบคุมป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานสูงก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการส่งเสริมความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานด้วยแอปพลิเคชันไลน์ แอปพลิเคชันไลน์ “เบาหวานเบาใจ”

กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือป้องกันโรคเบาหวาน 7 สี เป็นระบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและควบคุมป้องกันโรค (Tienthavorn, 2013) ด้วยปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ การพร่องความรู้ที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่

เหมาะสม (ลักขณา พงษ์ภุมมา และศุภรา หิमानันโต, 2560) แอปพลิเคชันไลน์เป็นเทคโนโลยีที่สามารถพัฒนาใช้เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อการมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ และพรสวรรค์ คำทิพย์, 2563) โดยการประยุกต์ใช้เครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สี เพื่อการดูแลสุขภาพผ่านช่องทางของแอปพลิเคชันไลน์ “เบาหวานเบาใจ” ซึ่งมีทั้งการประเมินภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพตามแนวทางของเครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สี หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เสริมความรู้ด้านโรคเบาหวาน สื่อออนไลน์ด้านโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องและปฏิบัติตนให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคเบาหวาน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ชุมชนจังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ชุมชนในจังหวัดสุรินทร์ มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1 การกำหนดอำนาจทดสอบ (β)= .80 ความเชื่อมั่น (α)= .05 และการกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 โดยคำนวณจากงานวิจัยผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้ความเข้าใจโรคเบาหวานของบุคลากรในสถานศึกษา (สุจิตราภรณ์ ทับครอง, เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม, นิตยา วิโรจนะ และพางนา ดวงจันทร์, 2561) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 คน แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ซึ่งควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 30 ราย (Burns, & Grove, 2009; Polit & Hungler, 1999) เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 ราย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นบุคคลที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน และมีอายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไป

2. มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานระดับน้ำตาลในเลือด 100-125 mV/dl ตามเกณฑ์ป้องกันภาวะโรค 7 สี่ ในระดับสีเขียวอ่อนขึ้นไป

3. มีโทรศัพท์สมาร์ตโฟน

4. ยินยอมให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนไม่ถึง 6 เดือน

2. เป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง หรือพิการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน แบบสอบถามและเครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ นวัตกรรมแอปพลิเคชันไลน์ เบาหวาน เบาใจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประวัติการมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน

2) ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกแบบและการจัดรูปแบบนวัตกรรม ด้านเนื้อหา ด้านประโยชน์และการนำไปใช้ และความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมโดยรวม รวมจำนวน 13 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

เกณฑ์การพิจารณาระดับความพึงพอใจ ใช้เกณฑ์การแปลผลจากค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

3) แบบประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบทดสอบ ถูก/ผิด/ไม่ทราบ จำนวน 10 ข้อ

เกณฑ์การพิจารณาระดับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ถูก 1 ข้อ = 1 คะแนน

ผิด/ไม่ทราบ = 0 คะแนน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ แอปพลิเคชันไลน์ ด้านหวานด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี พัฒนาด้วยกระบวนการพัฒนานวัตกรรม

ขั้นตอนการสร้างนวัตกรรม

1. ศึกษาค้นคว้า เอกสาร วารสาร หนังสือ ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อให้ได้กรอบ และแนวคิดการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล

2. การออกแบบนวัตกรรมสื่อสุขภาพรูปแบบ Application Line เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจในการป้องกัน และดูแลตนเองจากโรคเบาหวาน และสมุดเล่มเล็กให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

3. สร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมเรื่องที่จะศึกษา โดยศึกษาปรับปรุงเครื่องมือ แล้วนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ โดยเป็นพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทและเชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบภาษาและความถูกต้องทางวิชาการ แล้วปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

4. นำนวัตกรรมมาทดลองใช้โดยนำช่องทาง Line Official “เบาหวาน เบาใจ” ที่ทางคณะผู้จัดทำได้จัดทำเสร็จเรียบร้อยแล้วมาทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 20 คน ในช่วงอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยแนะนำให้กลุ่มเป้าหมายเพิ่มเพื่อนผ่านทาง Link หรือ QR code ในแอปพลิเคชัน Line หลังจากนั้นทาง Line Official เบาหวาน เบาใจ จะส่งข้อความอัตโนมัติให้กลุ่มเป้าหมายได้อ่านและทำความเข้าใจในส่วนของ ความหมาย การป้องกัน และการดูแลตนเอง อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และทฤษฎีป้องกัน 7 สี เมื่ออ่านและทำความเข้าใจแล้ว ให้กลุ่มเป้าหมายเจาะวัดระดับน้ำตาลในเลือดและปฏิบัติตามขั้นตอน รวมทั้งเรียนรู้วิธีการดูแลและป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานในแต่ละสี ผ่าน Line Official และสมุดเล่มเล็ก และให้กลุ่มเป้าหมายทำแบบประเมินเพื่อนำไปปรับปรุงและแก้ไขต่อไป

5. นำข้อเสนอแนะ/ไปปรับปรุง หลังจากสร้างนวัตกรรมเสร็จสมบูรณ์แล้ว จะมีการนำนวัตกรรมที่สร้างขึ้นมานำเสนอกับผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยเป็นพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทและเชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาค่า CVI และเมื่อได้รับข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่มีความน่าสนใจ และประเมินว่าสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ จะนำข้อมูลและคำแนะนำเหล่านั้นมาใช้ในการพัฒนานวัตกรรมให้ดีขึ้น และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทและเชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน จำนวน 3 ท่าน นำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้ว มาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม (Index Item Objective Congruence: IOC) โดยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ได้ค่า CVI = 1 ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 นั้น มีการนำไปปรับปรุงให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ (Burns, & Grove, 2009; Polit & Hungler, 1999)

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่ชุมชนในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดสุรินทร์ และนำแบบประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มาวิเคราะห์โดยใช้ค่า KR-20 ได้ค่า

0.80 และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความพึงพอใจด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่า 0.96 ซึ่งถือว่าใช้ได้ (Burns, & Grove, 2009; Polit & Hungler, 1999)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA NO.10 /2568 โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคน จะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา วิธีการ ประโยชน์ที่ได้รับ รวมถึงการตอบคำถามหรือ ข้อสงสัยจนกว่าจะเกิดความเข้าใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยจะให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อ การบำบัดรักษา สำหรับข้อมูลจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เมื่อข้อเสนอโครงการวิจัยผ่านการอนุมัติเห็นชอบแล้ว คณะผู้วิจัยติดต่อและประสานงานไปยังชุมชนเป้าหมายเพื่อประสานงานการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมแล้ว ผู้วิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยการอ่านข้อความตามแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบโดยผู้วิจัยไม่ชี้นำคำตอบก่อนการทดลองใช้ “แอปพลิเคชันไลน์เบาหวานอย่าเบาใจ.”
3. อธิบายการใช้แอปพลิเคชันไลน์และให้เวลาการใช้ 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง
4. ขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหลังการทดลองภายใน 1 สัปดาห์ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม
5. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้รับไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยได้รับคือร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยคอมพิวเตอร์ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม โดยการหาคะแนนเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจต่อการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ pair t test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 (28 ราย) อายุระหว่างอายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 (28 ราย) ระดับการศึกษา ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 52.5 (21ราย) รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย/เทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 35 (14 ราย) เป็นผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ป้องกัน 7 สี กลุ่มสีเขียวอ่อน ร้อยละ 52.5 (21ราย) สีเขียวเข้ม ร้อยละ 47.5 (19 ราย) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระดับสีโรคเบาหวานตามเกณฑ์เครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สี (n=40)

สถานภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
1. ชาย	12	30.0
2. หญิง	28	70.0
อายุ		
1. 40 – 49 ปี	6	15.0
2. 50 – 59 ปี	28	70.0
3. 60 ปีขึ้นไป	6	15.0
ระดับการศึกษา		
1. ประถมศึกษา	5	12.5
2. มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย/เทียบเท่า	14	35.0
3. ปริญญาตรี	21	52.5
4. สูงกว่าปริญญาตรี	0	0
ระดับสีโรคเบาหวานตามเกณฑ์		
เครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สี		
1.กลุ่มสีเขียวอ่อน (ระดับน้ำตาลในเลือด 100-125 m/dl)	21	52.5
2. กลุ่มสีเขียวเข้ม (ระดับน้ำตาลในเลือด <125 m/dl)	19	47.5

2. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการให้บริการนวัตกรรม สื่อสุขภาพรูปแบบ Application Line เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวาน

ผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจต่อการให้บริการนวัตกรรม สื่อสุขภาพรูปแบบ Application Line เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.64$, $SD = 0.29$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน เรียงตามลำดับคะแนนเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านประโยชน์และการนำไปใช้ ($M = 4.73$, $SD = 0.31$) รองลงมาด้านเนื้อหา ($M = 4.65$, $SD = 0.31$) และด้านการออกแบบและการจัดรูปแบบนวัตกรรม ($M = 4.63$, $SD = 0.32$) และ น้อยที่สุด คือด้านความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมโดยรวม ($M = 4.58$, $SD = 0.50$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อการส่งเสริมความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ด้านหวานร่วมกับป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี (n=40)

การให้บริการนวัตกรรมสื่อสุขภาพ	M	SD	ระดับความคิดเห็น
1. ด้านการออกแบบและการจัดรูปแบบนวัตกรรม	4.63	0.32	มากที่สุด
2. ด้านเนื้อหา	4.65	0.31	มากที่สุด
3. ด้านประโยชน์และการนำไปใช้	4.73	0.31	มากที่สุด
4. ความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมโดยรวม	4.58	0.50	มากที่สุด
รวม	4.64	0.29	มากที่สุด

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลของการส่งเสริมความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานด้วยแอปพลิเคชันไลน์ “เบาหวานเบาใจ” ต่อความรู้ความเข้าใจในการควบคุมป้องกันตนเองจากโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลองผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน ระหว่างก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันไลน์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน หลังการทดลอง ($M = 9.00$, $SD = 1.198$) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 8.33$, $SD = 1.228$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .01$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน ระหว่างก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันไลน์ด้านหวานด้วยป้องกัน 7 สี (n=30)

ความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน	M	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	8.33	1.228	-3.215	.003*
หลังการทดลอง	9.00	1.198		

* $p < .01$

การอภิปรายผล

ภายหลังกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานด้วยแอปพลิเคชันไลน์ “เบาหวานเบาใจ” พบว่าความรู้ความเข้าใจในการควบคุมป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้ทันทีผ่านแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนและอุปกรณ์พกพาที่สามารถเข้าไปได้ทุกที่ทุกเวลาได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่มีข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองด้านโรคเบาหวาน อีกทั้งยังสร้างความตระหนักในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตราภรณ์ ทับครอง, เพ็ญรุ่งนวลแจ่ม, นิตยา วิโรจนะ และพางนา ดวงจันทร์ (2563) การศึกษาเรื่อง ผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชัน LINE ต่อความรู้และความเข้าใจโรคเบาหวานของบุคลากรในสถานศึกษา ทำให้ผู้ใช้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมากขึ้น และเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ดูแลตนเองได้ในชีวิตประจำวัน การศึกษา

ของรุ่งนภา อาระห์, สุธีรา อุ๋นตระกูล และศศิธร รุจนเวช (2561) ในการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลง โดยเฉพาะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและแอปพลิเคชันไลน์ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น การศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับคำแนะนำจากเภสัชกร ร่วมกับการติดตามการรักษาทางแอปพลิเคชันไลน์ ในกลุ่มทดลอง พบว่าค่า Total Cholesterol, LDL Cholesterol, HDL Cholesterol และ HbA1C ระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ทรงวุฒิ สารจันทิก และลือรัตน์ อนุรัตน์พานิช, 2565) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ น้ำเพ็ญ พรหมประสิทธิ์, สุภาวดี มากอ้น และสมชาย ตูละ (2563) พบว่า ผู้สูงอายุสามารถใช้งานแอปพลิเคชันสำหรับการออกกำลังกายได้ด้วยตนเองตามคำแนะนำต่าง ๆ ที่มีในแอปพลิเคชัน และมีความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับแอปพลิเคชันคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้งานได้จริง ผู้ใช้มีความพึงพอใจเนื่องจากแอปพลิเคชันสามารถใช้งานบนโทรศัพท์มือถือ หรืออุปกรณ์พกพาจึงมีความสะดวกในการใช้งาน สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตลอด และผู้ใช้สามารถนำผลการคัดกรองและคำแนะนำจากแอปพลิเคชันไปปรับใช้ในการควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และรักษาสุขภาพด้วยตนเองได้ง่ายยิ่งขึ้น นอกจากนี้ จากผลการประเมินความพึงพอใจที่พบว่าอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาลักษณ์ มณีเลิศ (2564) ศึกษาวิจัยการพัฒนาแอปพลิเคชันคัดกรองกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจโดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.66 อยู่ในระดับมาก ชุมชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง เฝ้าระวังและควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรู้เท่าทัน และต่อเนื่อง

จากผลการวิจัย สรุปได้ว่า การนำแอปพลิเคชันไลน์มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความรู้แก่ผู้รับบริการทางสุขภาพในกลุ่มโรคเบาหวานโดยนำเครื่องมือป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี่มาผสมผสานในการส่งเสริมความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะเป็นวิธีการดูแลสุขภาพที่ช่วยให้ผู้รับบริการทางสุขภาพสามารถเข้าถึงความรู้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีข้อจำกัดอีกทั้งยังสามารถสนับสนุนการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ศึกษาวิจัยแบบทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลของการส่งเสริมความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานด้วยแอปพลิเคชันไลน์
2. ศึกษาวิจัยพัฒนาแอปพลิเคชันไลน์เพื่อการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆที่ใช้แนวคิดป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี่และวัดผลด้านภาวะสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. นำแอปพลิเคชันไลน์ “เบาหวานเบาใจ” ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน ในชุมชน
2. นำแอปพลิเคชันไลน์ “เบาหวานเบาใจ” ไปต่อยอดในการนำไปให้อาสาสมัครสาธารณสุข เพิ่มพูนความรู้แก่ประชาชนในความดูแลโรคในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2562). รายงานประจำปี 2562. กลุ่มยุทธศาสตร์แผนและประเมินผล กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- กลสุภา สิงคบุตร, เรืองฤทธิ์ โทรพันธ์ และเพชรรัตน์ พิบาลวงศ์. (2567). การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อติดตามและเตือนอาการผิดปกติต่อความรู้พฤติกรรม การปฏิบัติตัวและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 30(2), 56-74.
- กรมควบคุมโรค. (2566). โรคเบาหวาน. <https://www.hfocus.org/content/2023/11/28921>
- กองโรคไม่ติดต่อ, (2566). รายงานประจำปี 2566 กองโรคไม่ติดต่อ. กลุ่มยุทธศาสตร์แผนและประเมินผล กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- จุฬาวลี มณีเลิศ. (2564). การพัฒนาแอปพลิเคชันคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. *วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่*, 22(3), 109-125.
- น้ำเพ็ญ พรหมประสิทธิ์, สุภาวดี มากอ้น และสมชาย ตูละ. (2563). แอปพลิเคชันส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุผ่านสมาร์ตโฟนแอนดรอยด์. *วารสารศรีปทุมปริทัศน์ ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 12(1): 164-175
- ทรงวุฒิ สารจันทิก และลีอรัตน์ อนุรัตน์พาณิช. (2565). ผลลัพธ์ในการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยแอปพลิเคชันไลน์. *เชิงรายเวชสาร*, 14(2), 75-88.
- ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ และพรสวรรค์ คำทิพย์. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและ การติดตามด้วยแอปพลิเคชัน LINE ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย แกว่งแขน และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(2), 52-69.
- ลักขณา พงษ์ภูมิมา และศุภรา หิমানันโต. (2560). ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางทราย อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 20(40), 67-76.
- รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ชื่นตระกูล และศศิธร รุจนเวช. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทยนาวิ*, 43(3), 509-526.
- สุจิตราภรณ์ ทับครอง, เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม, นิตยา วิโรจนะ และพางนา ดวงจันทร์ (2563) การศึกษาเรื่อง ผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชัน LINE ต่อความรู้และความเข้าใจโรคเบาหวานของบุคลากรในสถานศึกษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 19(36), 78-87

อุษณีย์ ดำรง .(2563). โรคเบาหวาน. <https://www.goodhealthdata.com/basic-knowledge-about-diabetes/?fbclid=IwAR1rCR8PPJZStls9cbBdsR98no3LFbJii47TfmSkq-JgptGz9tKtsrCDqMo>.

American Diabetes Association, (2025). *Standards of Care in Diabetes—2025*.

https://diabetesjournals.org/care/issue/48/Supplement_1

Hong, M. K., Cho, Y. Y., Rha, M. Y., Kim, J. H., & Lee, M. K. (2015). Six-month Outcomes of Mobile Phone Application-based Self-management in a Patient with Type 2 Diabetes. *Clinical nutrition research*, 4(3), 201–207.

Kusnanto, Widyana, K. A. J., Suprajitno, & Arifin, H. (2019). DM-calendar app as a diabetes self-management education on adult type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Journal of diabetes and metabolic disorders*, 18(2), 557–563.

Rusdiana, Savira, M., & Amelia, R. (2018). The Effect of Diabetes Self-Management Education on Hba1c Level and Fasting Blood Sugar in Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Primary Health Care in Binjai City of North Sumatera, Indonesia. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 6(4), 715–718.

อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยสามัญ

เพชรินทร์ ภูมิภักดิ์, พย.ม.*, วุฒิชัย สมกิจ, พย.ม.**, เพิ่มพูน ศิริกิจ, พย.ม.*
พจนีย์ ชูลีลัง, พย.ม.*, ชัชดา เชาว์สันเทียะ, พย.ม.*, จีระพรรณ แสงฉายา, พย.บ.*
จิรพร อินนอก, พย.ม.*, กำพร ดานา, ประด.**, และคลีนาก ฐานะ, พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยสามัญ กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญ ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษา คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนทั้งสิ้น 162 ราย เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง และข้อมูลการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและเชื้อจุลชีพก่อโรค วิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 162 คน เกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 66 คน คิดเป็นอุบัติการณ์ สัดส่วน 0.407 หรือร้อยละ 40.74 (23.8 ครั้ง ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ) เชื้อจุลชีพก่อโรคสูงสุด คือ *Acinetobacter baumannii* ร้อยละ 70 รองลงมา คือ *Klebsiella pneumoniae* ร้อยละ 20 และ *Pseudomonas aeruginosa* ร้อยละ 10 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยสามัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ระดับคะแนน Glasgow coma score (GCS) ≤ 8 คะแนน ($OR_{adj.}$ 3.52; 95%CI=1.249-9.944; $p = .017$) การมีโรคร่วม ($OR_{adj.}$ 3.71; 95%CI=1.526-9.029; $p = .004$) การได้รับยานอนหลับ (fentanyl) ($OR_{adj.}$ 4.27; 95%CI=1.801-10.101; $p = .001$) และการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก ($OR_{adj.}$ 4.03; 95%CI=1.304-12.470; $p = .015$)

คำสำคัญ : ปัจจัย ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยสามัญ

* กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม

** วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: wuttichai@smnc.ac.th

(Received: March 31, 2025; Revised: April 11, 2025; Accepted: May 31, 2025)

A Study of Incidence, Factors Associated of Ventilator Associated Pneumonia in General Ward

Petcharin Poomipuk, M.N.S.* , Wuttichai Somgit, M.N.S.** , Permpoon Sirikit, M.N.S.*
Potjanee Kulilung, M.N.S.* , Chatchada Chowsantia, M.N.S.* , Jeerapun Sangchaya, B.N.S.*
Jeeraporn Innok, M.N.S.* , Kamthorn Dana, Ph.D.** & Kleenaahd Thana, M.N.S.*

Abstract

This retrospective analysis was to study the incidence and factors associated with ventilator-associated pneumonia (VAP) in general wards. The sample group consisted of medical records of patients with endotracheal tubes and mechanical ventilation. They were treated at the general ward of a secondary care hospital in Northeastern Thailand between October 1, 2022, and September 30, 2023, who met the inclusion criteria. The total sample size was calculated to be 162 cases. The research instrument was a medical record data collection form consisting of three parts: personal information, risk factors, and data on VAP occurrence and pathogenic microorganisms. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression analysis.

Results: Of the 162 patients, there were 66 VAP patients. The VAP incidence rate in the general ward was 0.407 or 40.74% (23.8 episodes per 1,000 ventilator-day). The most common pathogenic microorganisms were *Acinetobacter baumannii* (70%), *Klebsiella pneumoniae* (20%) and *Pseudomonas aeruginosa* (10%). Factors significantly associated with VAP at $p < .05$ were: Glasgow Coma Score (GCS) ≤ 8 points ($OR_{adj.}$ 3.52; 95%CI=1.249-9.944; $p = .017$), comorbidities ($OR_{adj.}$ 3.71; 95%CI=1.526-9.029; $p = .004$), sedative drug used (fentanyl) ($OR_{adj.}$ 4.27; 95%CI=1.801-10.101; $p = .001$), and nasogastric tube insertion ($OR_{adj.}$ 4.03; 95%CI=1.304-12.470; $p = .015$).

Keywords: Factors Ventilator-associated pneumonia General ward

* Nursing organization service, Mahasarakham Hospital

** Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator associated pneumonia; VAP) เป็นปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาล (health care- associated infections; HAI) ที่สำคัญและพบมากเป็นอันดับหนึ่งในโรงพยาบาลทั่วโลก (Centers for Disease Control and Prevention, 2024) จากสถิติในโรงพยาบาลแถบทวีปยุโรปพบอัตราการเกิด VAP เท่ากับ 1.4 – 16.5 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ในประเทศแถบทวีปเอเชียพบอัตราการเกิด VAP เท่ากับ 14.7 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ (Papazian et al., 2020) และจากสถิติของประเทศไทย ในปี 2563 – 2565 พบอุบัติการณ์ VAP ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เท่ากับ 4.1, 3.3 และ 3.4 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามลำดับ (คณะกรรมการด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล, 2565) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยที่มีพยาธิสภาพรุนแรงที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน เป็นผลให้ความเสี่ยงต่อการเกิด VAP เพิ่มขึ้น (Chang et al., 2024; Prieto-Alvarado et al., 2025; Wu et al., 2019) ซึ่งเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรค VAP ที่พบมากในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมถึงประเทศไทย คือ *Acinetobacter spp.* รองลงมาคือ *Pseudomonas aeruginosa* และ *Klebsiella pneumoniae* ตามลำดับ (Kharel et al., 2021) เมื่อเกิด VAP จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ จำนวนวันนอนรักษาตัวของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Luckraz et al., 2018; Rosenthal et al., 2024) อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 40 - 43 (Pawlik et al., 2022; Rosenthal et al., 2024) ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Luckraz et al., 2018; Pawlik et al., 2022; Rosenthal et al., 2024) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิด VAP จะส่งผลให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยสามัญมากถึงร้อยละ 44.7 (Pawlik et al., 2022)

กลไกการเกิด VAP เกิดจากหลายสาเหตุประกอบกัน ได้แก่ 1) การสำลักสารคัดหลั่ง 2) การสูดหายใจละอองฝอยที่ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ 3) การแพร่กระจายเชื้อจากการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นเข้าสู่ปอดทางกระแสเลือด และ 4) การแพร่กระจายเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรคจากสิ่งแวดล้อมภายนอกผู้ป่วยซึ่งเชื้อก่อโรคที่พบ (Centers for Disease Control and Prevention, 2024) ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิด VAP มี 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Pawlik et al., 2022; Rosenthal et al., 2024) ปัจจัยด้านเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรค และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บุคลากรสุขภาพ สถานที่ อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ เป็นต้น (ปญญาภา เลิศความเพียร และคณะ, 2567; Gutiérrez et al., 2019) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การเกิด VAP อย่างต่อเนื่อง โดยในต่างประเทศมีการศึกษาที่ค้นพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม และวิกฤตอายุกรรมในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ได้แก่ เพศชาย (Li et al., 2024) การสูบบุหรี่ (Li et al., 2024) ระดับคะแนน APACHE II ที่สูง (Li et al., 2024) โรคหายใจล้มเหลวเรื้อรัง (chronic lung failure) (Li et al., 2024) การได้รับยาลดกรดกลุ่ม H₂ blockers (Charles et al., 2013) การจัดทำศีรษะสูง (Charles et al., 2013) การได้รับเลือดขณะนอนพักรักษาตัว (Prieto-Alvarado et al., 2025) การได้รับยานอนหลับ (Prieto-Alvarado et al., 2025) การใช้ยาปฏิชีวนะ (Prieto-Alvarado et al., 2025; Wu et al., 2019) ระดับความรู้สึกตัว (Wu et al., 2019) แผลไฟไหม้ (Wu et al., 2019) โรคร่วม (Wu et al., 2019) การผ่าตัดขนาดใหญ่ (invasive operation) (Wu et al., 2019) ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Chang et al., 2024; Prieto-Alvarado et al., 2025; Wu et al., 2019) ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล (Chang et al., 2024; Prieto-Alvarado et al., 2025;

Wu et al., 2019) การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (Chang et al., 2024) ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ (Chang et al., 2024) และการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร (Chang et al., 2024) เป็นต้น สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษาการเกิด VAP ทั้งในผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรมที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยสามัญ เช่น พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตเกิด VAP คิดเป็น 5.4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยที่ไม่วิกฤต ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (วินนระดา คงเดชศักดิ์ และคณะ, 2567) และพบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง (ปวีริศา รัตนา, 2566) ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ปวีริศา รัตนา, 2566) ระยะเวลาในโรงพยาบาล (ปวีริศา รัตนา, 2566) และการได้รับยานอนหลับ (ปวีริศา รัตนา, 2566) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศดังกล่าวข้างต้น พบว่าแม้จะมีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด VAP อย่างต่อเนื่อง แต่การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นส่วนใหญ่ และมีการศึกษาปัจจัยการเกิด VAP ที่เฉพาะเจาะจงในหอผู้ป่วยสามัญค่อนข้างน้อย รวมถึงการศึกษาดังกล่าวให้ผลการศึกษาที่มีข้อขัดแย้งกันในเรื่องปัจจัยที่ทำให้เกิด VAP ทั้งนี้จากข้อมูลปัจจุบันพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญเพิ่มมากขึ้น แต่หอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยวิกฤตมีความแตกต่างในด้านของบริบทจำนวนบุคลากร การจัดสิ่งแวดล้อมหอผู้ป่วย และแนวทางการพยาบาล เป็นต้น ด้วยบริบทที่แตกต่างกันดังกล่าวจึงอาจมีผลต่อปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด VAP ด้วยเช่นกัน

จากข้อมูลของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบอุบัติการณ์เกิด VAP ในปีงบประมาณ 2564–2566 เท่ากับ 2.22, 6.99 และ 8.16 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามลำดับ แยกเป็นอัตราการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยวิกฤต เท่ากับ 1.7, 6.27 และ 8.00 และหอผู้ป่วยสามัญ เท่ากับ 2.64, 7.66 และ 8.90 ครั้ง ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามลำดับ ซึ่งจากสถิติแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์เกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญสูงกว่าหอผู้ป่วยหนักอย่างเห็นได้ชัด แม้ว่ากลุ่มการพยาบาลจะมีการชี้แจงแนวทางการดูแลอย่างสม่ำเสมอแต่แนวโน้มการเกิด VAP ยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลกระทบหลังการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ ได้แก่ เกิดการติดเชื้อดื้อยา ร้อยละ 67.93 ผู้ป่วยมีอาการทรุดต้องย้ายเข้าไปรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 25.49 เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) ร้อยละ 67.94 ผู้ป่วยไม่สมัครใจรักษาต่อเนื่องจากการทรุดลง ร้อยละ 31.30 และมีผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 43.51 (โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2566) ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์บริบทองค์กรในด้านการป้องกันการเกิด VAP ของหอผู้ป่วยสามัญทั้งในแผนกศัลยกรรมและอายุรกรรม พบประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า อาทิ ลักษณะของผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรมบางโรคต้องนอนพักรักษาตัวนาน การมีโรคร่วมของผู้ป่วย การใส่สายให้อาหารทางจมูก เป็นต้น

จากที่มาและความสำคัญดังกล่าว ทีมผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ศึกษาและติดตามอุบัติการณ์เกิด VAP มาอย่างต่อเนื่อง จึงมีความสนใจในการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในการป้องกันการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญในประเทศไทย รวมถึงเป็นการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และใช้เป็นองค์ความรู้เพื่อต่อยอดสู่การวิจัยครั้งต่อไป

วัตถุประสงค์

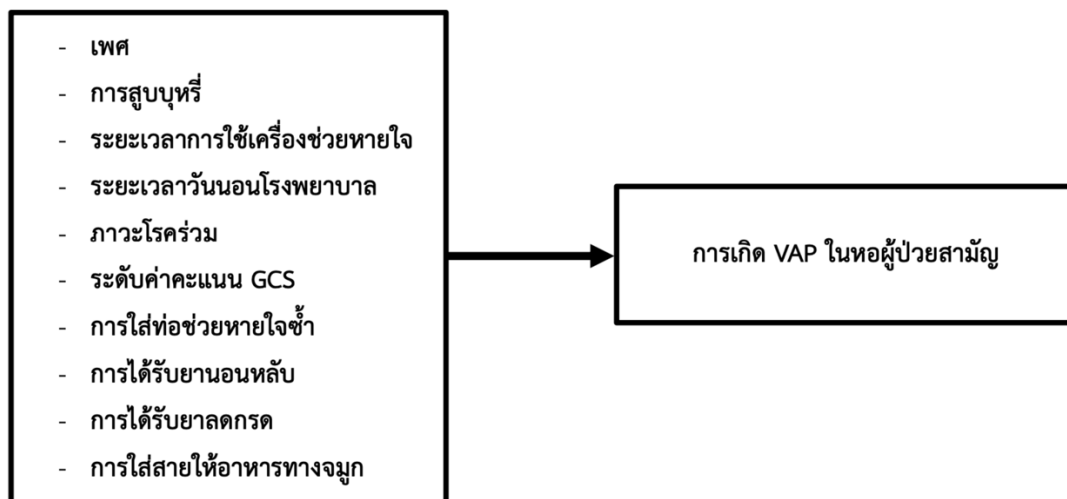
เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง (retrospective analysis) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญทั้งแผนกศัลยกรรมและแผนกอายุรกรรม ในโรงพยาบาลทั่วไประดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กรอบการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมก่อนหน้าและปัจจัยที่ได้จากการสังเกตจากการดูแลผู้ป่วยเป็นกรอบการวิจัย โดยคัดเลือกเฉพาะปัจจัยที่มีระบุไว้ในเวชระเบียนของหอผู้ป่วยสามัญเท่านั้น เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ ประกอบด้วย เพศ (Li et al., 2024) การสูบบุหรี่ (Li et al., 2024) ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Chang et al., 2024; Prieto-Alvarado et al., 2025; Wu et al., 2019) ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล (Chang et al., 2024; Prieto-Alvarado et al., 2025; Wu et al., 2019) ภาวะโรคร่วม (Wu et al., 2019) ระดับค่าคะแนน Glasgow coma score (GCS) (Wu et al., 2019) การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (Chang et al., 2024) การได้รับยานอนหลับ (Prieto-Alvarado et al., 2025) การได้รับยาลดกรด (Charles et al., 2013) และการใส่สายให้อาหารทางจมูก (สุรพันธ์ สืบเนียม และคณะ, 2560) ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่นอนพักรักษาตัว ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 ในหอผู้ป่วยสามัญทั้งแผนกศัลยกรรมและอายุรกรรม ของโรงพยาบาลทั่วไประดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 9 หอผู้ป่วย แบ่งเป็นหอผู้ป่วยสามัญแผนกศัลยกรรม จำนวน 5 หอ

ผู้ป่วย และหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม จำนวน 4 หอผู้ป่วย และเป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์คัดเข้าศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 2,788 ราย

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนด effect size = .35 กำหนด ค่าความเชื่อมั่น = .5 และค่าทดสอบอำนาจ = .95 ตามการศึกษาของธนิดา เลิศลอยกุลชัย (2564) ได้จำนวน เวชระเบียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในผู้ป่วยสามัญศัลยกรรม จำนวนทั้งสิ้น 162 ราย ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย และกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ (1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (2) ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป (3) ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเกิด VAP มาก่อนรับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ และ (4) ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่ามีภาวะ community-acquired pneumonia (CAP) และเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ (1) เสียชีวิตหลังใส่ ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนระยะเวลา 2 วันปฏิทิน และ (2) เกิดภาวะปอดอักเสบหลังพ้นระยะ 3 วัน ปฏิทินแรกหลังถอดท่อช่วยหายใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่นอนพักรักษา ตัวในหอผู้ป่วยสามัญ ของโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในการเก็บข้อมูลการวิจัย ตามปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลปัจจัยที่ศึกษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเกิด VAP ที่วินิจฉัยโดยแพทย์จากการใช้เกณฑ์วินิจฉัยการเกิด VAP ประกอบด้วย จำนวนครั้ง การเกิด VAP และข้อมูลเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรคจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยการเกิด VAP โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (Center for Disease Control and Prevention; CDC) ปี 2009 ตามแนวทางของโรงพยาบาล (Centers for Disease Control and Prevention, 2024)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบถูกต้องของเครื่องมือวิจัยตามปัจจัยที่กำหนด และตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index; CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ 1 ท่าน ได้ค่า CVI = 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเอกสารรับรอง เลขที่ MSKH_REC 66-01-101 วันที่ 25 กันยายน 2566 ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ โดยการปกปิด ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วยที่ปรากฏในแบบบันทึกข้อมูล มีการปกปิดสาเหตุการเจ็บป่วยและข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ที่ได้จากเวชระเบียนอย่างเคร่งครัด การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะเสนอในภาพรวมของ ผลการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับความเห็นชอบ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อประชากรทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัยจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปของแผนกเวชระเบียน ดำเนินการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยใช้เกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา จากนั้นผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดด้วยตนเอง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งหลังการเก็บข้อมูล หากพบว่าข้อมูลไม่สมบูรณ์จะทำการเก็บข้อมูลซ้ำจากเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเดิม และหากพบว่าเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจริง ผู้วิจัยจะตัดกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวออกจากการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) วิเคราะห์อุบัติการณ์เกิด VAP สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีการเกิด ต่อสัดส่วนผู้ป่วยทั้งหมด และใช้โปรแกรมสำเร็จรูปออนไลน์ OpenEpi (Sullivan, et al., 2009)

2) วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกอย่างง่าย (simple logistic regression) โดยผู้วิจัยจัดลักษณะ ตัวแปรตามการพบทวนวรรณกรรม คัดเลือกตัวแปรที่ $p\text{-value} < .20$ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวเข้าสู่สมการวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ (Hosmer & Lemeshow, 2000) คัดเลือกตัวแปรต้นเข้าตัวแบบโดยวิธี Enter Method selection วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ (multiple logistic regression) กำหนดระดับช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของ Adjusted OR (95% CI of OR_{Adj}) และค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทดสอบความสัมพันธ์กันของตัวแปรต้น (multicollinearity) ในโมเดลสุดท้ายโดยพิจารณาจากค่าอัตราองค์ประกอบของความแปรปรวนที่สูงเกินความเป็นจริง (variance inflation factor; VIF) ของตัวแปรต้นทุกตัวต้องน้อยกว่า 10

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 162 คน พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.49 มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 40.12 ส่วนมากอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.05 ส่วนใหญ่มีโรคร่วม ร้อยละ 88.88 โรคที่พบมากที่สุด คือ เบาหวาน รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูง และโรคตับแข็งตามลำดับ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 18.52 ได้รับยานอนหลับ (fentanyl) ร้อยละ 43.21 ได้รับยาลดกรด ร้อยละ 95.68 ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก ร้อยละ 74.69 ได้รับการทำหัตถการ ร้อยละ 45.68 ระดับคะแนน GCS เฉลี่ย 12.73 (SD 3.68) ระยะเวลาวันใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่วนใหญ่ น้อยกว่า 14 วัน ร้อยละ 81.48 ระยะเวลาอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญเฉลี่ย ส่วนใหญ่น้อยกว่า 14 วัน ร้อยละ 81.48 ระยะเวลาอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญเฉลี่ย 9.68 วัน (SD 3.18) และระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล ส่วนมากน้อยกว่า 14 วัน ร้อยละ 74.07 เฉลี่ย 11.90 วัน (SD 4.61)

2. ข้อมูลอุบัติการณ์และเชื้อจุลก่อโรค VAP

จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 162 คน พบอุบัติการณ์เกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 66 คน คิดเป็นสัดส่วน 0.407 หรือร้อยละ 40.74 (23.8 ครั้ง ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ) พบเชื้อจุลชีพก่อโรคสูงสุด คือ *Acinetobacter baumannii* ร้อยละ 70.00 รองลงมา คือ *Klebsiella pneumoniae* ร้อยละ 20.00 และ *Pseudomonas aeruginosa* ร้อยละ 10.00

3. ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกอย่างง่าย (simple logistic regression) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ได้แก่ ระยะเวลาวันใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 14 วัน (OR_{crude} 3.74; 95% CI = 1.615-8.655; $p = .001$) ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลมากกว่า 14 วัน (OR_{crude} 4.32; 95% CI = 2.043-9.118; $p < .001$) การมีโรคร่วม (OR_{crude} 3.02; 95% CI = 1.540-9.929; $p = .001$) ระดับคะแนน GCS น้อยกว่า 8 คะแนน (OR_{crude} 2.39; 95% CI = 1.079-5.313; $p = .029$) การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (OR_{crude} 4.51; 95% CI = 1.909-10.658; $p < .001$) การได้รับยานอนหลับ (fentanyl) (OR_{crude} 6.09; 95% CI = 3.05-12.13; $p < .001$) และใส่สายยางให้อาหารทางจมูก (OR_{crude} 7.32; 95% CI = 2.690-19.918, $p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) (n=162)

Factors	VAP		Crude odds		
	Yes n (%)	No n (%)	ratio (OR_{crude})	95%CI	p-value
เพศ					
ชาย	26 (39.39)	38 (39.58)	.99	.523-1.884	.981
หญิง	40 (60.61)	58 (60.62)			
การสูบบุหรี่					
Yes	29 (43.94)	36 (37.50)	1.31	.690-2.472	.411
No	37 (56.06)	60 (62.50)			
ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ					
> 14 วัน	20 (30.31)	10 (10.42)	3.74	1.615-8.655	.001*
≤ 14 วัน	46 (69.69)	86 (89.58)			
ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล					
> 14 วัน	28 (42.42)	14 (14.58)	4.32	2.043-9.118	< .001*
≤ 14 วัน	38 (57.58)	82 (85.42)			
ภาวะโรคร่วม (Comorbid)					
Yes	48 (72.73)	45 (46.88)	3.02	1.540-9.929	.001*
No	18 (27.27)	51 (53.12)			

ระดับคะแนน GCS					
≤ 8 คะแนน	18 (27.27)	13 (13.54)	2.39	1.079-5.313	.029*
> 8 คะแนน	48 (72.73)	83 (86.46)			
การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ					
Yes	21 (31.82)	9 (9.38)	4.51	1.909-10.658	< .001*
No	45 (68.18)	87 (90.62)			
การได้รับยานอนหลับ (fentanyl)					
Yes	45 (68.18)	25 (26.04)	6.09	3.05-12.13	< .001*
No	21 (31.82)	71 (73.96)			
การได้รับยาลดกรด					
Yes	65 (98.48)	90 (93.75)	4.33	.509-36.864	.145
No	1 (1.52)	6 (6.25)			
การใส่สายยางให้อาหารทางจมูก					
Yes	61 (92.42)	60 (62.50)	7.32	2.690-19.918	< .001*
No	5 (7.58)	36 (37.50)			

* $p < .05$

วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ โดยคัดเลือกตัวแปรต้นที่มีค่า $p\text{-value} < .20$ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว เข้าสู่สมการวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ ได้แก่ ระยะเวลาวันใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 14 วัน ($p = .001$) ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลมากกว่า 14 วัน ($p = < .001$) การมีโรคร่วม ($p = .001$) ระดับคะแนน GCS น้อยกว่า 8 คะแนน ($p = .029$) การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ($p = < .001$) การได้รับยานอนหลับ (fentanyl) ($p = < .001$) การได้รับยาลดกรด ($p = .145$) และใส่สายยางให้อาหารทางจมูก ($p = < .001$) ไม่พบ Multicollinearity ของตัวแปรต้นทั้งหมด ($VIF < 4$) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ระดับคะแนน Glasgow coma score (GCS) ≤ 8 คะแนน ($OR_{adj.} 3.52$; 95% $CI=1.2499-9.944$; $p = .017$) การมีโรคร่วม ($OR_{adj.} 3.71$; 95% $CI=1.526-9.029$; $p = .004$) การได้รับยานอนหลับ (Fentanyl) ($OR_{adj.} 4.27$; 95% $CI=1.801-10.101$; $p = .001$) และการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก ($OR_{adj.} 4.03$; 95% $CI=1.304-12.470$; $p = .015$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในผู้ป่วยป่วยสามัญ แบบตัวแปรพหุ
(multivariate analysis) (n = 162)

Factors	Adjusted odds ratio (OR _{adj.})	95%CI	p-value
ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ (>14 วัน/ ≤ 14 วัน)	.61	.116-3.211	.560
ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล (>14 วัน/ ≤ 14 วัน)	3.11	.633-15.217	.162
ภาวะโรคร่วม (Yes/ No)	3.71	1.526-9.029	.004*
ระดับคะแนน GCS (≤ 8 คะแนน / >8 คะแนน)	3.52	1.249-9.944	.017*
การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (Yes/ No)	2.35	.798-6.914	.121
การได้รับยานอนหลับ (fentanyl) (Yes/ No)	4.27	1.801-10.101	.001*
การได้รับยาลดกรด (Yes/ No)	3.59	.181-71.675	.401
การใส่สายยางให้อาหารทางจมูก (Yes/ No)	4.03	1.304-12.470	.015*

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าอุบัติการณ์เกิด VAP มีสัดส่วน 0.407 คิดเป็นร้อยละ 40.74 (23.8 ครั้ง ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ) ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของวณิชัย สมกิจ (2563) ที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอกจากนี้อุบัติการณ์เกิด VAP ดังกล่าวยังมีความสอดคล้องกับผลการดำเนินงานคณะอนุกรรมการด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ภายใต้คำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ (2565) ซึ่งจากการศึกษาก่อนหน้าพบว่าประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เกิดอุบัติการณ์ VAP ได้ตั้งแต่ 2.3 – 116.0 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอนโรงพยาบาล (Pawlik et al., 2022) ในบริบทการศึกษาค้นคว้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เกิด VAP มีการเจ็บป่วยทางสัลยกรรมและอายุรกรรมที่รุนแรง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิด VAP สูง นอกจากนี้ยังพบว่าเชื้อจุลชีพก่อโรคสูงสุด คือ *Acinetobacter baumannii* ร้อยละ 70.00 รองลงมา คือ *Klebsiella pneumoniae* ร้อยละ 20.00 และ *Pseudomonas aeruginosa* ร้อยละ 10.00 ตามลำดับ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของวินนดา คงเดชศักดิ์ และคณะ (2567) วณิชัย สมกิจ (2563) และ Kharel et al. (2021) ที่พบว่าเชื้อ *Acinetobacter baumannii* เป็นเชื้อจุลชีพที่เป็นสาเหตุการเกิด VAP ที่พบมากที่สุดในประเทศแถบทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมถึงประเทศไทย ซึ่งสาเหตุการติดเชื้อเกิดจากการสำลักของผู้ป่วย การปนเปื้อนเชื้อจากสิ่งแวดล้อม การปนเปื้อนในอุปกรณ์ทางการแพทย์และการปนเปื้อนเชื้อผ่านทางบุคลากรทางการแพทย์ (Kharel et al., 2021; วินนดา คงเดชศักดิ์ และคณะ, 2567; วณิชัย สมกิจ, 2563)

ระดับคะแนน GCS ≤ 8 คะแนน มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพิ่มความเสี่ยงการเกิด VAP เป็น 3.52 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มี GCS มากกว่า 8 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wu et al. (2019) เมื่อวิเคราะห์ตามหลักพยาธิสรีรวิทยาพบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน GCS ≤ 8 คะแนน จัดเป็นผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพเจ็บป่วยรุนแรง มีระดับความรู้สึกตัวที่ต่ำ รวมถึงมีพยาธิสภาพการบาดเจ็บที่รุนแรงจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน เป็นผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิด VAP มากขึ้น (Chang et al., 2024; Prieto-Alvarado et al., 2025; Wu et al., 2019) โดยจากการศึกษาของผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนน GCS ≤ 8 คะแนน เป็น VAP ร้อยละ 27.27

การมีโรคร่วม มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพิ่มความเสี่ยงการเกิด VAP เป็น 3.71 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wu et al. (2019) เมื่อวิเคราะห์ตามหลักพยาธิสรีรวิทยา พบว่าภาวะโรคร่วมหรือโรคเรื้อรังที่อาจมีหนึ่งโรคหรือมีมากกว่าหนึ่งโรคร่วม จะส่งผลทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้อวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ ตับ ไต และปอด ทำงานบกพร่อง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น รวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจและอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังหรือโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Li et al., 2024) เป็นผลให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มและโอกาสเป็น VAP ได้มากกว่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม (Wu et al., 2019) ทั้งนี้ในการศึกษาของผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วม เป็น VAP คิดเป็น ร้อยละ 72.73 โรคที่พบมากที่สุด คือ เบาหวาน รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูง และโรคตับแข็งตามลำดับ

การได้รับยานอนหลับ (fentanyl) มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพิ่มความเสี่ยงการเกิด VAP เป็น 4.27 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของวุฒิชัย สมกิจ (2563) Prieto-Alvarado et al. (2025) และ Hamele et al. (2016) ที่พบว่าการได้รับยาเสพติดในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid drugs) มีความเสี่ยงต่อการเกิด VAP เมื่อวิเคราะห์ตามหลักเภสัชวิทยา พบว่ายา fentanyl เป็นยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid drugs) ออกฤทธิ์ที่ mu receptor เป็นส่วนใหญ่และบางส่วนออกฤทธิ์ที่ delta receptor มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางเพื่อลดปวด ทั้งนี้หลังได้รับยาจะเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ คือ ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ ทำให้เกิดอาการง่วงซึม ระดับความรู้สึกตัวลดลง การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเกิด microaspiration จากสารคัดหลั่งในบริเวณ oropharyngeal มากขึ้น ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิด VAP โดยจากการศึกษาของผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยา fentanyl เป็น VAP ร้อยละ 68.18

การใส่สายยางให้อาหารทางจมูก มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพิ่มความเสี่ยงการเกิด VAP เป็น 4.03 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรพันธ์ สืบเนียม และคณะ (2560) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารและได้รับอาหารแบบหมดทันทีจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบ คิดเป็น 8.64 เท่า ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ตามหลักพยาธิสรีรวิทยาพบว่าการใส่สายให้อาหารทำให้กล้ามเนื้อหลอดกระเพาะอาหารทำงานได้ลดลง เมื่อผู้ป่วยได้รับอาหารจะทำให้เกิดการสำลักมากขึ้น ทำให้อาหารไหลย้อนขึ้นมาและเข้าไปในปอดได้ ทั้งนี้จากการศึกษาของผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก เป็น VAP คิดเป็น ร้อยละ 92.42

นอกจากนี้ผลการศึกษาของผู้วิจัยพบว่าปัจจัย ได้แก่ เพศ การสูบบุหรี่ ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และการได้รับยาลดกรดเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ ทั้งนี้แม้ว่าปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจะไม่มีความสัมพันธ์ เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ แต่จากประสบการณ์ทำงานและการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญทั้งแผนกศัลยกรรมและอายุรกรรม มักพบปัจจัยดังกล่าวข้างต้นร่วมด้วย และพบว่ามีบางปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญแผนกศัลยกรรมเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลรวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย จึงควรคำนึงและให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าวข้างต้น

ข้อสรุป

อุบัติการณ์เกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ คิดเป็นร้อยละ 40.75 เชื้อจุลชีพก่อโรคสูงสุด คือ *Acinetobacter baumannii* รองลงมา คือ *Klebsiella pneumoniae* และ *Pseudomonas aeruginosa* โดยมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยสามัญ ได้แก่ ระดับคะแนน GCS $\leq$ 8 คะแนน การมีโรคร่วม การได้รับยา Fentanyl และการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและทีมผู้ดูแล ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน GCS $\leq$ 8 คะแนน การมีโรคร่วม การได้รับยา Fentanyl และการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก เช่น การเฝ้าระวัง และติดตามอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ทีมสหสาขาวิชาชีพควรคำนึงถึงเชื้อจุลชีพก่อโรคที่ได้จากการศึกษานี้เพื่อหาแนวทางการป้องกันร่วมกัน

2. ควรมีการพัฒนาแนวทางการพยาบาลการป้องกัน VAP โดยประยุกต์ใช้ปัจจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เช่น แนวทางในการเฝ้าระวังการเกิด VAP ในผู้ป่วยที่มี ระดับคะแนน GCS $\leq$ 8 คะแนน แนวทางการให้ยา fentanyl การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีโรคร่วม และการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้าเพื่อศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างหอผู้ป่วยสามัญแผนกศัลยกรรมและแผนกอายุรกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ พว.วไลพร ปัคกระกา พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ให้คำปรึกษา รวมถึงให้กำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้ งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

คณะอนุกรรมการด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. (2565). รายงานผลการดำเนินงาน คณะอนุกรรมการด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ภายใต้คำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565, กรุงเทพฯ: อักษร กราฟิก แอนด์ ดีไซน์.

ธนิตดา เลิศลอยกุลชัย. (2564). อุบัติการณ์และสาเหตุของปอดอักเสบติดเชื้อในโรงพยาบาลและปอดอักเสบ. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 46(2), 121- 130.

- ปวริศา รัตนนา. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 3(1), 37-48.
- ปทุมณา เลิศความเพียร, เลอลักษณ์ ไส้เลิศ, และ พิรลักษณ์ ลาภหลาย. (2567). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลโดยใช้ Supra WHAPO Bundle เพื่อลดการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ*, 2, 1-11.
- โรงพยาบาลมหาสารคาม. (2566). *รายงานประจำปี 2566*. โรงพยาบาลมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- วินนดา คงเดชศักดิ์, ชุมแพ สมบูรณ์, และ อัมไพวรรณ พวงกำหยาด. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 18(3), 143-154.
- วุฒิชัย สมกิจ. (2563). อุบัติการณ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเปรียบเทียบผลกระทบจากการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีการบาดเจ็บสมอง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 36(1), 89-109.
- สุรพันธ์ สืบเนียม, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, และ วาสนา รวยสูงเนิน. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจระยะแรก ของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 135-145.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *NHSN patient safety component manual*. Centers for Disease Control and Prevention.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2009). *Guidelines for preventing health Care associated pneumonia 2009*. Centers for Disease Control and Prevention.
- Chang, P. H., Lin, T. L., Chen, Y. J., Lai, W. H., Chen, I. L., Chang, H. C., Lin, Y. C., Lin, Y. H., Li, W. F., Liu, Y. W., Wang, C. C., & Liu, S. F. (2024). Risk Factors, Pathogens, and Outcomes of Ventilator-Associated Pneumonia in Non-Cardiac Surgical Patients: A Retrospective Analysis. *Microorganisms*, 12(7), 1422.
- Charles, M. P., Easow, J. M., Joseph, N. M., Ravishankar, M., Kumar, S., & Umadevi, S. (2013). Incidence and risk factors of ventilator associated pneumonia in a tertiary care hospital. *The Australasian medical journal*, 6(4), 178–182.
- Gutiérrez, J. M. M., Borromeo, A. R., Dueño, A. L., Paragas, E. D., Jr, Ellasus, R. O., Abalos-Fabia, R. S., Abriam, J. A., Sonido, A. E., Hernandez, M. A., Generale, A. J. A., Sombillo, R. C., Lacanaria, M. G. C., Centeno, M. M., Laoingco, J. R. C., & Domantay, J. A. A. (2019). Clinical epidemiology and outcomes of ventilator-associated pneumonia in critically ill adult patients: protocol for a large-scale systematic review and planned meta-analysis. *Systematic reviews*, 8(1), 180.

- Hamele, M., Stockmann, C., Cirulis, M., Riva-Cambrin, J., Metzger, R., Bennett, T. D., & Bratton, S. L. (2016). Ventilator-Associated Pneumonia in Pediatric Traumatic Brain Injury. *Journal of neurotrauma*, 33(9), 832–839.
- Hosmer, D.W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression*. 2nd Edition, John Wiley & Sons, Inc.
- Kharel, S., Bist, A., & Mishra, S. K. (2021). Ventilator-associated pneumonia among ICU patients in WHO Southeast Asian region: A systematic review. *PloS one*, 16(3), e0247832.
- Li, W., Cai, J., Ding, L., Chen, Y., Wang, X., & Xu, H. (2024). Incidence and risk factors of ventilator-associated pneumonia in the intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *Journal of thoracic disease*, 16(9), 5518–5528.
- Papazian, L., Klompas, M., & Luyt, C. E. (2020). Ventilator-associated pneumonia in adults: a narrative review. *Intensive care medicine*, 46(5), 888–906.
- Pawlik, J., Tomaszek, L., Mazurek, H., & Mędrzycka-Dąbrowska, W. (2022). Risk Factors and Protective Factors against Ventilator-Associated Pneumonia-A Single-Center Mixed Prospective and Retrospective Cohort Study. *Journal of personalized medicine*, 12(4), 597.
- Prieto-Alvarado, D. E., Parada-Gereda, H. M., Molano, D., Martinez, Y. L., Tafurt, G. P. R., & Masclans, J. R. (2025). Risk factors and outcomes of ventilator-associated pneumonia in patients with traumatic brain injury: A systematic review and meta-analysis. *Journal of critical care*, 85, 154922.
- Rosenthal, V. D., Yin, R., Nercelles, P., Rivera-Molina, S. E., Jyoti, S., Dongol, R., Aguilar-De-Moros, D., Tumu, N., Alarcon-Rua, J., Stagnaro, J. P., Alkhawaja, S., Jimenez-Alvarez, L. F., Cano-Medina, Y. A., Valderrama-Beltran, S. L., Henao-Rodas, C. M., Zuniga-Chavarria, M. A., El-Kholy, A., Agha, H. M., Sahu, S., Anusandhan, S. O., ... Jin, Z. (2024). International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report of health care associated infections, data summary of 45 countries for 2015 to 2020, adult and pediatric units, device-associated module. *American journal of infection control*, 52(9), 1002–1011.
- Sullivan, K. M., Dean, A., & Soe, M. M. (2009). OpenEpi: a web-based epidemiologic and statistical calculator for public health. *Public health reports (Washington, D.C.: 1974)*, 124(3), 471–474.
- Wu, D., Wu, C., Zhang, S., & Zhong, Y. (2019). Risk Factors of Ventilator-Associated Pneumonia in Critically Ill Patients. *Frontiers in pharmacology*, 10, 482.

ผลของโปรแกรมนิวโรฟีดแบคต่อความสามารถในการทำงานของสมอง สำหรับเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้

สมสุตา มาแก้ว, วท.ม.*, ภาณุ คุ้มฉายกร, วท.ม.*

ธิดารัตน์ คณิงเพียร, ปร.ด.** และ อภิญญา แก้วพิลา, พย.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม Neurofeedback ต่อความสามารถในการทำงานของสมอง สำหรับเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 12 ราย อายุระหว่าง 7-12 ปี เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องกระตุ้นเพื่อฝึกการเรียนรู้และเสริมสร้างการทำงานของสมองด้วยโปรแกรม Neurofeedback (จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง) 2) EEG วิเคราะห์ข้อมูล หาค่าคะแนนดิบผลลัพธ์การทำงานของสมอง ได้แก่ คะแนนเกมส์ คะแนนพฤติกรรม และคะแนนสมอง

ผลการวิจัย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การทำงานของสมองของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ($t = -3.432, p = .006$) และช่วงคลื่นสมองอยู่ในระดับปกติทั้งคลื่นเดลต้า (delta wave) คลื่นอัลฟา (alpha wave) คลื่นอัลฟา (alpha wave) โดยอยู่ระหว่าง Delta = 0.5-3.5 HZ Theta = 3.5-7.5 Alpha = 7.5-12.5 Hz Beta 12.5-30.0 Hz

สรุปได้ว่า โปรแกรม Neurofeedback สามารถกระตุ้นเพื่อฝึกการเรียนรู้และเสริมสร้างการทำงานของสมอง สามารถส่งเสริมความสามารถในการทำงานของสมองสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้

คำสำคัญ: นิวโรฟีดแบค ความบกพร่องในการเรียนรู้

โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

***สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก

Corresponding E-mail: thidarat@bcnsurin.ac.th

(Received: March 4, 2025; Revised: May 20, 2025; Accepted: May 31, 2025)

The effects of neurofeedback programs on brain function. For children with learning disabilities.

Somsuda Makeaw, M.S.* , Panu Kuwutyakorn, M.D.*

Thidarat Kanungpiarn, Ph.D.** & Apinya keawpila, M.N.S.**

Abstract

A quasi-experimental study with a single group measured before and after the experiment was conducted to investigate the effects of a Neurofeedback program on brain function in children with learning disabilities. The participants were specifically selected based on predetermined criteria, totaling 12 individuals aged between 7 and 12 years. The research tools included: 1) a stimulator for training and enhancing brain function using the Neurofeedback program (12 sessions, each lasting 45 minutes to 1 hour), and 2) EEG. Data analysis involved calculating raw scores for brain function outcomes, including game scores, behavioral scores, and brain scores.

The research findings revealed that when comparing the brain performance scores of the sample group after the experiment, they were significantly higher than before the experiment ($p < .01$) ($t = -3.432$, $p = .006$). Additionally, the brain wave patterns were within normal ranges for delta waves, alpha waves, and beta waves, specifically: Delta = 0.5-3.5 Hz, Theta = 3.5-7.5 Hz, Alpha = 7.5-12.5 Hz, and Beta = 12.5-30.0 Hz.

In summary, the Neurofeedback program can stimulate and train learning processes while enhancing brain function. It can promote the cognitive abilities of children with learning disabilities.

Keywords: Neurofeedback Learning Disabilities

* Psychiatric Hospital Phitsanulok

** Boromarjonani college of nursing, Surin, Faculty of nursing, Praboromrajchanok, Ministry of Public Health

*** Nurse profession Public Health Office, Phitsanulok Province

บทนำ

ความบกพร่องในการเรียนรู้ (Learning disorder: LD) เป็นความพิการที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็กวัยเรียน ในด้านระบาดวิทยา พบประมาณร้อยละ 5-15 ซึ่งโดยหลักการกระจายตัว แบบปกติตามสถิติก็สามารถพบได้ทุกห้องและ ทุกโรงเรียน ถ้าห้องหนึ่งมีเด็ก 50 คน โดยพบเด็กที่เป็นแอลดีประมาณ 3-8 คน (Tawisak Siriratnraekha, 2018) Learning disorder หมายถึง กลุ่มโรค neuropsychiatric disorder ที่มีความบกพร่องของกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากสมองทำงานผิดปกติ สาเหตุจากกรรมพันธุ์หรือสภาพแวดล้อม ส่งผลทำให้ไม่สามารถในการอ่านหนังสือ เขียนสะกดคำ และการคำนวณ หรือทำได้แตกต่างจากเด็กที่อายุเท่ากันอย่างชัดเจนในช่วงการเรียนภาคบังคับ ทั้งๆ ที่ได้รับความช่วยเหลือพิเศษอย่างเต็มที่ อย่างน้อย 6 เดือนแล้วก็ตาม ส่งผลกระทบต่อการเรียน การทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน ไปตลอดชีวิต (American Psychiatric Association (APA), 2013; สุมิตรา โรจนนิตติ, บุญมั่ง ธนาศุภวัฒน์ และนิตยา สุวรรณศรี, 2565) อาการเหล่านี้มักมาจากความผิดปกติในการประมวลผลของข้อมูลทางสมอง ความบกพร่องในทักษะ การเคลื่อนไหวในกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ หรือปัญหาด้านความจำ (นิวโรฟีดแบคประเทศไทย, 2023) สาเหตุของกลุ่มอาการ LD หลัก ๆ แล้วมาจากการทำงานที่บกพร่องในการเชื่อมต่อของระบบเครือข่ายประสาทในสมอง หากสามารถปรับสมดุล และทำให้สมองทำงานได้ปกติมากขึ้น อาการเหล่านี้ก็จะพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น (Martínez-Briones, Bosch-Bayard, Biscay-Lirio, Silva-Pereyra, Albarrán-Cárdenas, & Fernández, 2021; Patil, Madathil, Fan, Tzeng, Huang, & Huang., 2022)

ปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีที่นำมาใช้ในการปรับสมดุลกับบุคคลกลุ่มอาการ LD นั้นมีค่อนข้างหลากหลายชนิด หนึ่งในนั้นที่ให้ผลลัพธ์เชิงบวกและไม่มีผลข้างเคียงที่อันตรายกับบุคคลกลุ่ม LD ก็คือ EEG Electroencephalography (EEG) Biofeedback หรือที่เรียกว่า Neurofeedback (Patil, et al., 2022) นิวโรฟีดแบ็ก วัดกิจกรรมของสมองแบบเรียลไทม์ สามารถใช้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมรูปแบบคลื่นสมองที่ผิดปกติได้ (Drake institute, 2022) Neurofeedback คือ เครื่องมือที่ใช้พัฒนากลไกในการทำงานของระบบประสาทให้สมดุลและมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Patil, Madathil, Fan, Tzeng, Huang, & Huang., 2022) โดยหลักการนี้มาจากแนวคิดพื้นฐานในสาขาประสาทวิทยาและมีบทบาทสำคัญในนิวโรฟีดแบ็ก หมายถึง ความสามารถของสมองในการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวตามประสบการณ์ ซึ่งรวมถึงทุกอย่าง ตั้งแต่การเรียนรู้ทักษะใหม่ ถึงการฟื้นฟูจากการบาดเจ็บทางสมอง ซึ่งการทำงานของ Neurofeedback คือ การปรับการทำงานของสมองโดยใช้ข้อมูลจากคลื่นสมองของผู้รับการบำบัดเอง โดยเริ่มจากการติดอิเล็กโทรดขนาดเล็กที่บริเวณหนังศีรษะเพื่อวัดคลื่นสมอง คลื่นที่วัดได้จะผ่านการวิเคราะห์แยกแยะความถี่และปริมาณของคลื่นในแต่ละช่วงโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ข้อมูลของคลื่นที่วัดได้จะถูกนำเสนอในรูปแบบของเสียง/วิดีโอเกมส์ และความสำเร็จของเกมส์คือการเพิ่มขึ้นของคลื่นสมองที่เราต้องการและยับยั้งคลื่นสมองที่เราไม่ต้องการ โดยนัยนี้ จึงหมายความว่าสมองเรียนรู้และปรับการทำงานได้ด้วยตัวสมองเอง

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา มีการวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรม Neurofeedback ในเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ โดยพบว่าสามารถช่วยให้เด็กมีความจำดีขึ้น คะแนนเฉลี่ยคณิตศาสตร์สูงขึ้น ความสามารถในการอ่านสูงขึ้น (Martínez-Briones, et al., 2021) ทำนองเดียวกับการศึกษาของ Nooripour, Farmani, Emadi, Ghanbari, Hassani-Abharian & Maticotta (2022) ในกลุ่มเด็กอายุ 8-11 ปี พบว่า พบว่าการรักษาด้วย neurofeedback สามารถเพิ่มความจำที่ใช้ปฏิบัติงาน (working memory) และ ความเร็วที่ใช้ในการประมวลผล (processing speed) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังติดตามผล 2 เดือน ($P < 0.0001$) และมีรายงานว่า การบำบัดด้วย Neurofeedback มีประโยชน์ต่อการเพิ่มความสามารถในการสะกดคำ การอ่าน การออกเสียง รวมถึงมีการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของ Neurofeedback ในเด็ก LD ซึ่งพบว่าสามารถกระตุ้นสมรรถภาพทางการรู้คิดได้ (Martínez-Briones, et al., 2021; Fernández, Herrera, Harmony, Díaz-Comas, Santiago, Sánchez, et al., 2003) ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการทำงานของสมองในเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ได้ (Biomedical, 2023)

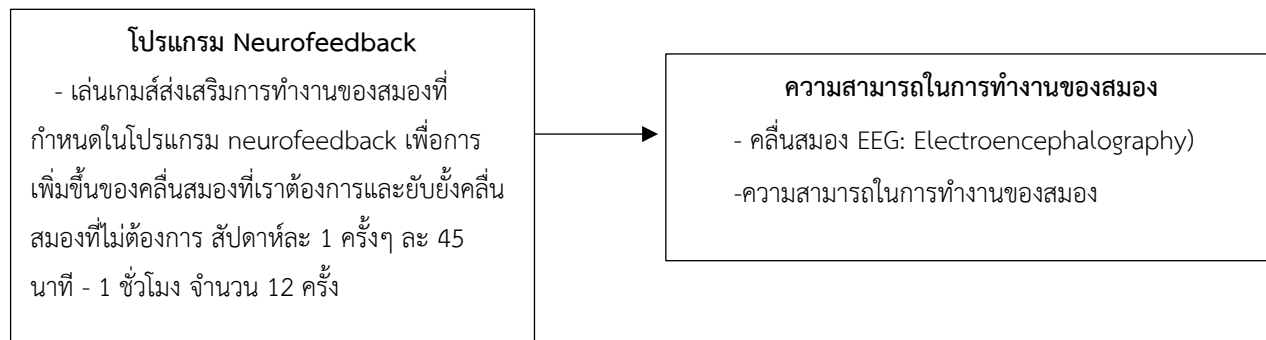
จากที่กล่าวมาข้างต้น หากมีการนำโปรแกรม Neurofeedback มาใช้ในการกระตุ้นการปรับการทำงานของสมอง ในเด็กที่มีความบกพร่องการเรียนรู้ จะช่วยปรับปรุงการทำงานของหน่วยความจำ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเรียนรู้และพัฒนาภาษาใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมโปรแกรม Neurofeedback ในเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม Neurofeedback ต่อความสามารถในการทำงานของสมอง สำหรับเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้

สมมติฐาน ภายหลังได้รับโปรแกรม Neurofeedback สำหรับเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในการทำงานของสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความบกพร่องทางการเรียนรู้สามารถรักษาได้เนื่องจากสมองสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือเปลี่ยนแปลงระบบประสาทได้โดยเฉพาะในวัยเด็ก สมองจึงสามารถเรียนรู้วิธีการทำงานใหม่ๆ ซึ่งจะช่วยลดหรือบรรเทาความท้าทายในการเรียนรู้ได้ แม้แต่สมองที่มีอายุมากขึ้นก็สามารถแสดงพัฒนาการที่ดีขึ้นได้อย่างมาก (Patil, et al., 2022) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า neurofeedback สามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการทำงานของสมองในเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ได้ โดยจะช่วยปรับปรุงการทำงานของหน่วยความจำ ทำให้เรียนรู้และพัฒนาภาษาใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Martínez-Briones, et al., 2021; Fernández, Herrera, Harmony, Díaz-Comas, Santiago, Sánchez, et al., 2003) Neurofeedback หรือที่เรียกอีกอย่างว่า EEG biofeedback คือการฝึก biofeedback ประเภทหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบกิจกรรมของคลื่นสมองแบบเรียลไทม์ และให้ข้อมูลตอบรับกับบุคคลนั้นแบบเรียลไทม์ เพื่อสอนสมองของบุคคลนั้นให้ปรับสภาพตนเองและปรับการทำงานของสมองให้เหมาะสมที่สุดผ่านการปรับพฤติกรรม ซึ่งจากรายงานพบว่าการทำ neurofeedback สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที - 1 ชั่วโมง จำนวน 12 ครั้ง มีประสิทธิผลในการพัฒนาความสามารถของสมอง (Biomedical, 2023)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง) quasi-experiment (one group pre test post design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

เด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ โดยเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของกระบวนการเรียนรู้ที่แสดงออกทางด้านการอ่าน การเขียนสะกดคำ การคำนวณและเหตุผลเชิงคณิตศาสตร์ เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของสมอง ทำให้ผลการเรียนของเด็กต่ำกว่าศักยภาพที่แท้จริง โดยที่เด็กมีสติปัญญาอยู่ในระดับปกติและมีความสามารถด้านอื่นๆปกติ ตามเกณฑ์วินิจฉัยทางการแพทย์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 (5th ed.) (APA, 2013) ในพื้นที่การศึกษาแห่งหนึ่งของจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 12 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ ซึ่งเป็นมีความผิดปกติของกระบวนการเรียนรู้ที่แสดงออกทางด้านการอ่าน การเขียนสะกดคำ การคำนวณและเหตุผลเชิงคณิตศาสตร์ เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของสมอง ทำให้ผลการเรียนของเด็กต่ำกว่าศักยภาพที่แท้จริง โดยที่เด็กมีสติปัญญาอยู่ในระดับปกติและมีความสามารถด้านอื่นๆปกติ โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 12 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ ตามเกณฑ์ของการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 (5th ed.)¹ (American Psychiatric & American Psychiatric Association, 2013) อายุระหว่าง 7-12 ปี มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีปัญหาสุขภาพที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่อง
2. มีความพิการทางการได้ยินหรือการมองเห็น
3. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดความสามารถในการทำงานของสมอง ได้แก่ คะแนนผลลัพธ์การทำงานของสมอง

โดยเป็นผลคะแนนที่ประมวลผลจากเครื่อง Neurofeedback จำแนกเป็น คะแนนเกมส์ คะแนนพฤติกรรม และคะแนนสมอง และการตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG;Electroencephalography) ซึ่ง การตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าสมอง โดยเป็นการตรวจการทำงานของเซลล์ประสาทสมอง

2. เครื่องมือในการทดลอง

เครื่องกระตุ้นเพื่อฝึกการเรียนรู้และเสริมสร้างการทำงานของสมองด้วยโปรแกรม Neurofeedback ที่ผลิตโดย บริษัท Biomedical จำกัด ในชื่อรุ่น NeeuroFit ซึ่งผ่านการทดสอบมาตรฐานสากล โดยประกอบด้วย เครื่องเล่นเกมเพื่อพัฒนาการทำงานของสมอง และเครื่องประมวลผลทำงานของสมอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือที่ใช้ เครื่องกระตุ้นเพื่อฝึกการเรียนรู้และเสริมสร้างการทำงานของสมองด้วยโปรแกรม Neurofeedback รุ่น NeeuroFit บริษัท Biomedical จำกัด เป็นเครื่องมือมาตรฐานสากล มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายแล้ว จึงมีได้นำไปตรวจสอบคุณภาพอีกครั้ง

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ขอผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เลขที่รับรอง PREC 030-2567 ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายถึงการดำเนินการวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธ การให้ข้อมูลการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนการสอนและการวัดผลคะแนนใด ๆ รายงานผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ-สกุล กลุ่มตัวอย่างและทำลายแบบสอบถามการวิจัยเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ภายหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้ปกครองเด็กและโรงเรียนระดับประถมศึกษาในพื้นที่การศึกษาแห่งหนึ่ง
2. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ชี้แจงผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลส่วนตัวที่ได้จะเก็บเป็นความลับการนำเสนอผลหรืออภิปรายข้อมูลของการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมทั้งหมด เมื่อผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงทำการเก็บข้อมูล

4. ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินสมรรถภาพสมอง EEG ก่อนการเริ่มโปรแกรม Neurofeedback ซึ่งเป็นเครื่องกระตุ้นเพื่อฝึกการเรียนรู้และเสริมสร้างการทำงานของสมอง จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

5. ภายหลังเสร็จสิ้นการเตรียมความพร้อมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำประเมินสมรรถภาพสมองอีกครั้ง เพื่อประเมิน EEG

6. เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ก่อน และหลังการทดลอง ด้วยสถิติ pair-test

ตารางที่ 1 แสดงความถี่และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง (n=12)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ร้อยละ (จำนวนคน)
อายุ (ปี)	
12	100 (12)
เพศ	
ชาย	33.33 (4)
หญิง	66.67 (8)
ศาสนา	
พุทธ	100 (12)
โรคประจำตัว	
มี	0
ไม่มี	100 (12)

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอายุ 12 ปี. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.67 (8 คน) รองลงมาเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 33.33 (4 คน) นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 (12 คน) ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 100 (12 คน)

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การทำงานของสมองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=12)

คุณภาพชีวิต	M	SD	t	p-value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	770.17	530.180	-3.432	.006*
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	1357.25	581.959		

* p<.01

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม Neurofeedback พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การทำงานของสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($t = -3.432$, $p = .006$; ก่อนการทดลอง $M = 770.17$, $SD = 530.180$ หลังการทดลอง $M = 1357.25$, $SD = 581.959$)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม Neurofeedback สำหรับเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในการทำงานของสมอง ในสูงกว่าก่อนการทดลอง สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรม Neurofeedback นั้นสามารถส่งเสริมความสามารถในการทำงานของสมองสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ ทั้งนี้ด้วยการพัฒนากลไกในการทำงานของระบบประสาทให้สมดุลและมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Patil, et al., 2022) neurofeedback เป็นการใช้เทคโนโลยีทางด้านวิทยาศาสตร์ผสมผสาน กับหลักการแบบเดียวกับ การวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ (Applied Behavior Analysis: ABA) ในเรื่อง Operant Conditioning คือการสอนให้สมองทำงานอย่างเหมาะสมผ่านการให้แรงจูงใจเมื่อทำตามจุดมุ่งหมายได้ (Neurofeedbackthailand, 2023) การที่เกิดความสำเร็จจากการเล่นเกมของเด็กก็คือการเพิ่มขึ้นของคลื่นสมองที่ต้องการและยับยั้งคลื่นสมองที่ไม่ต้องการ โดยนัยนี้จึงหมายความว่า สมองเรียนรู้และปรับการทำงานได้ด้วยตัวสมองเอง เป็นรูปแบบของการบำบัดทางจิตที่ใช้เทคโนโลยีในการวัดกิจกรรมของสมองและช่วยให้ผู้ใช้ปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของสมองของตนเอง โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) เกี่ยวกับการทำงานของคลื่นสมองในเวลาจริง ผู้ใช้จะสามารถเรียนรู้วิธีการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนกิจกรรมของสมอง ทั้งนี้ วิทยาศาสตร์ที่อยู่เบื้องหลังนิวโรฟีดแบ็ค มีรากฐานมาจากความเข้าใจเกี่ยวกับคลื่นสมอง และหน้าที่ของพวกเขา ส่งผ่านมาในกระบวนการรับรู้ของมนุษย์ โดยการฝึกสมองด้วย นิวโรฟีดแบ็คนั้น สามารถปรับปรุงรูปแบบคลื่นเหล่านี้ให้เหมาะสม เพื่อที่มนุษย์จะสามารถทำสถานะจิตใจให้พร้อมกับการเรียนรู้และการมีสมาธิจดจ่อได้ดี

ดังจะเห็นได้จากภาพสมองจะเห็นได้ว่า ช่วงคลื่นสมองอยู่ในระดับปกติทั้งคลื่น คลื่นเดลต้า (delta wave) คลื่นเดลต้า (delta wave) คลื่นอัลฟา (alpha wave) คลื่นอัลฟา (alpha wave) โดยอยู่ระหว่าง Delta = 0.5-3.5 HZ Theta = 3.5-7.5 Alpha = 7.5-12.5Hz Beta 12.5-30.0 Hz สอดคล้องกับการวิจัยของ Martínez-Briones, et al. (2021) ที่ศึกษาวิจัยผลของโปรแกรม Neurofeedback ในเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ จำนวน 18 คน อายุ 8-11 ปี พบว่าเด็กมีความจำดีขึ้น และการศึกษา ผลของโปรแกรม Neurofeedback ในผู้ความบกพร่องทางการเรียนรู้ โดยฝึกจำนวน 30 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลอง (mean difference=7.74, $SD=15.75$) มีคะแนนเฉลี่ยคณิตศาสตร์สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 2.86$, $p = 0.01$, $d = 0.80$) และภายในกลุ่มทดลองพบว่ามีความสามารถในการอ่านเพิ่มขึ้น ($t = 3.46$, $p = 0.005$, $d = 0.59$) และจากการเปรียบเทียบความสามารถในการอ่านระหว่างกลุ่มพบว่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่นัยสำคัญ (Martínez-Briones, et al., 2021) รวมทั้งการศึกษาของ Nooripour, Farmani, Emadi, Ghanbari, Hassani-Abharian & Maticotta (2022) ที่ทำการศึกษาผลของการรักษาแบบ neurofeedback โดยการวิจัยก็ทดลองแบบกลุ่มเดี่ยววัดก่อนและหลังการทดลอง และติดตาม 2 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กหญิง 40 ราย ที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ ณ กรุง เตหาราน ประเทศอิหร่าน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 17 ราย กลุ่มควบคุม 17 ราย กลุ่มทดลองได้รับการฝึก neurofeedback 20 ครั้ง ร่วมกับการรักษาทางจิตเวช ส่วนกลุ่ม

ควบคุมได้รับการรักษาแบบปกติ ผลการทดลองพบว่า พบว่าการรักษาด้วย neurofeedback สามารถเพิ่มความจำที่ใช้ปฏิบัติงาน (working memory) และความเร็วที่ใช้ในการประมวลผล (processing speed) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังติดตามผล 2 เดือน ($p < 0.0001$)

จากที่กล่าวมาข้างต้น โดยหลักการในการปรับสมดุลของสมองนั้นเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ของสมองให้จัดเรียงรูปแบบของข้อมูลให้เป็นระบบระเบียบมากยิ่งขึ้น ผ่านกฎเกณฑ์และเงื่อนไขที่ถูกสร้างขึ้นจากโปรแกรมฝึก หลังจากทำการฝึกฝนซ้ำๆ สมองจะสามารถเรียนรู้ว่าควรทำงานอย่างไรให้อยู่ในจุดที่สมดุล ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าอาการต่างๆ ที่มาจากการทำงานของระบบประสาทที่ไม่สมดุลก่อนเข้ารับการฝึกนั้นจะพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้นตามลำดับเมื่อระบบประสาทสามารถทำงานได้อย่างปกติ (Braintrainerthailand, 2023) โปรแกรม Neurofeedback จำนวน 12 ครั้ง สำหรับเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ สามารถส่งเสริมระดับความสามารถในการทำงานของสมองของเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ศึกษาวิจัยเชิงทดลองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เรียนรู้แบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรม neurofeedback

2. ศึกษาวิจัยเชิงทดลองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เรียนรู้แบบและกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรม neurofeedback ในกลุ่มจิตเวชเด็กกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

นำไปขยายผลเพื่อพัฒนาความสามารถในการทำงานของสมองในเด็กวัยเรียนพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

นิวโรฟีดแบคประเทศไทย (2566). นิวโรฟีดแบค. <https://neurofeedbackthailand.com/>

neurofeedback-thai/.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2558). *คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก กลุ่มปัญหาการเรียน*. กรุงเทพฯ: ปิยะนันทน์พับลิชชิง.

สุมิตรา โรจนนิต, บุญมัน ธนาสุวัฒน์และนิตยา สุวรรณศรี. (2565). การจัดการเรียนรู้ในโรงเรียนสำหรับ

เด็กแอลดี. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์(มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*. 12(2), 260-275

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for*

Mental Disorders, 5th edition. Washington, DC: Author.

Biomedical (2023). *Neurofit brain fitness program*. Biomedical. Thailand

Braintrainerthailand. (2023). *Introducing a new form of brain training innovation*.

<https://www.braintrainerthailand.com> [in Thai]

Drakeinstitute. (2022). *Biofeedback vs. Neurofeedback: What's The Difference?*.

<https://www.drakeinstitute.com/biofeedback-vs-neurofeedback>

Martínez-Briones, B. J., Bosch-Bayard, J., Biscay-Lirio, R. J., Silva-Pereyra, J., Albarrán-Cárdenas, L., & Fernández, T. (2021). Effects of Neurofeedback on the Working Memory of Children with Learning Disorders-An EEG Power-Spectrum Analysis. *Brain sciences*, 11(7), 957. <https://doi.org/10.3390/brainsci11070957>

Nazari, J., Pope, M. H., & Graveling, R. A. (2012). Reality about migration of the nucleus pulposus within the intervertebral disc with changing postures. *Clinical biomechanics (Bristol, Avon)*, 27(3), 213–217. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2011.09.011>

Nooripour R, Farmani F, Emadi F, Ghanbari N, Hassani-Abharian P, Maticotta JJ. (2022). The Effectiveness of Neurofeedback on Working Memory and Processing Speed Among Girl Students With Learning Disabilities. *Journal of Research & Health*, 12(5), 297-308. <http://dx.doi.org/10.32598/JRH.12.5.1181.4>

Patil, A. U., Madathil, D., Fan, Y. T., Tzeng, O. J. L., Huang, C. M., & Huang, H. W. (2022). Neurofeedback for the Education of Children with ADHD and Specific Learning Disorders: A Review. *Brain sciences*, 12(9), 1238. <https://doi.org/10.3390/brainsci12091238>

มุมมองการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมือง

สุจิรา พึ่งเฟื่อง, พย.ม.*

จักรกฤษณ์ พลราชม, ปร.ด.** และ สมคิด ปราบภัย, ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมือง ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้บริหารระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (สาขาโรคมะเร็ง) และบุคลากรในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ได้รับมอบหมายในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 24 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แนวคำถามกึ่งโครงสร้างเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า

ผลการวิจัย พบว่า มุมมองการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมือง แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) สภาพปัญหาที่ครอบคลุมในด้านนโยบาย ศักยภาพบุคลากรของพื้นที่ และทรัพยากรในการดำเนินการ และ 2) ความต้องการและกลยุทธ์ในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมือง

ข้อเสนอแนะ การส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมืองมีดังนี้ 1) บุคลากรควรได้รับการพัฒนาทักษะและด้านการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอย่างสม่ำเสมอ 2) ควรขยายประชากรกลุ่มเป้าหมายให้มากขึ้น และ 3) กลยุทธ์ที่ดี คือ (1) การประชาสัมพันธ์โดยใช้สื่อสังคมและการใช้ภาคีเครือข่ายในการสื่อสารทุกระดับ (2) การพัฒนาให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความตั้งใจในการมารับการตรวจคัดกรองเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรอง และ (3) การเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานผ่านฝ่ายบุคลากรของหน่วยงาน

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง กลุ่มเสี่ยง ชุมชนเมือง

*นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

**คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Corresponding E-mail: chakkrit.pon@ku.ac.th

(Received: March 13, 2025; Revised: May 7, 2025; Accepted: May 31, 2025)

Perspectives on Promoting Colorectal Cancer Screening among High-Risk Populations in Urban Communities

Sujira Foongfaung, M.N.S.*

Chakkrit Ponrachom, Ph.D.** & Somkid Prabpai, Ph.D.**

Abstract

This qualitative study aimed to investigate the perspectives of promoting colorectal cancer screening among the population at risk in an urban community. The key informants consisted of 24 participants, including senior executives involved in colorectal cancer screening policies, members of the Service Plan working group (Cancer Branch), and personnel from primary health care facilities responsible for conducting colorectal cancer screenings. The research instruments were semi-structured interviews and focus group discussions. Data were analyzed using content analysis, and the reliability of the data was ensured through triangulation.

The research findings revealed that the perspectives on promoting colorectal cancer screening among the at-risk population in urban communities could be categorized into two main themes: 1) the comprehensive problem conditions, encompassing policy frameworks, human resource capacity, and implementation resources in terms of policies, personnel potential of the area, and resources for implementation, and 2) identified needs and strategies for promoting colorectal cancer screening among the at-risk population in urban communities.

Recommendations for promoting colorectal cancer screening in the risk population in urban communities are as follows: 1) Regular training programs should be implemented to develop the skills and knowledge of healthcare professionals involved in colorectal cancer screening; 2) Efforts should be made to broaden the reach of screening initiatives to include a larger segment of the at-risk population; and 3) Strategic approaches for promotion include (1) public relations using social media and using networks in communication at all levels; (2) Enhancing the intention of at-risk populations to participate in screening to improve the overall effectiveness of the screening program; and (3) reaching out to the working-age risk group through the agency's personnel department.

Keywords: screening colorectal cancer risk groups urban area

* Doctoral Student in Health Promotion and Health Education Program, Faculty of Education, Kasetsart University

** Faculty Education, Kasetsart University

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal Cancer; CRC) มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา จากสถิติมะเร็งทั่วโลกปี ค.ศ. 2020 การประมาณการอุบัติการณ์การเกิดและการเสียชีวิตของสถาบันวิจัยมะเร็งนานาชาติ องค์การอนามัยโลก (Global Cancer Observatory; GLOBOCAN) ทั่วโลก สำหรับมะเร็ง 36 ชนิดใน 185 ประเทศ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดและการเสียชีวิตของมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีอัตราที่ใกล้เคียงกันทั่วโลก ภูมิภาคเอเชีย และในประเทศไทย โดยพบอุบัติการณ์การเกิดจากทุกชนิดของมะเร็ง พบมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 5.7 และไส้ตรงร้อยละ 5.2 และการเสียชีวิตร้อยละ 4.8 และ 4.2 ตามลำดับ ซึ่งในประเทศไทยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 คือ มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งและการเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี สูงที่สุด (Sung, et al., 2021) จากข้อมูลสถิติในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 พบมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีอุบัติการณ์การเกิดพบมากเป็นอันดับสามในเพศชายพบ 18.4 ต่อแสนประชากร และเป็นอันดับสอง ในเพศหญิง 13.1 ต่อแสนประชากร และเป็นมะเร็งที่คาดว่าจะมีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2563 จนถึง พ.ศ. 2566 จากจำนวน 8,984 ราย เป็น 11,276 รายในเพศชาย และ 7,779 ราย เป็น 9,561 รายในเพศหญิง โดยพบมากในช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป ในเพศชายพบ 18.0 รายต่อแสนประชากร และเพศหญิงพบ 15.1 รายต่อแสนประชากร (Rojanamat et al., 2021) ซึ่งในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา พบว่า ประชากรในพื้นที่เขตเมืองมีแนวโน้มการเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงขึ้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563)

จากอุบัติการณ์การเกิดและการเสียชีวิตของมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทำให้หลาย ๆ ประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จึงให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรอง เนื่องจากการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นหนึ่งในโรคมะเร็งที่สามารถตรวจคัดกรองโรคได้ในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือในคนที่ยังไม่มีอาการของโรค (สุรวิทย์ เจริญขจรชัย ศุภิพร แสงกระจ่าง และศรียา ธรรมรักษ์, 2565) ถึงแม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายนำวิธีการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test; FIT) ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น มาใช้ในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประชากรกลุ่มเสี่ยงที่อายุ 50-70 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 และยังคงเป็นวิธีที่ใช้อยู่มาจนถึงปัจจุบัน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2566) ซึ่งการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วย FIT มีการศึกษาของ Zhong, Sun, Wan, Hu, and Hao (2020) พบว่า ประสิทธิภาพ ของ FIT อาจคล้ายกับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ 1 ครั้งในการตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง นอกจากนี้ FIT ประจำปีหรือทุก ๆ 2 ปี จะมีความคุ้มค่าหรือประหยัดต้นทุนมากเมื่อเทียบกับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทุก ๆ 10 ปี การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ประสิทธิภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย FIT ไม่ด้อยกว่าการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประชากรกลุ่มเสี่ยง (Zhong, Sun, Wan, Hu, & Hao, 2020) สอดคล้องกับศึกษาของ Phisalprapa, Supakankunti, and Chaiyakunapruk (2019) พบว่า การส่องกล้องตรวจลำไส้ทุก 10 ปี และ FIT ประจำปี มีความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับการไม่ตรวจคัดกรอง และสามารถป้องกันมะเร็งระยะเริ่มต้นได้ร้อยละ 17.9 และ 5.7 และมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 27.8 และ 9.2 ตามลำดับ ต่อการตรวจคัดกรอง 100,000 ครั้งตลอดอายุขัยเมื่อเทียบกับการไม่ตรวจ แต่การตรวจส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ต้องใช้งบประมาณสูงกว่า FIT ถึง 8 เท่า (Phisalprapa, Supakankunti, & Chaiyakunapruk, 2019)

ในประเทศไทยถึงแม้ว่าจะมีนโยบายการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ครอบคลุม และต้องการความร่วมมือจากทุกภาคีเครือข่าย จากข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566 ใน 12 เขตสุขภาพ จากเป้าหมายรายปีประมาณการจากร้อยละ 10 ของประชากรอายุ 50-70 ปี ซึ่งจากตัวชี้วัดการตั้งเป้าหมายให้ร้อยละ 50 ของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของแต่ละเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่มีอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย FIT ต่ำที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 4 มีอัตราการตรวจคัดกรองอยู่ที่ร้อยละ 28.71, 30.42 และ 5.48 ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2566) และคาดว่าหากไม่มีนโยบายการตรวจคัดกรองหรือประชาชนไม่มารับการตรวจอย่างจริงจังหรือมารับการตรวจล่าช้าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าภายในระยะเวลา 10 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564) ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษามุมมองการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมืองในมุมมองของผู้ให้บริการ ที่มีประสบการณ์เป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จะทำให้ทราบข้อค้นพบในเชิงลึกที่จะเพิ่มพูนองค์ความรู้เชิงระบบ รวมถึงยังช่วยขับเคลื่อนการวางนโยบายและการปฏิบัติให้ตอบสนองต่อสถานการณ์จริงในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนเมืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบหรือแนวทางการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมืองให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อให้เข้าใจมุมมองการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมืองในมุมมองของผู้ให้บริการเกี่ยวกับสถานการณ์ สภาพปัญหา ความต้องการ และกลยุทธ์ในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมือง เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบหรือแนวทางการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมือง

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Descriptive Research) แบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อศึกษามุมมองการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมือง โดยเก็บข้อมูลในพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 4 เป็นการเลือกพื้นที่ศึกษาจากการทบทวนข้อมูลของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จากสถิติการคัดกรองมะเร็ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) พบว่า เป็นพื้นที่ที่มีอัตราการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย FIT test ยังไม่ถึงเป้าหมาย (ร้อยละ 80.0) แสดงให้เห็นถึงปัญหาที่ต้องการการแก้ไข และยังไม่มีการศึกษาเพื่อแก้ปัญหายังเป็นรูปธรรม และสุ่มพื้นที่ศึกษาตามพื้นที่ คือ ขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ ได้แก่ จังหวัดสิงห์บุรี ลพบุรี และปทุมธานี

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมือง ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ของวัตถุประสงค์ของการศึกษา และมีความหลากหลายของหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยเลือกจากผู้มีประสบการณ์ตรง

กับการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Intensity) และเป็นกลุ่มบุคคลที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบแตกต่างกัน (Heterogeneous) ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในเขตบริการสุขภาพ เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาบริการสุขภาพเขตสุขภาพ(สาขาโรคมะเร็ง) หรือบุคลากรในเขตสุขภาพที่ได้รับมอบหมายให้ทำโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (สาขาโรคมะเร็ง) ตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (สาขาโรคมะเร็ง) ประจำปีงบประมาณ 2567 จากจังหวัดพื้นที่ศึกษาในเขตบริการสุขภาพที่ 4 และบุคลากรในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ได้รับมอบหมายให้ทำโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 4 ที่เป็นพื้นที่ศึกษา ประกอบด้วย จังหวัดขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ รวมทั้งสิ้นจำนวน 24 คน โดยผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมือง
2. มีประสบการณ์การดำเนินงานการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

มีความเจ็บป่วยหรือไม่สามารถมาให้ข้อมูลได้ในวันที่นัดทำสนทนากลุ่ม

เกณฑ์การยุติการให้ข้อมูล (Discontinuation criteria)

ไม่สะดวกหรือลำบากใจระหว่างสัมภาษณ์หรือการทำสนทนากลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ COA No. COA67/039 เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2567 โดยผู้วิจัยดำเนินการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ผลประโยชน์และในการเข้าร่วมการวิจัยก่อนการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงให้อิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย มีการใช้รหัสแทนการใช้ชื่อจริงในการเผยแพร่ และเทปบันทึกเสียงผู้ให้สัมภาษณ์จะถูกลบทิ้งเมื่อรายงานผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้สภาพการบริการการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของพื้นที่ตามธรรมชาติเป็นแหล่งข้อมูล เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นต่าง ๆ อย่างกว้างขวางและลึกซึ้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

- 1) ตัวผู้วิจัย เป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลที่สำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยต้องเตรียมตัวทั้งความรู้เชิงวิชาการในด้านการส่งเสริมสุขภาพ แนวคิดทฤษฎีด้านพฤติกรรมศาสตร์ ระเบียบวิธีวิจัยทางการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา ฝึกฝนเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล ฝึกทักษะในการสนทนาที่สามารถเจาะลึกข้อมูล สำหรับการเตรียมความพร้อมด้านการทำการวิจัยเชิง

คุณภาพ ผู้วิจัยได้ผ่านการศึกษาในหัวเรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา และผ่านการอบรมเข้มพิเศษ (Intensive Training Course) แบบตัวต่อตัวกับที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก มีประสบการณ์เป็นผู้ดำเนินการสนทนากับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของสถานพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งโดยตรงมากกว่า 20 ปี ผู้วิจัยจึงมีประสบการณ์เพียงพอที่จะทำให้การเก็บข้อมูลมีความครอบคลุม ลึกซึ้ง และตรงกับความเป็นจริง 2) เครื่องบันทึกเสียง สำหรับการบันทึกการสนทนา ทั้งนี้การใช้เครื่องบันทึกเสียงผู้วิจัยจะขอความยินยอมจากผู้ร่วมวิจัยก่อนทุกครั้ง 3) บันทึกภาคสนาม (Field Note) ที่ดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัย และ 4) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ (1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหารระดับสูงและบุคลากรในเขตสุขภาพที่ได้รับมอบหมายให้ทำโครงการคัดกรองฯ และ (2) แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง เพื่อการสนทนากลุ่มในบุคลากรในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ได้รับมอบหมายให้ทำโครงการคัดกรองฯ ที่สร้างขึ้น โดยมีประเด็นหลัก คือ สภาพปัญหา (นโยบาย ศักยภาพของพื้นที่ และทรัพยากรในการดำเนินการ) ความต้องการ และกลยุทธ์ ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาภาษา เนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสม และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) โดยผู้วิจัยได้ส่งข้อมูลหลังการถอดเทปการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลถูกต้องตรงกับความเป็นจริง รวมถึงมีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) โดยการพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้นั้นถูกต้องโดยตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูล ได้แก่ สถานที่ และบุคคล ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบสถานที่ โดยการเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ปฏิบัติงานในจังหวัดที่แตกต่างกัน และ 2) การตรวจสอบบุคคล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ได้แก่ กลุ่มผู้บริหาร และกลุ่มบุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้ทำโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

2. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) โดยการใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างกัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน ร่วมกับใช้วิธีการสังเกตควบคู่กับการซักถาม พร้อมกับศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสารประกอบด้วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มด้วยตนเอง โดยใช้เวลาครั้งละ 30 – 60 นาที พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการเกี่ยวกับการศึกษาสภาพปัญหา และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ และขออนุญาตบันทึกเทป และผู้ช่วยวิจัยจัดทำการบันทึกข้อมูลภาคสนาม (Field Note) ตามความเป็นจริง โดยไม่มีการตีความ ร่วมกับบันทึกความคิดเห็น ความรู้สึกหรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้วิจัยขณะที่รวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลที่ถูกบันทึกเทปจะนำมาถอดเทปภายใน เพื่อตรวจสอบข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน เพื่อนำไปศึกษาเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลง เพื่อสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย โดยผู้วิจัยเรียบเรียงเรื่องราวตามประเด็นที่ค้นพบร่วมกับบริบทที่ศึกษามาอธิบายเชิงพรรณนา และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นที่เกิดขึ้น

ผลการวิจัย

ผลการศึกษามุมมองการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมือง แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวนทั้งสิ้น 24 คน เป็นผู้บริหารระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Policymaker: P) เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตสุขภาพ (สาขาโรคมะเร็ง) และบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 4 ที่ได้รับมอบหมายให้ทำโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Leader: L) และบุคลากรในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ได้รับมอบหมายให้ทำโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 4 (Worker: W) มีอายุระหว่าง 26-60 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีประสบการณ์การทำงาน 4-38 ปี

ส่วนที่ 2 สภาพปัญหาที่ครอบคลุมในด้านนโยบาย ศักยภาพบุคลากรของพื้นที่ และทรัพยากรในการดำเนินการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมือง

สภาพปัญหาในการดำเนินงานการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมือง

1) ด้านนโยบาย ปัจจุบันนโยบายและแนวทางการขับเคลื่อนการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงเป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็งของกระทรวงสาธารณสุข ด้านงบประมาณไม่พบปัญหา แต่มีผู้รับผิดชอบการส่งเสริมด้านการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง แต่ยังไม่เพียงพอกับจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ต้องรับผิดชอบ ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ปัจจุบันเราใช้เกณฑ์ตัวชี้วัดร้อยละ 10 ซึ่งเรื่องนี้ก็เป็นเป้าหมายของกระทรวงอันดับแรก ๆ” (P1)

“ถ้ามองในเชิงระบบ ในเรื่องของงบประมาณ อันนี้สมเหตุสมผลว่ามีการสนับสนุนจากส่วนกลางมีงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ เงินไม่ใช่ปัญหาในการดำเนินงาน คนมีแล้ว มีผู้รับผิดชอบ แต่ว่าด้วยประชาชนกลุ่มใหญ่เมื่อเทียบกับปริมาณบุคลากรที่มี” (P3)

“การคัดกรองเป็นประเด็นการตรวจราชการเป็น 1 ใน 13 นโยบายของรัฐบาล ซึ่งเรื่องนี้เป็น นโยบาย (policy) 13 ด้าน ที่มอบลงมาเลย เรื่องการคัดกรองมะเร็ง” (L3)

2) ด้านศักยภาพบุคลากรของพื้นที่ เนื่องจากการส่งเสริมการตรวจคัดกรองบุคลากรที่รับผิดชอบการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยทำให้ขาดการพัฒนาทักษะและความรู้ด้านการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ควรได้รับการพัฒนาทักษะและความรู้ด้านการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง รวมถึงการพัฒนาอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับมอบหมายให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองฯ ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ต้องมีการอบรม (training) เรื่อง FIT Test พยาบาลควรต้อง train ด้วยระบบ E-Learning ให้ครบทุกพื้นที่ เพราะมีปัญหาเรื่องการย้าย ลากออก และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีคนทำงานแค่ 4-5 คน จึงต้องมีการถ่ายทอด” (L1)

“การดำเนินงาน รพ.สต. ได้มอบหมายให้ อสม. ลงพื้นที่ในชุมชนเพื่อเป็นการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงด้วย เพื่อให้ครอบคลุมและได้ตามเป้า ก็ต้องฝึกอบรม อสม. ให้รู้งานคัดกรองด้วย” (W10)

3) ทรัพยากรในการดำเนินการ เนื่องจากเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ในปัจจุบันชุดตรวจ FIT Test การจัดสรรให้กับพื้นที่ไม่พบปัญหา รวมถึงสามารถให้พื้นที่จัดซื้อ บริหารจัดการชุดตรวจได้เอง แต่ในส่วนของบุคลากรไม่ได้ทำหน้าที่เฉพาะการคัดกรองโรคมะเร็ง ยังมีการทำหน้าที่คัดกรองสุขภาพด้านอื่น ๆ ตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์จนถึงผู้สูงอายุ รวมถึงงานอื่น ๆ ทำให้มีภาระงาน (work load) มาก ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์ ดังนี้

“เนื่องจากเป็นนโยบาย (policy) ของประเทศ การจัดสรร ทรัพยากร ก็ไม่มีปัญหา” (P1)

“ตอนนี้ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดซื้อชุด FIT Test แล้ว เพราะต้นทุนมันไม่เท่าไรตอนนี้เริ่มโลจิสติกส์ได้” (L2)

“ตัว FIT Test ไม่มีปัญหา ส่วนมากจัดซื้อได้เอง ราคาถูกด้วย ดังนั้นพื้นที่จะได้อะไรด้วย และจะได้ค่าที่เบิกจ่ายจาก สปสช. เป็นไปตามรายการที่กำหนด (free schedule)”

“ไม่มีปัญหาเรื่องอุปกรณ์การจัดส่ง (supplier) ได้ บวกกับ คุณ หารค่าทำ ค่าของก็ พอมีกำไรเข้าเป็นเงินบำรุง” (W8)

“เจ้าหน้าที่ทำทุกอย่างนะ คัดกรอง อนามัย หญิงตั้งครรภ์ ก่อนเกิดเลยนะ สุขภาพกลุ่มวัย สูงดี สมส่วน พัฒนาการเด็ก คัดกรองคนทำงานมะเร็ง คัดกรอง คนแก่ 9 ด้าน คัดกรองฟัน อยู่ในคนเดียว ทำให้มีwork load มาก ” (P3)

“บุคลากรที่ทำเรื่องนี้ คนที่ส่งเสริมจริง ๆ ไม่เพียงพอที่โรงพยาบาลจะมีคนเดียว แล้วกระจายไปให้พื้นที่ช่วยทำให้ คนที่ช่วยคือ รพ.สต. งานเขาจะหลายด้าน งานเขาจะเยอะ บางช่วงที่งานเยอะ ก็จะทำให้ได้กลุ่มเป้าหมายที่ไม่กระจาย เหมือนคนไหนที่เขาตามได้ เขาก็จะเอาคนนั้นเลย” (L3)

ด้านปัญหาอุปสรรคอื่น ๆ การเข้าถึงระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงยังเข้าถึงได้น้อย เนื่องจากขาดความตั้งใจในการมาตรวจคัดกรองฯ โดยเฉพาะในคนที่ยังไม่มีอาการผิดปกติ รวมถึงในเขตชุมชนเมืองที่กลุ่มเสี่ยงยังเป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยทำงาน และการประชาสัมพันธ์ที่ยังไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ประชาชนเข้าถึงระบบการคัดกรองได้น้อย เขาไม่ตระหนักหรือตั้งใจมาตรวจ เพราะว่าการคัดกรองคนปกติ คนปกติอย่างเรา ไม่เอาไม่เป็น” (P2)

“พอดีสังคมเขต 4 เป็นสังคมผสมกัน แบ่งง่าย ๆ สังคมชนบท อันนี้เข้าถึงง่ายเป็นสังคมชนบท เปอเซนต์การมาคัดกรองจะสูง แต่ถ้าพื้นที่สังคมกึ่งเมือง โรงงาน กลุ่มนี้เขาทำมาหากิน ไปบ้านเขาไม่อยู่บ้าน ทำงาน เข้าออฟฟิศ” (W5)

“สำหรับเขตสุขภาพที่ 4 ยังพบว่า ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจากการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง และการสร้างความตระหนักให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงเห็นความสำคัญ” (W17)

ส่วนที่ 3 ความต้องการ และกลยุทธ์ในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมือง

1) ความต้องการในการแก้ปัญหาการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง ต้องการให้ขยายประชากรกลุ่มเป้าหมายจากเดิมร้อยละ 10 ให้มากขึ้น ให้ครอบคลุมกลุ่มที่อยู่บ้านเข้าถึงระบบการคัดกรองฯ ได้น้อย ควรมีการกระจายการตรวจในกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้มีความครอบคลุม รวมถึงการเพิ่มศักยภาพระบบการส่งกล้องตรวจ หลังผลการตรวจด้วยวิธี FIT Test เป็นบวก ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ปัญหาน่าจะเหมือนกันทั่วประเทศ ตอนนี้ตัวประชาชนอาจจะมีบางส่วนที่รู้เรื่อง อาจจะมีบางส่วนที่บุคลากรการแพทย์เข้าถึง ในกลุ่มที่อยู่บ้านไม่ได้ทำงาน หรือเรียนน้อยเพราะว่าประชากรเป้าหมายที่ต้องคัดกรองของประเทศตั้งแค่ ร้อยละ 10 ของเกณฑ์ ในคนอายุ 50-70 ปี มีจุดตัด (cut point) ที่อายุ อาจเพราะการทำประชาสัมพันธ์ในประชากรเป้าหมาย ถือว่ายังน้อย อยากให้มีการขยายให้มากขึ้น” (P1)

“อยากให้มีนโยบายลงพื้นที่ ในบางพื้นที่เอาเม็ดเงินลงพื้นที่ไปเลยให้เขาเก็บเลย แล้วก็อยากให้เพิ่มยอดจากร้อยละ 10 เป็น 20 แล้วให้เขากระจาย น่าจะมีการตรวจแบบมะเร็งปากมดลูก ปีนี้ตรวจแล้วใน 5 ปี ห้ามมาตรวจ ใน 5 ปี ให้กระจายกัน มันจะทำให้กลุ่มเป้าหมายครอบคลุมพื้นที่ได้มากขึ้น” (W7)

“เมื่อตรวจ FIT Test มีผลเป็นบวกแล้ว ต้องทำการตรวจยืนยันด้วยวิธีส่องกล้อง แต่ด้วยโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ. /รพท.) มีจำนวนผู้ป่วยมาก แม้ว่าในเวลาปกติจะให้บริการเต็มศักยภาพแล้ว แต่ก็ไม่ทันต่อจำนวนผู้ป่วยที่รอรับบริการ เลยอยากให้พัฒนาระบบการส่องกล้อง”(W10)

2) กลยุทธ์หรือวิธีการในการพัฒนาการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง ควรเป็นการประชาสัมพันธ์ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่ยังอยู่ในวัยทำงาน หรือการจัดกิจกรรมกับทางโรงเรียนสื่อสารผ่านบุคลากรไปยังผู้ปกครอง และเพิ่มวิธีให้กลุ่มเสี่ยงเห็นความสำคัญ ใส่ใจในปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และเน้นวิธีการเก็บอุจจาระที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองฯ ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์ ดังนี้

“กลยุทธ์ส่วนใหญ่มันน่าเป็นเรื่องเชิงโปรโมท อาจใช้การสื่อสารผ่านลูกหลาน ไปยังพ่อแม่ พี่ป้า น้าอา หรือใช้วิธีการร่วมมือกับโรงเรียน เช่น จัดกิจกรรม ถ้าพ่อแม่มาตรวจคัดกรองฯ ลูกจะได้คุกกี้ หรือเก็บแต้มไว้แลกของรางวัล” (P1)

“เพิ่มการประชาสัมพันธ์ เพิ่มความตระหนักเรื่องปัจจัยเสี่ยงเหมือนของต่างประเทศ และต้องให้หลายภาคส่วน เอกชน สื่อสารไปให้ทางราชการทุกระดับ” (P2)

“ในกลุ่มคนทำงานออฟฟิศ หรือโรงงานก็เข้าผ่านกลไกของฝ่ายบุคลากร (HR) ของโรงงานหรือบริษัทน่าจะเป็นวิธีที่ดี” (L1)

“เราใช้โซเชียลมีเดีย (social media) ก็มีแนวโน้มดีขึ้น” (L2)

“เพิ่มการประชาสัมพันธ์ เพิ่มความตระหนักเรื่องปัจจัยเสี่ยงเหมือนของต่างประเทศและต้องให้หลายภาคส่วน เอกชน สื่อสารทุกระดับ” (W7)

“ตั้งแต่โควิดมา ประชาชนส่วนใหญ่สามารถจับอาการได้ หยอดได้ ตรวจตัวเอง หลังเราสอน แต่ต้องได้รับการกระตุ้น” (W10)

“ประชาชนในพื้นที่พอจะเก็บอาการให้ได้ แต่เวลาให้ชุดตรวจที่เป็นขวดไป เขากะปริมาณไม่ถูก เก็บอาการเยอะ เลยหวังดีเติมน้ำในขวดน้ำยาเพิ่ม เลยทำให้ผลตรวจผิดพลาดได้ ดังนั้นถ้าเรามีกิจกรรมส่งเสริมให้ประชาชนน่าจะเข้าใจการเก็บได้ถูกต้อง” (W14)

“ส่วนหนึ่ง คือ เมื่อ อสม.ได้ดำเนินการแจก FIT Test ประชากรกลุ่มเสี่ยงไม่ได้มาชุดตรวจกลับมาส่งที่ รพ.สต. ดังนั้นจึงควรพัฒนาให้กับประชาชนเกิดความตั้งใจ ใส่ใจ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองต่อไป” (W16)

อภิปรายผลการวิจัย

มุมมองการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมือง แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) สภาพปัญหาที่ครอบคลุมในด้านนโยบาย ศักยภาพบุคลากรของพื้นที่ และทรัพยากรในการดำเนินการ และ 2) ความต้องการและกลยุทธ์ในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมือง ซึ่งผลการศึกษาจะนำไปสู่การออกแบบนโยบายหรือแนวทางที่มีประสิทธิภาพ (Mukherjee, Coban, & Bali, 2021) อีกทั้งการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงยังส่งผลให้ความรู้หรือการเข้ารับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 30 โดยปัจจัยที่ส่งผลดีต่อประสิทธิผล คือ ความสนใจในด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพของบุคคล (Mon, Robb, & Demou, 2024) การอภิปรายผล มีดังนี้

1. สภาพปัญหาที่ครอบคลุมในด้านนโยบาย ศักยภาพบุคลากรของพื้นที่ และทรัพยากรในการดำเนินการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมือง

ด้านนโยบายการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ปัจจุบันมีการขับเคลื่อนด้วยนโยบายระดับประเทศทั่วทั้งเขตบริการสุขภาพ และเป็นประเด็นการตรวจราชการเป็น 1 ใน 13 นโยบายของรัฐบาล ทำให้อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Amoako-Attah et al. (2023) พบว่าการมีนโยบายและแนวทางการคัดกรองระดับประเทศ เป็นแนวทางปฏิบัติที่ดีที่จะทำให้โปรแกรมการคัดกรองมีครอบคลุมและช่วยให้ประชาชนปฏิบัติตามได้มากขึ้น (Amoako-Attah, Dunlap, & Mainous, 2023)

ศักยภาพบุคลากรของพื้นที่ การเพิ่มองค์ความรู้และการฝึกอบรมให้กับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่รับผิดชอบการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยแก้ไขประเด็นบุคลากรหน้างานมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ส่งผลให้ขาดความรู้และทักษะในการทำงานด้านการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จากการศึกษาของ Omran และคณะ พบว่า หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจำเป็นต้องมีโปรแกรมการศึกษาที่ต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ให้เป็นปัจจุบัน จะสามารถเพิ่มอัตราการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ (Omran, Barakat, Muliira, & Aljadaa, 2015)

ทรัพยากรในการดำเนินการ ในปัจจุบันมีความเพียงพอเนื่องจากเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ในปัจจุบันชุดตรวจ FIT Test การจัดสรรให้กับพื้นที่ไม่พบปัญหา รวมถึงสามารถให้พื้นที่จัดซื้อ บริหารจัดการชุดตรวจได้เอง แต่ยังพบปัญหาเรื่องบุคลากรมีภาระงานมาก เนื่องจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลต้องทำงานหลายด้าน ไม่ใช่เฉพาะงานด้านการคัดกรองมะเร็งทั้งการให้บริการตามลักษณะการให้ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ที่ต้องครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรคด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค และการทำงานตามตัวชี้วัดต่าง ๆ โดยเฉพาะงานด้านการคัดกรองมะเร็ง (กฤษดา แสงดี และคณะ, 2562)

การเข้าถึงระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง ด้วยการพัฒนากระบวนการเข้าถึง โดยการประชาสัมพันธ์เผยแพร่สถานบริการทางสุขภาพ เช่น การให้ความรู้แก่ประชาชนด้วยรูปแบบโบรชัวร์ วิดีโอ หรือเว็บไซต์ รวมถึงการส่งผลการตรวจเลือดแดงแฝงในอุจจาระไปที่บ้านของประชาชน จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้ (Inadomi, Issaka, & Green, 2021)

2. ความต้องการ และกลยุทธ์ในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมือง

ความต้องการการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมืองจากผลการศึกษาพบว่า ความต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศกำลังพัฒนา พบว่า ควรขยายการสร้างความรู้ตระหนักรู้ให้กับประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และการตรวจคัดกรองให้มากขึ้น เนื่องจากจะช่วยให้เข้าใจโรคและอาการแสดงที่อาจเกิดขึ้นได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรมีการอธิบายขั้นตอนการตรวจให้ทราบอย่างชัดเจน เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Alzahrani, et al., 2022)

กลยุทธ์ในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ควรใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายจะช่วยเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองที่สูงกว่าการใช้กลยุทธ์เดียว (Inadomi, Issaka, & Green, 2021) ซึ่งแต่ละกลยุทธ์อาจมีองค์ประกอบต่างกัน เช่น การติดตาม การโทรเตือน และการส่งจดหมายหรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์เพื่อกำหนดเวลานัดหมายการมาตรวจคัดกรองฯ รวมถึงการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพในการวางแผนหรือออกแบบโครงการ (Leach, et al., 2021; Simpson, et al., 2024) ผลการศึกษาพบว่า กลยุทธ์การจัดกิจกรรมกับทางโรงเรียนสื่อสารผ่านบุตรหลานไปยังผู้ปกครองเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยกระตุ้นการตรวจคัดกรองฯ จากการศึกษาของ Telles et al. (2024) พบว่าการร่วมมือกับสถาบันการศึกษาเพื่อจัดทำกิจกรรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผ่านคนโปรโมทเป็นวิธีการหรือแนวทางที่มีแนวโน้มที่ดีในการเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองฯ (Telles, et al., 2024)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษานี้ให้ข้อมูลเชิงลึกของการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในบริบทของพื้นที่ชุมชนเมือง ที่จะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายหรือวางแผนนำไปใช้ในการออกแบบรูปแบบหรือแนวทางเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในพื้นที่ชุมชนเมือง โดยเฉพาะการเข้าถึงในกลุ่มคนทำงานออฟฟิศหรือโรงงานที่ควรใช้ช่องทางการเข้าถึงผ่านกลไกของฝ่ายบุคลากรของหน่วยงาน

2. การให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจเป็นหลายกลุ่มหรือบุคคล ด้วยการสอนสาธิตหรือให้ข้อมูลผ่านสื่อโซเชียลมีเดียในเรื่องวิธีการเก็บอุจจาระให้ถูกต้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองฯ

3. การเพิ่มการประชาสัมพันธ์ โดยใช้สื่อสังคมและการใช้ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนในการสื่อสารทุกระดับ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มมุมมองการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมืองโดยตรง ที่จะได้ข้อมูลให้ครบทุกประเด็น เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในบริบทของพื้นที่ชุมชนเมืองได้ครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

- กฤษดา แสงดี, อติญาณ์ ศรีเกษตรริน, ดาราวรรณ ร่องเมือง, รุ่งนภา จันทรา, สุทธนันท์ กัลละ, เบญจพร รัชดา
 รมย์ และวิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์. (2562). และการบริหารกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสาร
 วิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(2), 174-183.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข*.
<https://hdc.moph.go.th/center/public/main>
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2564). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง*.
[https://www.nci.go.th/th/cpg/CPG%20Colon %20\(020266-final\).pdf](https://www.nci.go.th/th/cpg/CPG%20Colon%20(020266-final).pdf)
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2566). *นิยามตัวชี้วัด Service Plan สาขาโรคมะเร็งฉบับปี 2566-2570*.
[https://citly. me/JpbL5](https://citly.me/JpbL5).
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). *สถิติสถานการณ์สุขภาพคนไทย 10 ปีย้อนหลัง รายเขต
 สุขภาพ ระหว่างปี 2552 – 2561*. <http://surl.li/hpbzj>
- สุรฤทธิ เจริญจรชัย, ศุภพร แสงกระจ่าง และไศรยา ธรรมรักษ์. (2565). การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
 ทวารหนักของระบบสาธารณสุขไทย. *วารสารโรคมะเร็ง*, 42(2), 86-103.
- Alzahrani, K. M., Fallatah, S. M., Almeahmadi, R. A., Alghamdi, J. S., Alsulaimani, A. I., Alkhalidi, L. M.,
 & Alsawayhi, A. G. (2022). Colorectal cancer and its screening among Public in the Western
 Region of Saudi Arabia. *Cureus*, 14(7), e27404.
- Amoako-Attah, I., Dunlap, J. J., & Mainous, R. O. (2023). Increasing patient participation in colorectal
 cancer screening in primary care: An evidence-based improvement initiative. *The Journal
 for Nurse Practitioners*, 19(8), 104729.
- Inadomi, J. M., Issaka, R. B., Green, B. B. (2021). What multilevel interventions do we need to
 increase the colorectal cancer screening rate to 80%?. *Clinical Gastroenterology and
 Hepatology*, 19(4), 633-645.
- Leach, K. M., Granzow, M. E., Popalis, M. L., Stoltzfus, K. C., & Moss, J. L. (2021). Promoting
 colorectal cancer screening: A scoping review of screening interventions and resources.
Preventive medicine, 147, 106517.
- Mon, H. M., Robb, K. A., & Demou, E. (2024). Effectiveness of workplace cancer screening
 interventions: a systematic review. *BMC cancer*, 24(1), 999.

- Mukherjee, I., Coban, M. K., & Bali, A. S. (2021). Policy capacities and effective policy design: a review. *Policy sciences*, 54(2), 243–268.
- Omran, S., Barakat, H., Muliira, J. K., & Aljadaa, N. (2015). Knowledge, experiences, and barriers to colorectal cancer screening: a survey of health care providers working in primary care settings. *Journal of Cancer Education: The Official Journal of The American Association for Cancer Education*, 30(1), 53–61.
- Phisalprapa, P., Supakankunti, S., & Chaikunapruk, N. (2019). Cost-effectiveness and budget impact analyses of colorectal cancer screenings in a low- and middle-income country: example from Thailand. *Journal of Medical Economics*, 22(12), 1351-1361.
- Rojanamat, J., Ukranun, W., Supaattagorn, P., Chiawiriyabunya, I., Wongsena, M., & Chaiwerawattana, A. (2021). *Cancer in Thailand Vol. X, 2016-2018*; Thailand.
- Simpson, S., Yu, K., Bell-Brown, A., Kimura, A., Meisner, A., & Issaka, R. B. (2024). Factors associated with mailed fecal immunochemical test completion in an integrated academic-community healthcare system. *Clinical and Translational Gastroenterology*, 15(10), e1.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249.
- Telles, V. M., Rodriguez, S., Torres, M., Schneider, J., Haughton, J., Maldonado, M., & Arredondo, E. (2024). Barriers and facilitators to implementing a multilevel, multicomponent intervention promoting colorectal cancer screening in health centers: a qualitative study of key informant perspectives. *BMC health services research*, 24(1), 404.
- Zhong, G. C., Sun, W. P., Wan, L., Hu, J. J., & Hao, F. B. (2020). Efficacy and cost-effectiveness of fecal immunochemical test versus colonoscopy in colorectal cancer screening: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointestinal Endoscopy*, 91(3), 684-697.

การพัฒนาแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ธนภัทร คบหมู่, พย.บ. *

ชัชเชณต์ แพรขาว, Ph.D. **

บทคัดย่อ

ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase intracranial Pressure: IICP) พบได้บ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง เป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการทางสมองรุนแรงขึ้นและมีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ทางการรักษาและอัตราการเสียชีวิต บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และประเมินประสิทธิผลของแผนการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงกรณีศึกษา 2 ราย โดยใช้กรอบแนวคิด Iowa Model (The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข 2) การกำหนดความสำคัญและความเหมาะสมของปัญหา 3) การรวบรวมและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ 4) การพัฒนาและปรับปรุง 5) การประเมินผลลัพธ์ 6) การตัดสินใจนำไปใช้ และ 7) การนำไปใช้และประเมินผล ซึ่งแผนการพยาบาลที่พัฒนามีกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาท การเฝ้าระวังอาการและอาการแสดง และการจัดการปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เป็นต้น ประสิทธิภาพของแผนการพยาบาลพบว่ามีส่วนช่วยให้การป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นแผนการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่กล่าวมาข้างต้นนี้จึงมีความสำคัญในการป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง

คำสำคัญ: การพยาบาลหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
หลักฐานเชิงประจักษ์

* นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding E-mail: porpea@kku.ac.th

(Received: April 6, 2025; Revised: June 1, 2025; Accepted: June 10, 2025)

Nursing Care to Prevent Increased Intracranial Pressure in Postoperative Traumatic brain Injury Patients within 24-48 hours: Evidence-Based Practice Nursing

Thanapat Kobmoo, B.N.S.*

Chatkhane Pearkao, Ph.D.**

Abstract

Increased intracranial pressure (IICP) is a common complication in patients with traumatic brain injury and is a critical factor that exacerbates neurological symptoms. It is directly associated with treatment outcomes and mortality rates. This study aimed to develop a nursing care plan to prevent IICP using evidence-based practice and to evaluate its effectiveness within 24–48 hours postoperatively in 2 case studies of traumatic brain injured patients. The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care was applied as a conceptual framework, consisting of seven steps: 1) identifying a clinical problem, 2) determining the priority and relevance of the issue, 3) collecting and analyzing evidence, 4) developing and refining the intervention, 5) evaluating outcomes, 6) deciding to implement the intervention, and 7) integrating and assessing the plan. The developed nursing care plan included key interventions such as monitoring vital signs and neurological indicators, observing for clinical symptoms, and managing risk factors contributing to increased intracranial pressure. The implementation of the care plan demonstrated its effectiveness in the prevention of IICP within the specified postoperative period. Therefore, evidence-based nursing care plans play an essential role in mitigating the risk of IICP among postoperative traumatic brain injury patients and should be considered as a standard component of clinical practice.

Keyword: Nursing care in postoperative 24-48 hours Increase intracranial pressure

Traumatic brain injury Evidence based practice

* Student Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological
Faculty of Nursing Khon Kaen University

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

การบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury: TBI) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ คณะกรรมการ The Lancet Neurology Commissions 2017 คาดการณ์ไว้ว่าการบาดเจ็บที่สมองเป็น 1 ใน 3 สาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการจากการบาดเจ็บจนถึงปี 2030 (Maas et al., 2022) ในประเทศไทย ปี 2015 อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่สมองอยู่ที่ 12,767 รายต่อ 100,000 รายต่อปี และอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ที่ 38.1-118.8 รายต่อ 100,000 รายต่อปี (Songwathana et al., 2018) การบาดเจ็บดังกล่าวนอกจากจะเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต การสูญเสียสมรรถภาพหรือความพิการ ยังส่งผลให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจ (ศศิธร วัดศรี, 2566) แนวทางการรักษาส่วนใหญ่ มี 2 วิธี คือการรักษาด้วยยาและการผ่าตัด ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มี Glasgow Coma Score: GCS < 8 หรือมีรอยโรคหรือมีเลือดออก ≥ 30 ลูกบาศก์เซนติเมตร (cm^3) จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase Intracranial Pressure: IICP) ที่ส่งผลต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น และค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น (Tseng et al., 2023)

ภาวะ IICP เป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการทางสมองรุนแรงมากขึ้น จากการเพิ่มปริมาตรของส่วนประกอบในกะโหลกศีรษะของเนื้อสมอง ระบบไหลเวียนเลือด น้ำหล่อเลี้ยงสมอง และไขสันหลังจนเกินความสามารถในการรักษาความสมดุลภายในสมอง โดยในผู้ใหญ่ค่าความดันในกะโหลกศีรษะ (Intracranial Pressure: ICP) มีค่าปกติ ≤ 20 mmHg ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะ IICP ภายใน 24-72 ชั่วโมงแรก และมีโอกาสเกิดได้สูงสุดใน 6 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีค่า ICP > 20 mmHg มีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 17-47 ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีค่า ICP > 40 mmHg มีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 56 โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 69-95 (รุ่งฤดี ถวิลวงษ์, นิชาภัตร พุฒิกามิน และนนทพล ปิยวัฒนเมธา, 2564) การป้องกันและการจัดการภาวะ IICP อย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญในช่วงเวลานี้ หากได้รับการรักษาพยาบาลไม่ทันท่วงทีอาจเกิดความพิการและเสียชีวิตได้ (Tseng et al., 2023; ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561)

การวางแผนการพยาบาลเป็นกระบวนการสำคัญที่สามารถช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัดต้องได้รับการพยาบาลที่เป็นองค์รวม ภายใต้หลักการของศาสตร์และศิลป์แห่งการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวจากภาวะเจ็บป่วย กลับมาดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พยาบาล (สุภาณี เสนาดีสัย และวรรณภา ประไพพานิช, 2560) ซึ่งการพัฒนาแผนการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) ของ Iowa Model (The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care) เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายที่ช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Titler et al., 2001)

การใช้ EBP ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข 2) การกำหนดความสำคัญและความเหมาะสมของปัญหา 3) การรวบรวมและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ 4) การพัฒนาและปรับปรุง 5) การประเมินผลลัพธ์ 6) การตัดสินใจนำไปใช้ และ 7) การนำไปใช้และประเมินผล นำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยเน้นการปรับปรุงคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ของผู้ป่วย (Titler et al., 2001) สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัด การใช้ EBP ที่มีโครงสร้างชัดเจนและสอดคล้องกับปัญหาที่

พบจริงในทางคลินิก เช่น การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาท การจัดท่านอนให้เหมาะสม การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย และการจัดการความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม เป็นต้น สามารถช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีมาตรฐาน สามารถป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IICP ได้ (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561)

ดังนั้นการจัดการภาวะ IICP ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง จึงมีความสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัดปลอดภัยจากการเสียชีวิต พื้นฟูสมรรถภาพได้เร็ว และลดความพิการ ทั้งนี้พยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงจำเป็นต้องมีทักษะในการประเมิน การเฝ้าระวัง และปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงจากหลักฐานเชิงประจักษ์

พยาธิสรีรภาพภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase intracranial pressure: IICP) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการทางสมองรุนแรงขึ้น เกิดจากการเพิ่มปริมาตรของส่วนประกอบในกะโหลกศีรษะ ตามหลักการของ Monro-Kellie Doctrine กะโหลกศีรษะเป็นช่องปิดที่ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่ เนื้อสมอง (Brain tissue) ร้อยละ 80 น้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง (CSF) ร้อยละ 10 และเลือดในระบบหลอดเลือดสมอง (Blood volume) ร้อยละ 10 หากปริมาตรของส่วนใดเพิ่มขึ้น ส่วนอื่นจะต้องลดลง เพื่อรักษาความดันภายในกะโหลกให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หากเกินความสามารถในการรักษาความสมดุลภายในสมอง ทำให้ค่าความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงเกินกว่าปกติ โดยในผู้ใหญ่ ค่าความดันในกะโหลกศีรษะปกติมีค่า ≤ 15 mmHg. (Canac et al., 2020; กรรณิกา รักยิ่งเจริญ และคณะ, 2561) มีแนวโน้มที่จะเกิดภายใน 24-72 ชั่วโมงแรกหลังการบาดเจ็บ และมีโอกาสเกิดได้สูงสุดใน 6 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561)

กรอบแนวคิดในการพัฒนาแผนการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Iowa Model (The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care) เป็นกรอบแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการปรับปรุงคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ของผู้ป่วย ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข 2) การกำหนดความสำคัญและความเหมาะสมของปัญหา 3) การรวบรวมและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ 4) การพัฒนาและปรับปรุง 5) การประเมินผลลัพธ์ 6) การตัดสินใจนำไปใช้ และ 7) การนำไปใช้และประเมินผล (Titler et al., 2001)

ขั้นตอนการดำเนินการพัฒนาแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

1. การระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข

ระบุประเด็นปัญหาจากอุบัติการณ์การเกิดภาวะ IICP การสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล และการทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะ IICP ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง ส่งผลให้ได้มาซึ่งคำถามในการสืบค้นและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ คือการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ IICP ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงเป็นอย่างไร

2. การกำหนดความสำคัญและความเหมาะสมของปัญหา

พิจารณาความสำคัญและความเหมาะสมของปัญหาโดยอ้างอิงจากข้อมูลทางคลินิกที่พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีแนวโน้มเกิดภาวะ IICP ได้บ่อยภายหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก และมีโอกาสเกิดได้สูงสุดใน 6 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561) การสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลพบว่ามีแนวทางที่ไม่ชัดเจน และมีความแตกต่างกันระหว่างบุคคล ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การกำหนดปัญหานี้มีความเหมาะสมในการพัฒนาแผนการพยาบาล พัฒนาคุณภาพการพยาบาล ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ

3. การรวบรวมและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

การสืบค้นและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้กรอบแนวคิด PICO-T framework (Beyea & Slattery, 2006; Smyth, 2011) จาก 5 ฐานข้อมูล ได้แก่ CINAHL, PUBMED, SCIENCE DIRECT, PROQUEST และ THAIJO โดยมีกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเผยแพร่อัปเดตไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษในปี 2015-2024 ทั้งหมด 179 เรื่อง คัดเลือกมา 24 เรื่อง

ตารางที่ 1 แสดงการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิด PICO-T framework

PICO-T	คำสำคัญ (Keyword)
P: Population	Traumatic brain injury or head injury, or brain injury or tbi
I: Intervention	Nursing, Post-Surgical or Nursing, Post Surgical or Post-Surgical Nursing or Post Surgical Nursing
C: Comparison	-
O: Outcome	Prevention and Reduction in the risk of increased intracranial pressure
T: Time	Postoperative in 24-48 hr.

การวิเคราะห์และการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้ง 24 เรื่อง ประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Joanna Briggs Institute, 2014) ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงการประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

Levels of Evidence-Effectiveness (Joanna Briggs Institute, 2014)	จำนวน (เรื่อง)	Grades of Recommendation (Joanna Briggs Institute, 2014)	จำนวน (เรื่อง)
Level 1 Experimental Studies	7	Grade A “strong” It is clear that	10
Level 2 Quasi-Experimental Studies	3	desirable effects.	
Level 3 Observational Analytical Studies	10	Grade B “weak” desirable effects appear to undesirable effects.	14
Level 4 Observational Descriptive Studies	4		
Level 5 Expert Opinion	-		

4. การพัฒนาและปรับปรุงแผนการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

4.1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

เสี่ยงต่อการกำเริบของเนื้องอกสมองลดลงเนื่องจากภาวะ IICP

4.2 ข้อมูลสนับสนุน:

1. สัญญาณทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score: GCS) ขนาดและปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา และกำลังของแขนขา (Motor power)
2. สัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย, อัตราการเต้นของหัวใจ, อัตราการหายใจ และความดันโลหิต
3. อาการและอาการแสดงของภาวะ IICP
4. ค่า ICP
5. ลักษณะและปริมาณของการระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมองหรือปริมาณของการระบายเลือด
6. คะแนนความปวด (CPOT-Neuro)
7. ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)
8. ภาพถ่าย Computer thermography (CT) ของสมอง

4.3 เป้าหมายการพยาบาล:

1. ผู้ป่วยไม่เกิดการกำเริบของเนื้องอกสมองไม่เพียงพอ
2. ผู้ป่วยมีค่า ICP อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ IICP

4.4 เกณฑ์การประเมินผล:

1. ค่า ICP อยู่ในเกณฑ์ปกติ ≤ 15 mmHg
2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ IICP ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียนพุ่ง ชักเกร็ง ง่วงซึม ระดับความรู้สึกตัวแย่ง และ Cushing's response เป็นต้น
3. สัญญาณทางระบบประสาทคงที่ หรือดีขึ้นจากเดิม ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว (GCS) ขนาดและปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา และกำลังของแขนขา (Motor power)

4. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 12-20 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิตช่วงบน 90-120 mmHg และความดันโลหิตช่วงล่าง 60-90 mmHg

5. การระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมองหรือปริมาณของการระบายเลือดไม่พบความปกติ เช่น สีขาวขุ่น มีตะกอน ปริมาณมากกว่าปกติหรือน้อยกว่าปกติหรือไม่ออก (ปริมาณปกติ 20-30 mL/hr.)

6. ค่าคะแนนความปวด (CPOT-Neuro) ≤ 2 คะแนน

7. ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) = 80-180 mg%

8. ภาพถ่าย Computer thermography (CT) ของสมองคงที่ หรือดีขึ้นจากเดิม (กรณีที่มีการส่งตรวจซ้ำ)

4.5 กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาท (Mansour et al., 2023, Level 2.b, Grade A; Escamilla-Ocañas & Albores-Ibarra, 2020, Level 1.c, grade A) ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ชั่วโมงที่ 2 ทุก 30 นาที 2 ครั้ง จากนั้นทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการจะคงที่ (ขวัญเรือน สิงห์กวาง, 2563, Level 4.a, Grade B) ได้แก่

1.1 ระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness) คะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) หากมีคะแนนระดับความรู้สึกตัวลดลง ≥ 2 คะแนน รายงานแพทย์ทราบทันที (Bodien et al., 2021, Level 3.c, grade B)

1.2 กำลังของแขนขา (Motor power) ขนาดและปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา (ขวัญเรือน สิงห์กวาง, 2563, Level 4.a, Grade B)

1.3 สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (Modified early warning scores system : MEWS ของ Stenhouse, C., 2000) (ขวัญเรือน สิงห์กวาง, 2563, Level 4.a, Grade B)

- MEWS 1-3 คะแนน: บันทึกสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาทปกติ

- MEWS ≥ 4 คะแนน: บันทึกสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาทชั่วโมงแรกทุก 15 นาที 4 ครั้ง ชั่วโมงที่ 2 ทุก 30 นาที 2 ครั้ง จากนั้นทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่

- MEWS ≥ 6 คะแนน หรือเพิ่มขึ้น ≥ 2 คะแนน: รายงานแพทย์ทราบ

2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ ICP หากพบอาการและอาการแสดงดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทราบทันที (Escamilla-Ocañas, & Albores-Ibarra, 2020, Level 1.c, Grade A)

2.1 Early warning signs ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียนพุ่ง ชักเกร็ง ง่วงซึม กระสับกระส่าย การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว (GCS ลดลง ≥ 2 คะแนน) กำลังของแขนขาแย่งจากเดิม ขนาดและปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตาไม่เท่ากัน หรือขาลง หรือไม่ตอบสนองต่อแสง (Mansour et al., 2023, Level 2.b, Grade A)

2.2 Late signs ได้แก่ Cushing's response เช่น Systolic blood pressure สูงขึ้น Diastolic blood pressure ต่ำลงเล็กน้อย อัตราการเต้นของหัวใจช้า และการหายใจไม่สม่ำเสมอ (Cheyne-Stokes respiration) (Mansour et al., 2023, Level 2.b, Grade A)

2.3 กรณีที่ติดตามค่า ICP มีค่า ICP > 20 mmHg (Escamilla-Ocañas, & Albores-Ibarra, 2020, Level 1.c, Grade A)

3. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา (Foote et al., 2022, Level 3.b, Grade B) จัดให้ศีรษะและคออยู่แนวเดียวกับลำตัว หลีกเลี่ยงการงอคอ หรือการบิดตัว การขยับศีรษะ หรือการเปลี่ยนท่าทางอย่างกะทันหัน (รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2567, Level 1.a, Grade A) เพื่อช่วยให้เลือดในสมองไหลเวียนได้ดีและมีประสิทธิภาพ (Barami et al., 2021, Level 3.e, Grade B) ส่งผลให้ลดความดันในกะโหลกศีรษะได้ (Robba et al., 2023, Level 3.c, Grade B)

4. เฝาระวังไม่ให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้องเพิ่มมากขึ้น (Valsalva maneuver) ได้แก่ อาการเกร็ง ไอรุนแรง การผูกมัดคาคอก (Restraint) เป็นต้น ซึ่งทำให้การไหลเวียนเลือดดำกลับสู่หัวใจลดลง การไหลเวียนเลือดในสมองเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (ศรีสุตา เวียงนนท์, 2564, Level 4.c, Grade B)

5. กรณีที่ผู้ป่วยที่ใส่คาสายระบายน้ำในโพรงสมอง (Ventriculostomy/ External Ventricular Drainage : EVD) หรือสายระบายเลือด (Radivac drainage/ Tube drainage)

5.1 ดูแลให้ระบบสายระบายน้ำในโพรงสมองหรือสายระบายเลือดอยู่ในระบบปิด ไม่หักพับงอ และทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ (Foote et al., 2022, Level 3.b, Grade B) เพื่อให้การระบายของน้ำไขสันหลังมีประสิทธิภาพ (Saputro et al., 2020, Level 1.a, Grade A) ป้องกันการรั่วซึม (เพ็ญศรี ปักกังวะยัง และสุรชาติ สิทธิปกรณ์, 2564, Level 3.c, Grade B) และป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหากไม่อยู่ในระบบปิด (Sakamoto et al., 2021, Level 5.a, Grade B)

5.2 สังเกตและบันทึกสี ลักษณะ ปริมาณของการระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมองหรือปริมาณของการระบายเลือดทุก 6 ชั่วโมง ควรระวังไม่ให้เกิดการระบายน้ำไขสันหลังออกมากเกินไป เพื่อป้องกันอาจทำให้โพรงสมองยุบตัว หรือเส้นเลือดในสมองฉีกขาดได้ (Sakamoto et al., 2021) หากพบความผิดปกติ เช่น สีขาวขุ่น มีตะกอน ปริมาณมากกว่าปกติหรือน้อยกว่าปกติหรือไม่ออก (ปริมาณปกติ 20-30 mL/hr.) (Haldrup et al., 2023, Level 1.c, Grade A) ให้รายงานแพทย์ทราบทันที (ดารานี นงเยาว์, พิราลักษณ์ ลาภหลาย และมารศรี ปิ่นสุวรรณ, 2023, Level 3.c, Grade B)

6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง การระบายอากาศปอดอย่างมีประสิทธิภาพ และการป้องกันการอุดตันในทางเดินหายใจ เพื่อลดการคั่งค้างของคาร์บอนไดออกไซด์และป้องกันการขาดออกซิเจน ซึ่งทำให้หลอดเลือดสมองขยายตัว การไหลเวียนเลือดในสมองเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Saputro et al., 2020, Level 1.a, Grade A; รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2567, Level 1.a, Grade A)

6.1 ดูแลให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน ค่าความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO_2) ควรอยู่ในช่วง 35-45 mmHg ค่าระดับออกซิเจนในเลือด (SpO_2) มากกว่าหรือเท่ากับ 94% (Rass et al., 2019, Level 3.C, Grade B) กรณีที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจค่าความดันบวกในช่วงสิ้นสุดการหายใจ (PEEP) ควรอยู่ในช่วง 5-10 cm- H_2O เพื่อป้องกันการเพิ่มขึ้นของความดันในช่องอกและช่องท้องเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2567, Level 1.a, Grade A)

6.2 ดูดเสมหะโดยใช้อุปกรณ์ดูดเสมหะแบบระบบปิด (Close suction system) ขนาดของสายดูดเสมหะไม่ควรเกิน 1/2 หรือ 2/3 ของเส้นผ่าศูนย์กลางของท่อช่วยหายใจ เพื่อลดความเสี่ยงการขาดออกซิเจน และลดความเสี่ยงการติดเชื้อในทางเดินหายใจ (Ebrahimian et al., 2020, Level 1.c, Grade A; รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2567, Level 1.a, Grade A)

6.3 ดูปอดเสมหะในแต่ละครั้งไม่เกินครั้งละ 10 วินาที ใช้ความดันในการดูดเสมหะไม่เกิน 120 mmHg (รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2567, Level 1.a, Grade A) หากใช้ความดันในการดูดเสมหะสูงมากกว่า 120 mmHg อาจส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการไออย่างรุนแรงและเปลี่ยนท่าทางอย่างกะทันหัน ทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Foote et al., 2022, Level 3.b, Grade B)

6.4 ดูแลระบายอากาศปอดเคาะปอดด้วยเครื่องสั่นปอด (Mechanical Chest Wall Vibrator) เพื่อช่วยระบายเสมหะได้ง่ายขึ้นและลดความดันในกะโหลกศีรษะได้ หากเปรียบเทียบกับเคาะปอดด้วยมือ (Manual Chest Percussion) (Tomar et al., 2019, Level 1.c, Grade A) กรณีที่ไม่มีเครื่องสั่นปอด เคาะปอดด้วยมืออย่างนุ่มนวล (รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2567, Level 1.a, Grade A) เพื่อป้องกันการไออย่างรุนแรง ทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Foote et al., 2022, Level 3.b, Grade B)

7. ดูแลลดปวด เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองบางรายไม่สามารถแสดงความรู้สึกและประสบการณ์ความปวดที่อาจเกิดขึ้นได้ (นุสรา ประเสริฐศรี, ยศพล เหลืองโสมนภา และสังข์พร เขตคำ, 2566, Level 5.a, Grade B) ซึ่งอาการปวดทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดขยายตัว การไหลเวียนเลือดในสมองเพิ่มมากขึ้น ทั้งอัตราการหายใจที่เพิ่มขึ้น ทำให้ระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้น ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (เกศริน เทียนแก้ว, นิภาวรรณ สามารถกิจ และเขมารตี มาสิงบุญ, 2562, Level 4.c, Grade B; ศรีสุตา เวียงนนท์, 2564, Level 4.c, Grade B)

7.1 ดูแลประเมินอาการปวด โดยใช้แบบประเมิน CPOT-Neuro ของ Glinas, C., 2016 โดยสำหรับคะแนนรวมที่เป็นไปได้ ตั้งแต่ 0 ถึง 8 คะแนน และคะแนนมากกว่า 2-3 คะแนน บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความปวด (นุสรา ประเสริฐศรี, ยศพล เหลืองโสมนภา และสังข์พร เขตคำ, 2566, Level 5.a, Grade B)

7.2 ดูแลใช้เจลสมุนไพร (ประกอบด้วย 1) สมุนไพรหาราก ได้แก่ คนทา ขิงขี เท้ายายม่อม มะเดื่อชุมพร 2) ใบบัวบก 3) ฟ้ายะลาลาโจร 4) ยาเขียวหอม และ 5) เมนทอล อัตราส่วน 1:1:1:1:3 ผสมผงคาร์โบพอลอัตรา 100 กรัมต่อ 500 มิลลิลิตร ทำความเย็นด้วยการแช่ในตู้เย็นช่องธรรมดาอุณหภูมิ 8 องศาเซลเซียส อย่างน้อย 4 ชั่วโมงก่อนประคบ) ประคบเย็นใส่ในปลอกคาศีรษะ หรือใช้เจลประคบเย็น (Cold Pack) ห่อด้วยผ้าวางบนหน้าผากและต้นคอ ประคบอย่างน้อย 15-20 นาทีต่อ 1 ครั้ง ประคบทุก 2 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวด (อรุณรัตน์ อุทัยแสง และคณะ, 2563, Level 2.c, Grade A)

7.3 ดูแลความสุขสบาย ส่งเสริมให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และอัตราการหายใจไม่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ลดการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (เกศริน เทียนแก้ว, นิภาวรรณ สามารถกิจ และเขมารตี มาสิงบุญ, 2562, Level 4.c, Grade B; ศรีสุตา เวียงนนท์, 2564, Level 4.c, Grade B)

7.4 ดูแลให้ยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย สุขสบาย นอนหลับพักผ่อนได้ ส่งผลให้ลดความดันในกะโหลกศีรษะ และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา (ศรีสุตา เวียงนนท์, 2564, Level 4.c, Grade B)

8. ดูแลลดอุณหภูมิร่างกายและป้องกันภาวะไข้สูง (Saputro et al., 2020, Level 1.a, Grade A) เนื่องจากเมื่อร่างกายมีไข้สูง การเผาผลาญของสมองเพิ่มขึ้น ทำให้สมองมีความต้องการออกซิเจนและกลูโคสเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การ

ไหลเวียนของเลือดไปยังสมองเพิ่มขึ้น ทั้งยังทำให้เกาะกันสมองและเลือด (Blood Brain Barrier) เสียหาย ส่งผลให้เกิดภาวะสมองบวม และนำไปสู่การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Cujkevic-Plecko et al., 2023, Level 2.d, Grade A)

8.1 ประเมินและบันทึกอุณหภูมิร่างกายเป็นระยะๆ อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง หรือตามอาการ (อุณหภูมิที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง 32-36 °C) (Cujkevic-Plecko et al., 2023, Level 2.d, Grade A)

8.2 ควบคุมและลดอุณหภูมิร่างกาย การแช่ตัวด้วยน้ำธรรมดา การใช้เจล ประคบเย็น (Cold Pack) การใช้ผ้าห่มเย็น (Cooling Blanket) หรือเครื่องลดอุณหภูมิร่างกาย (Therapeutic Hypothermia) (ควรใช้งานนาน 48-72 ชั่วโมง หรือขึ้นอยู่กับแผนการรักษา) และหลีกเลี่ยงการห่มผ้าห่มทั่วไปในผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิร่างกาย 38 °C ขึ้นไป เป็นต้น (Escamilla-Ocañas, & Albores-Ibarra, 2020, Level 1.c, grade A)

8.3 ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ช่วยให้ควบคุมและลดอุณหภูมิร่างกาย ส่งผลให้ลดความดันในกะโหลกศีรษะ และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา (Rass et al., 2019, Level 3.c, Grade B; ศรีสุตา เวียงนนท์, 2564, Level 4.c, Grade B)

9. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ค่าปกติเท่ากับ 80-180 mg% หากระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 180 mg% รายงานแพทย์ทราบและให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ตามแผนการรักษาพร้อมเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา (Tanaka et al., 2024, Level 1.a, Grade A) เนื่องจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้ (Saputro et al., 2020, Level 1.a, Grade A; รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2567, Level 1.a, Grade A)

10. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษา เช่น 20% Mannitol หรือ Hypertonic Saline Solution เป็นต้น ช่วยลดสมองบวม ลดความดันในกะโหลกศีรษะ และเฝ้าระวังการเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย เป็นต้น (Saputro et al., 2020, Level 1.a, Grade A)

11. ดูแลความปลอดภัยขณะเคลื่อนย้าย และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง หลีกเลี่ยงการงอคอ หรือการบิดตัว การขยับศีรษะ หรือการเปลี่ยนท่าทางอย่างกะทันหัน เพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเลือดในสมองไหลเวียนได้ดีและมีประสิทธิภาพส่งผลให้ลดความดันในกะโหลกศีรษะ (Barami et al., 2021, Level 3.e, Grade B; รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2567, Level 1.a, Grade A; Robba et al., 2023, Level 3.c, Grade B)

11.1 ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาทก่อนเคลื่อนย้าย 1 ครั้ง ขณะเคลื่อนย้ายทุก 15 นาที และหลังเคลื่อนย้าย (ปฏิบัติการพยาบาลตามข้อ 1)

11.2 กรณีที่ผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง (Ventriculostomy/ External Ventricular Drainage : EVD) หรือสายระบายเลือด (Radivac drainage/ Tube drainage)

- กรณีที่ใส่สายระบายน้ำในโพรงสมอง (Ventriculostomy/ External Ventricular Drainage : EVD) ปิดระบบ (Clamp) ก่อนและขณะเคลื่อนย้ายทุกครั้ง หากเคลื่อนย้ายเสร็จสิ้นและจัดทำทางผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว สามารถเปิดระบบได้ เพื่อป้องกันการระบายน้ำไขสันหลังมากเกินไป อาจทำให้โพรงสมองยุบตัว หรือเส้นเลือดในสมองฉีกขาดได้ (Sakamoto et al., 2021, Level 5.a, Grade B)

- กรณีที่ใส่สายระบายเลือด (Radivac drainage หรือ Tube drainage) ทั้งก่อน ขณะ และหลังการเคลื่อนย้าย (ปฏิบัติการพยาบาลตามข้อ 5.1)

5. การประเมินผลลัพธ์

แผนการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่พัฒนาขึ้นนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง และประเมินผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สัญญาณทางระบบประสาทคงที่หรือดีขึ้นจากเดิม ค่า ICP อยู่ในเกณฑ์ปกติ ≤ 15 mmHg ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ ICP การระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมองหรือปริมาณของการระบายเลือดไม่พบความผิดปกติ ค่าคะแนนความปวด (CPOT-Neuro) ≤ 2 คะแนน ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) = 80-180 mg% และภาพถ่าย Computer thermography (CT) ของสมองคงที่ หรือดีขึ้นจากเดิม (กรณีที่มีการส่งตรวจซ้ำ) รวมถึงการประเมินความพึงพอใจและความคิดเห็นของพยาบาลที่นำแผนการไปใช้ เพื่อวิเคราะห์ความเหมาะสม ประสิทธิภาพของแผนการพยาบาล และปรับปรุงแผนการพยาบาลก่อนนำไปใช้ในวงกว้าง

6. การตัดสินใจนำไปใช้

การประเมินผลแผนการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีแนวโน้มที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะ ICP และส่งเสริมให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น จึงมีการนำเสนอแผนการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์พยาบาลผู้เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันพิจารณาความเหมาะสมของการใช้แผนการพยาบาลในบริบทจริง เมื่อได้รับการยอมรับ จึงนำแผนการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ICP

7. การประเมินผลการนำไปใช้

การนำไปใช้และประเมินผลกรณีศึกษา 2 ราย

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยชายไทยวัยผู้สูงอายุ อายุ 68 ปี โรคประจำตัว: ต่อมลูกหมากโต (ขาดยา) ตี๋มสุรา และสูบบุหรี่เป็นประจำ ปฏิเสธการผ่าตัดและนอนโรงพยาบาล ปฏิเสธการแพ้ยาลและการแพ้อาหาร	ผู้ป่วยหญิงไทยวัยผู้ใหญ่ อายุ 39 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว ตี๋มสุราเป็นประจำ ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ปฏิเสธการผ่าตัดและนอนโรงพยาบาล ปฏิเสธการแพ้ยาลและการแพ้อาหาร
อาการสำคัญ	ปวดศีรษะ สับสน 45 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล	ซึม ไม่รู้สึกตัว 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล
การวินิจฉัย	Acute Subdural Hemorrhage with Subarachnoid Hemorrhage	Acute Subdural Hemorrhage with Midline shift
การผ่าตัด	Right Craniectomy with Clot removal with Radivac drainage	Right Craniectomy with Clot removal with Radivac drainage

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
สัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาทแรกพบ	BT = 38.1 °C, HR = 90 bpm., RR = 18 bpm., BP = 180/100 MAP 127 mmHg., SpO ₂ = 100% GCS E1VTM5, Pupil 3 mm. RTL BE, Motor power grade 2 all Level of Conscious: Confusion MEWS = 4 คะแนน	BT = 37.8 °C, HR = 68 bpm., RR = 22 bpm., BP = 168/89 MAP 115 mmHg., SpO ₂ = 98% GCS E1VTM2, Pupil 3 mm. RTL BE, Motor power grade 2 all Level of Conscious: Stupor MEWS = 4 คะแนน

ตารางที่ 4 แสดงการนำแผนการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้และประเมินผล

กรณีศึกษาที่ 1		กรณีศึกษาที่ 2	
ก่อนใช้	หลังใช้ 48 ชั่วโมง	ก่อนใช้	หลังใช้ 48 ชั่วโมง
BT = 38.1 °C, HR = 90 bpm., RR = 18 bpm., BP = 180/100 MAP 127 mmHg., SpO ₂ = 100% GCS E1VTM5, Pupil 3 mm. RTL BE, Motor power grade 2 all Level of Conscious: Confusion MEWS = 4 คะแนน	BT = 36.8 °C, HR = 72 bpm., RR = 20 bpm., BP = 138/88 MAP 105 mmHg., SpO ₂ = 98% GCS E4V4M6, Pupil 3 mm. RTL BE, Motor power grade 4 all, Level of Conscious: Confusion MEWS = 1 คะแนน Radivac drainage content = 180 ml. ลักษณะสีแดงอยู่ในระบบปิด CPOT Neuro = 4 คะแนน DTX = 172 mg%	BT = 37.8 °C, HR = 68 bpm., RR = 22 bpm., BP = 168/89 MAP 115 mmHg., SpO ₂ = 98% GCS E1VTM2, Pupil 3 mm. RTL BE, Motor power grade 2 all Level of Conscious: Stupor MEWS = 4 คะแนน	BT = 37.6 °C, HR = 88 bpm., RR = 18 bpm., BP = 128/79 MAP 96 mmHg., SpO ₂ = 98% GCS E3V3M5, Pupil 3 mm. RTL BE, Motor power grade 3 all, Level of Conscious: Confusion MEWS = 1 คะแนน Radivac drainage content = 200 ml. ลักษณะสีแดงอยู่ในระบบ ปิด CPOT Neuro = 4 คะแนน DTX = 112 mg%

จากการนำแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัดในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก 2 ราย เป็นระยะเวลา 2 วัน โดยพิจารณาจากเกณฑ์การประเมินผล พบว่าแผนการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านการพยาบาลในเชิงบวกในหลายตัวชี้วัดที่สำคัญ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่พบอาการหรืออาการแสดงของภาวะ ICP แสดงถึงแนวโน้มที่ดีในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของแผนการพยาบาล ถึงแม้ว่าจะไม่ได้มีการรายงานค่า ICP สัญญาณทางระบบประสาทมีแนวโน้มดีขึ้นหรือคงที่ โดยเฉพาะในกรณีศึกษาที่ 1 ที่ GCS เพิ่มขึ้นจาก E1VTM5 เป็น E4V4M6 ส่วนกรณีที่ 2 มีการเปลี่ยนแปลงจาก E1VTM2 เป็น E3V3M5 ขนาดรูม่านตาและการตอบสนองต่อแสงยังคงสมมาตรทั้งสองข้าง และกำลังของแขนขา (Motor power) ดีขึ้นในกรณีที่ 2 จาก grade 2 เป็น grade 3 แสดงให้เห็นถึงการตอบสนองต่อการดูแลที่ดีขึ้น ค่าสัญญาณชีพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติ การระบายเลือด Radivac drainage อยู่ในระบบปิดทั้ง 2 ราย มีปริมาณรวมใน 48 ชั่วโมงอยู่ที่ 180-200 mL ซึ่งน้อยกว่าค่ามาตรฐานปกติเล็กน้อย แต่ไม่มีลักษณะผิดปกติของสารคัดหลั่ง เช่น สีขุ่นหรือตะกอน จึงยังไม่จัดว่าเป็นภาวะแทรกซ้อน ส่วนการควบคุมความเจ็บปวด ผู้ป่วยยังมีค่าคะแนน CPOT-Neuro ที่ 4 คะแนน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แสดงถึงความจำเป็นในการพัฒนาแผนการพยาบาลการควบคุมความเจ็บปวดเพิ่มเติม และค่าระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) อยู่ในช่วง 112-172 mg% ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ สะท้อนให้เห็นว่าการนำแผนการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์นี้ไปประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษาทั้ง 2 รายสามารถช่วยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงรอดชีวิตฟื้นฟูสมรรถภาพได้เร็ว และลดความพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

ภาวะ ICP เป็นภาวะที่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของ ICP ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ความผิดปกตินี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดในสมอง การทำงานของระบบประสาท และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและความพิการ บทความนี้เป็นการพัฒนาแผนการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงซึ่งเป็นระยะที่พยาบาลมีบทบาทสำคัญ เช่น การประเมินสัญญาณชีพหรือสัญญาณทางระบบประสาท การเฝ้าระวังอาการและอาการแสดง และการจัดการปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย จากการนำแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่พัฒนาตามกรอบแนวคิด Iowa Model (The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care) ไปใช้ในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย แสดงให้เห็นว่าสามารถดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงและป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังผ่าตัด จากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นมาตรฐานในการพยาบาล และมีการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล
2. ศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของการใช้แผนการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย

3. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำแผนการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้จริง เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะของพยาบาล ปัจจัยด้านองค์กร และระบบสนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิกา รักษ์เจริญ, อังคณา สมคง, และสุทัศน์ ศุภนาม. (2566). ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วย ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองและความพึงพอใจ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 39(3), 161–171.
- เกสริน เทียนแก้ว, นิภาวรรณ สามารถกิจ และเชมารตี มาสิงบุญ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดศีรษะ ความแปรปรวนของการนอนหลับ อาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย ภายหลังบาดเจ็บ 3 เดือน Relationships between Headache, Sleep Disturbance, Fatigue and Quality of Life in Patients with Mild Traumatic Brain Injury at 3 Months after the Trauma. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(4), Article 4.
- ขวัญเรือน สิงห์ทวง. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง: ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง. (2), Article 2.
- ฉัตรกมล ประจวบลาภ. (2561). ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง: มิติของการพยาบาล ตามหลักฐานเชิงประจักษ์: Increased intracranial pressure; brain pathology; prevention; management; evidence base practice. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2), Article 2.
- ดารานี นงเยาว์, พิรลักษณ์ ลาภหลาย และมารศรี ปิ่นสุวรรณ. (2566). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกัน ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีการระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง โรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา. *วารสารการพยาบาล*, 25(2), Article 2.
- นุสรา ประเสริฐศรี, ยศพล เหลืองโสมนภา และสังข์พร เขตคำ. (2566). การประเมินความปวดผู้ป่วยสมอง บาดเจ็บในหอผู้ป่วยหนัก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 33(1), Article 1.
- เพ็ญศรี ปักกิ่งจะยัง และสุรชาติ สิทธิภรณ์. (2021). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ ความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีการระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 39(1), 98-107.
- รุ่งนภา เขียวชะอำ. (2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันในกะโหลก ศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง: การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 4(2), e267053. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr>
- รุ่งฤดี ฤทธิวงศ์, นิชาภัทร พุฒิกามิน, & นนทพล ปิยวัฒน์เมธา. (2564). ปัจจัยทำนายการเกิดอาการและ อาการแสดง ของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง. *วารสารการพยาบาล*, 16(4), 15-30.
- ศรีสุดา เวียงนนท์. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ: กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 6(4), 83-91.

- ศศิธร วัดศรี. (2023). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่ต้องดูแลเป็นพิเศษที่บ้าน: กรณีศึกษา. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 8(1), Article 1
- สุภาณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพานิช. (2560). *การพยาบาลพื้นฐาน* (ปรับปรุงครั้งที่ 1). โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณรัตน์ อุทัยแสง, แพรวา แก้วพลงาม, กมลวรรณ แสนลาด, กรณ์นัท สิงห์ทอง, กาญจนา แจ้งสนาม, กาญจนพร พรหมภาพ, ขวัญเรือน เมินดี, ปวีณธิดา เกษมสุข และ เกวรินทร์ สาทิมล. (2563). ผลของการใช้เจลสมุนไพรประคบเย็น เพื่อลดอาการปวดศีรษะในสมองบาดเจ็บเล็กน้อย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(2), Article 2.
- Barami, K., Pemberton, J., Banerjee, A., London, J., & Bandy, W. (2021). A Retrospective Analysis of Intracranial Pressure Monitoring and Outcomes in Adults after Severe Traumatic Brain Injury at Kaiser Permanente Trauma Centers. *The Permanente Journal*, 25(3), 1–1.
- Bodien, Y. G., Barra, A., Temkin, N. R., Barber, J., Foreman, B., Vassar, M., Robertson, C., Taylor, S. R., Markowitz, A. J., Manley, G. T., Giacino, J. T., Edlow, B. L., & the TRACK-TBI Investigators. (2021). Diagnosing Level of Consciousness: The Limits of the Glasgow Coma Scale Total Score. *Journal of Neurotrauma*, 38(23), 3295–3305.
- Canac, N., Jalaieddini, K., Thorpe, S. G., Thibeault, C. M., & Hamilton, R. B. (2020). Review: Pathophysiology of intracranial hypertension and noninvasive intracranial pressure monitoring. *Fluids and Barriers of the CNS*, 17(40).
- Citerio, G., Clark, D., Clasby, B., Cooper, D. J., Czeiter, E., Czosnyka, M., ...Zemek, R. (2022). Traumatic brain injury: Progress and challenges in prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology*, 21(11), 1004–1060.
- Cujkevic-Plecko, N., Rodriguez, A., Anderson, T., & Rhodes, J. (2023). *Targeted temperature management and PbtO2 in traumatic brain injury*.
- Ebrahimian, A., Tourdeh, M., Paknazar, F., & Davari, H. (2020). *The effect of the open and closed system suctions on pain severity and physiological indicators in mechanically ventilated patients with traumatic brain injury: A randomized controlled trial*. *Turk J Anaesthesiol Reanim*, 48(3), 202-207.
- Escamilla-Ocañas, C. E., & Albores-Ibarra, N. (2020). Current status and outlook for the management of intracranial hypertension after traumatic brain injury: Decompressive craniectomy, therapeutic hypothermia, and barbiturates. *Neurología*, 38, 357-363.

- Footte, C. W., Jarvis, S., Doan, X.-L., Guice, J., Cruz, B., Vanier, C., Betancourt, A., Bar-Or, D., & Palacio, C. H. (2022). Correlation between intracranial pressure monitoring for severe traumatic brain injury with hospital length of stay and discharge disposition: A retrospective observational cohort study. *Patient Safety in Surgery*, 16(1), 40.
- Gélinas, C. (2016). Pain assessment in the critically ill adult: Recent evidence and new trends. *Intensive & Critical Care Nursing*, 34, 1–11
- Haldrup, M., Rasmussen, M., Mohamad, N., Dyrskog, S., Thorup, L., Mikic, N., Wismann, J., Grønhøj, M., Poulsen, F. R., Nazari, M., Rehman, N. U., Simonsen, C. Z., & Korshøj, A. R. (2023). Intraventricular Lavage vs External Ventricular Drainage for Intraventricular Hemorrhage: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 6(10), e2335247.
- Maas, A. I. R., Menon, D. K., Manley, G. T., Abrams, M., Åkerlund, C., Andelic, N., Aries, M., Bashford, T., Bell, M. J., Bodien, Y. G., Brett, B. L., Büki, A., Chesnut, R. M., Mansour, A., Rowell, S., Powla, P. P., Horowitz, P., Goldenberg, F. D., & Lazaridis, C. (2023). Comparative Effectiveness of Intracranial Pressure Monitoring vs No Monitoring in Severe Penetrating Brain Injury Management. *JAMA Network Open*, 6(3), e231077.
- Rass, V., Solari, D., Ianosi, B., Gaasch, M., Kofler, M., Schiefecker, A. J., Miroz, J.-P., Morelli, P., Thomé, C., Beer, R., Pfausler, B., Oddo, M., & Helbok, R. (2019). Protocolized Brain Oxygen Optimization in Subarachnoid Hemorrhage. *Neurocritical Care*, 31(2), 263–272.
- Robba, C., Graziano, F., Guglielmi, A., Rebora, P., Galimberti, S., Taccone, F. S., Citerio, G., Videtta, W., Domeniconi, G., Giménez, M. E., Fumale, M., Amundarain, E. D., Casanova, M., Reade, M., Hallt, E., Pearson, D., Seppelt, I., Helbok, R., Davidovich, V., ... the SYNAPSE-ICU Investigators. (2023). Treatments for intracranial hypertension in acute brain-injured patients: Grading, timing, and association with outcome. Data from the SYNAPSE-ICU study. *Intensive Care Medicine*, 49(1), 50–61.
- Sakamoto, V. T. M., Vieira, T. W., Viegas, K., Blatt, C. R., & Caregnato, R. C. A. (2021). Nursing assistance in patient care with external ventricular drain: A scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), 1–11.
- Saputro, S. D., Siswanto, & Utami, Y. W. (2020). The Nurses' Role in Handling Increased Intracranial Pressure for Hemodynamic Stats in Head Injury Patients. *International Journal of Nursing Education*, 12(4), 143–147.

- Songwathana, P., Kitrungrote, L., Anumas, N., & Nimitpan, P. (2018). Predictive Factors for Health-Related Quality of Life among Thai Traumatic Brain Injury Patients. *The Journal of Behavioral Science*, 13(1), Article 1
- Stenhouse, C., Coates, S., Tivey, M., Allsop, P., & Parker, T. (2000). Prospective evaluation of a modified Early Warning Score to aid earlier detection of patients developing critical illness on a general surgical ward. *British Journal of Anaesthesia*, 84(5), 663P.
- Tanaka, A., Yatabe, T., Suhara, T., & Egi, M. (2024). The optimal glycemic target in critically ill patients: An updated network meta-analysis. *Journal of Intensive Care*, 12(1), 14.
- Titler, M. G., Kleiber, F. C., Steelman, V. J., Rakel, B. A., Budreau, G., Everett, L.Q., et al. (2001). The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13, 497–509.
- Tomar, G. S., Singh, G. P., Bithal, P., Upadhyay, A. D., & Chaturvedi, A. (2019). Comparison of Effects of Manual and Mechanical Airway Clearance Techniques on Intracranial Pressure in Patients With Severe Traumatic Brain Injury on a Ventilator: Randomized, Crossover Trial. *Physical Therapy*, 99(4), 388–395.
- Tseng, W.-C., Chiu, Y.-H., Chen, Y.-C., Chen, H.-S., & Hsiao, M.-Y. (2023). Early fever in patients with primary intracerebral hemorrhage is associated with worse long-term functional outcomes: A prospective study. *BMC Neurology*, 23(375).

ศึกษาผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มียาฉีดอินซูลินและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านนาอำเภอบ้านนา

จังหวัดนครนายก

ปฐวี ปัดมั่ง, พย.บ.* และ หทัยชนก ประทีปจินดา, พย.บ.*

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โรงพยาบาลบ้านนา พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c ≥ 10 และไม่ได้ใช้ยาฉีดอินซูลินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตลดลง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้ใช้ยาฉีดอินซูลินและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HbA1c ≥ 10 และไม่ได้ใช้ยาฉีดอินซูลิน จำนวน 30 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 9 ข้อ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 15 ข้อ แบบวัดเจตคติในการดูแลตนเอง 12 ข้อ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง 12 ข้อ เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และมีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75 กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันทั้งหมด 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้ แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการเลือกเป้าหมายด้วยตนเองผ่านกลุ่มไลน์หรือการติดต่อทางโทรศัพท์โดยตรง พร้อมบันทึกเป้าหมายลงในสมุดการตั้งเป้าหมายร่วมกันทุก 2 สัปดาห์ และมีการติดตามผลค่า HbA1c ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติในการดูแลตนเอง ($M=2.84$ $SD=0.16$) และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($M=2.45$, $SD=0.38$) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เจตคติ ($M=2.49$ $SD=0.30$) และพฤติกรรม ($M=2.14$ $SD=0.42$) โดยมีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.01$ อย่างไรก็ตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p>.05$ ส่วนค่า HbA1c หลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M=8.40$ $SD=1.44$) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M=9.96$ $SD=1.66$) โดยมีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.05$

สรุปและข้อเสนอแนะ โปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การตั้งเป้าหมายร่วมกัน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

โรงพยาบาลบ้านนา

Corresponding E-mail: Pathawi6565@gmail.com

(Received: March 12, 2025; Revised: June 1, 2025; Accepted: June 10, 2025)

The study of the effects of the programme on adapting behavior in patients with type 2 diabetes without injections insulin at Ban Na Hospital, Ban Na District, Nakhon Nayok Province.

Pathawee Pathamang, B.N.S.* & Hathaichanok Prateepjinda, B.N.S.*

Abstract

Type 2 diabetes is a major public health problem in Thailand. Ban Na Hospital has found that the number of diabetic patients with $HbA1c \geq 10$ who are not using insulin injections has tended to increase every year, resulting in complications and a reduced quality of life. This study aimed to examine the effect of a collaborative goal-setting program on knowledge, attitudes, self-care behaviors, and HbA1c levels in type 2 diabetes patients who do not use insulin and are unable to control their blood sugar levels. This research employed a quasi-experimental one-group pretest-posttest design. The sample consisted of 30 type 2 diabetes patients with $HbA1c \geq 10$ who were not using insulin, selected through purposive sampling. The research instruments included a 9-item general information questionnaire, a 15-item diabetes knowledge scale, a 12-item self-care attitude scale, and a 12-item self-care behavior scale. All instruments were validated for content by experts and had a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.75. Participants received the collaborative goal-setting program six times over 12 weeks. The program consisted of educational activities, behavior modification guidance, and self-selected goals communicated via LINE groups or direct telephone contact. Participants recorded their goals in a joint goal-setting booklet every two weeks, and HbA1c levels were measured at the end of the program. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed that after the program, participants had significantly higher self-care attitude scores ($M=2.84$, $SD=0.16$) and self-care behavior scores ($M=2.45$, $SD=0.38$) compared to before the program (attitude: $M=2.49$, $SD=0.30$; behavior: $M=2.14$, $SD=0.42$), with statistical significance at $p < 0.01$. However, the difference in diabetes knowledge scores was not statistically significant ($p > 0.05$). The mean HbA1c level after the program ($M=8.40$, $SD=1.44$) was significantly lower than before the program ($M=9.96$, $SD=1.66$), with statistical significance at $p < 0.05$.

Conclusion and Recommendations the collaborative goal-setting program is effective in improving self-care behavior and helping to control blood sugar levels in patients with poorly controlled type 2 diabetes. It is recommended that this program be implemented as part of the ongoing care for diabetic patients who struggle to manage their blood sugar levels.

Keywords: collaborative goal-setting type 2 diabetes Change behavior

*Ban Na Hospital

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุเกิดจากการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas พบว่า 1 ใน 10 คน ทั่วโลกป่วยด้วยโรคเบาหวานประมาณ 537 ล้านคน เสียชีวิตมากกว่า 4 ล้านคนต่อปี และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2573 และ 783 ล้านคน ภายในปี 2588 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่าร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และเกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับวินิจฉัย สำหรับประเทศไทยพบว่า 1 ใน 10 คน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6.5 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และร้อยละ 40 ที่ไม่ทราบว่าตัวเองป่วย (กรมควบคุมโรค, 2567) (International Diabetes Federation [IDF], 2023) มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 16,388 คน หรือคิดเป็นอัตราการตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี (กองโรคไม่ติดต่อ, 2566; กรมควบคุมโรค, 2566) จะเห็นได้ว่าปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อื่น ๆ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง จากข้อมูลของโรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานในความดูแลจำนวน 3,390 ราย โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 2,526 ราย ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2562–2565 พบผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีค่า HbA1C ≥ 10 จำนวน 28, 40, 40, 32 และ 112 รายตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเกือบทุกปี นอกจากนี้ ยังพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มียาฉีดอินซูลินและมีค่า HbA1C ≥ 10 จำนวน 28 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มีโรคร่วม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเกาต์ หอบหืด โรคไตวายระยะที่ 3 โรคเบาหวานขึ้นตา และโรคหัวใจ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการตรวจ HbA1C เป็นประจำทุกปี แต่มีความถี่ในการตรวจทุก 2–5 ปี โดยมีค่าระดับน้ำตาล HbA1C อยู่ในช่วง 7–14 mg% ซึ่งบ่งชี้ถึงการควบคุมโรคที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ (โรงพยาบาลบ้านนา, 2567)

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสาธารณสุขจังหวัดนครนายก พ.ศ. 2560–2579 (ทบทวนปี 2565) และ แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ พ.ศ. 2565 ของกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด ได้เสนอแนวทางการลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล โดยการส่งต่อผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไปรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้แพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ สามารถดูแลผู้ป่วยรายอื่นได้มากขึ้น ควบคู่กับการส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจสุขภาพ (Check-up) ทุกปี (กรมควบคุมโรค, 2566) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า แนวคิดการตั้งเป้าหมายร่วมกันของคิง (King, 1971, 1981) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการค้นหาวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย เพื่อบรรลุพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมาย โดยมีการนำแนวคิดดังกล่าวไปใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน (สุกฤตา ตะการีย์ และคณะ, 2562) ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การพยาบาลบรรลุเป้าหมาย คือ การรับรู้ที่สอดคล้องกัน การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือและเพิ่มคุณภาพของการดูแลสุขภาพ (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2556) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเพิ่มเติม เช่น การศึกษาของนิชาภา เหมือนภาค และคณะ (2566) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และการศึกษาของปิยนุช

ภิญโญ และคณะ (2564) พบว่า หลังจากเข้าร่วมโครงการพัฒนาการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น และมีค่า FBS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากปัญหาและข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าโรคเบาหวานยังคงเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และมีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มียาฉีดอินซูลินและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ณ โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของคิงในการส่งเสริมการตัดสินใจ การมีส่วนร่วม การสร้างสัมพันธภาพ และการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มียาฉีดอินซูลินและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านนาอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เจตคติในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มียาฉีดอินซูลินและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

สมมติฐานการวิจัย

- 1 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 2 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 3 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 4 กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลสะสม HbA1c ลดลงจากเดิมและมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

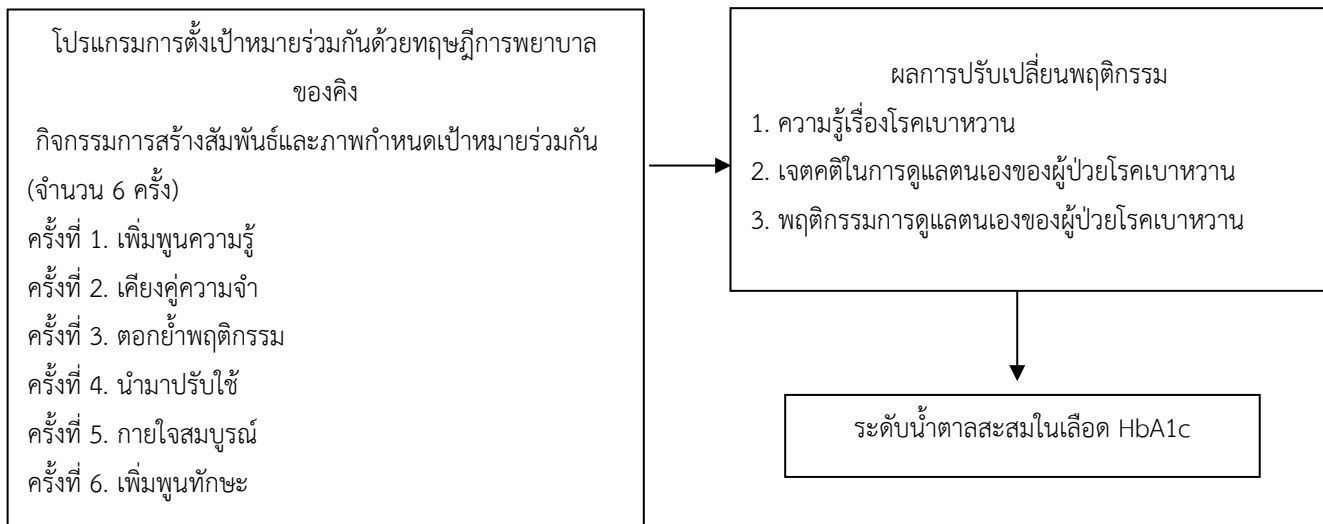
แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King : 1981) มีขั้นตอนเหมือนกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ทั้งหมด 4 ด้าน คือ 1. การประเมินสภาพ (Assessment) ซึ่งมีการจัดกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพ การติดต่อสื่อสาร มีการแลกเปลี่ยนการรับรู้ระหว่างพยาบาลกับ ผู้รับบริการ 2. การวางแผนการพยาบาล (Planning) คือ มีการร่วมกำหนดเป้าหมาย แสวงหาวิธีปฏิบัติ ที่ยอมรับร่วมกัน เพื่อนำไปสู่ การปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน 3. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) ผู้รับบริการปฏิบัติกิจกรรมตามวิธีที่ตกลงร่วมกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายที่วางร่วมกันและ พยาบาลมีหน้าที่ปฏิบัติบทบาทของพยาบาลเพื่อบรรลุเป้าหมายเช่นกัน 4. การประเมินผลการพยาบาลและผู้รับบริการร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติว่าสำเร็จ ตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันหรือไม่ ถ้ามี

สิ่งใดเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติจะช่วยกันหาวิธี ขจัดอุปสรรคนั้น ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีการตั้งเป้าหมายร่วมกับการพยาบาลของคิง ตามแนวการตั้งเป้าหมายดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน
2. ติดตามการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน
3. การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย
4. การประเมินพฤติกรรมการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

งานวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group, pretest-posttest design) มีวิธีการดำเนินงาน ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มี HbA1c ≥ 10 มีภูมิลำเนาหรืออาศัยในอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ข้อมูลตั้งแต่ปีพ.ศ. 2562-2566 พบว่า มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 525 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มีประวัติ HbA1c ≥ 10 และไม่มียาฉีดอินซูลิน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวนทั้งสิ้น 30 ราย

การคัดเลือกตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลบ้านนา ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มีประวัติ HbA1c ≥ 10 และไม่มียาฉีดอินซูลิน มีจำนวน

ทั้งสิ้น 30 ราย โดยนำจำนวนผู้ป่วย 30 ราย มาเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีตามคุณสมบัติที่กำหนดในการเก็บข้อมูล

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ

1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายเพศหญิง โดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการรับรู้ปกติ ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน และการมองเห็น สามารถแสดงความคิดเห็นได้ดี

2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

3) สามารถพูดสื่อสารภาษาไทยได้

4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5) มีความสามารถในการใช้แอปพลิเคชันไลน์บนอุปกรณ์โทรศัพท์เคลื่อนที่

6) มีประวัติ HbA1c ≥ 10 และ ไม่มียาฉีดอินซูลิน.

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่างคือ

1) เป็นโรคหัวใจและหรือโรคหลอดเลือดสมอง

2) ไม่มารักษาต่อเนื่องตามที่นัด

3) มีอาการทางจิต หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ไม่สามารถสื่อสาร

4) ไปรักษาสถานพยาบาลอื่น

5) มีความประสงค์ยุติไม่ร่วมวิจัย

สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมไม่ครบ และขอถอนตัวจากการวิจัย

ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2567- มกราคม พ.ศ. 2568 โดยเริ่มเก็บข้อมูลวิจัยหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เดือนกันยายน 2568

วิธีดำเนินการศึกษา งานวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนก่อนการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นตอนหลังการทดลอง รายละเอียดดังนี้

1.ขั้นเตรียม ก่อนการทดลองประเมินและเตรียมความพร้อมผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ใช้เวลา 30 นาที

1.1 การสร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนข้อมูล ข้อตกลงเป้าหมายร่วมกัน

- สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีอินซูลินและคุมน้ำตาลไม่ได้

- ประเมินข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เจตคติ พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน (Pre-test)

- กำหนดการดูแลตนเองที่ถูกต้องร่วมกัน

- อธิบายถึงวิธีการดำเนินการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือมีระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน,การออกกำลังกาย,การดูแลเท้า,การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม,การเลือกรับประทานอาหารในผู้ป่วยเบาหวานทางกลุ่มไลน์หรือติดต่อทางโทรศัพท์โดยตรงทุก 2 สัปดาห์ เป็นจำนวน 5 ครั้ง (10 สัปดาห์) ครั้งที่ 6 คือ สัปดาห์ที่ 12 ผู้ป่วยมีนัดเจาะเลือดดูค่าน้ำตาลสะสมHbA1c สรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและยุติการเข้ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มไลน์ แต่คงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีและติดตามผลเลือดต่อไป

1.2 แจกสมุดการตั้งเป้าหมาย (ตามเอกสารแนบ)

- สมุดการตั้งเป้าหมายร่วมกันมีภาพประกอบและตัวอย่างแนวทางการรับประทานอาหาร2:1:1 การปรับช่วงเวลารับประทานอาหาร, คิวอาร์โค้ดความรู้โภชนาการกับโรคเบาหวาน, การออกกำลังกาย ปริมาณผลไม้ต่อวันสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน1อย่างต่อวัน การดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน ผลน้ำตาลสะสม HbA1c ค่าความดัน อัตราการเต้นของหัวใจ และระดับน้ำตาลเป็นส่วนตัวแต่ละรายบุคคลโดยให้สรุปความรู้ที่ได้ทุก 2 สัปดาห์ลงในสมุดการตั้งเป้าหมายร่วมกันตามหัวข้อความรู้นั้นๆ

1.3 เชิญเข้ากลุ่มไลน์ผู้วิจัย โดยให้ข้อมูลผู้ป่วยโดยตรงทางโทรศัพท์และกลุ่ม Line ทุก 2สัปดาห์ ดังนี้คือ ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การป้องกัน การรักษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นคลิป VDO., ความรู้โภชนาการกับโรคเบาหวาน, การออกกำลังกาย ปริมาณผลไม้ต่อวันสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน1อย่างต่อวัน, การดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนเรียนรู้แชร์ประสบการณ์ การดูแลตัวเองของผู้ป่วยเบาหวานภายในกลุ่ม เสริมแรงกระตุ้นและกำลังใจอย่างต่อเนื่องภายในกลุ่ม กรณีผู้ป่วยที่ใช้กลุ่มไลน์ไม่ได้จะติดตามส่งความรู้เรื่องโรคเบาหวานให้ผู้ดูแลเป็นสื่อกลางในการสอนแนะนำผู้ป่วย

2.ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง การทดลองโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มียาฉีดอินซูลินและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก การให้ข้อมูล ความรู้ และกิจกรรมต่าง ๆ จัดขึ้นแบบรายบุคคลตามตารางนัดหมายของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีกิจกรรมที่ออกแบบเป็นรายสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจดสรุปเนื้อหาที่ได้ในแต่ละ 2 สัปดาห์ หรือ แนวทางที่ตนเองเลือกปฏิบัติโดยทำเท่าที่ทำได้ ลงในสมุดการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 2) เพิ่มพูนความรู้ กลุ่มตัวอย่างได้รับชมคลิปวิดีโอให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยมีการอธิบายประกอบ พร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้วิจัย เพื่อส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานในบริบทของตนเอง

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4) เคียงคู่ความจำ กลุ่มตัวอย่างได้รับสื่อภาพเกี่ยวกับผลไม้ที่ควรจำกัดปริมาณในการรับประทาน ปริมาณแนะนำในแต่ละมื้อ และตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมในแต่ละมื้อสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน พร้อมอธิบายเนื้อหาแบบตัวต่อตัว

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 6) ตอกย้ำพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้การจัดสัดส่วนอาหารตามสูตร 2:1:1 คือ ผัก 2 ส่วน / อาหารกลุ่มแป้ง 1 ส่วน / โปรตีน 1 ส่วน โดยใช้สื่อภาพและตัวอย่างเมนูอาหารจริง ประกอบการอธิบาย พร้อมให้ฝึกวางแผนเมนูอาหารของตนเอง

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 8) นำมาปรับใช้ แนะนำข้อมูลการปรับช่วงเวลาในการรับประทานอาหารตามกิจวัตรของแต่ละบุคคล พร้อมช่วยวิเคราะห์ว่าช่วงเวลาใดเหมาะสมที่สุดในบริบทชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นแนวทางทางเลือกของแต่ละบุคคล ดังนี้ การกินอาหารช่วงเวลา 08.00 – 14.00 นาฬิกา /การกินอาหารช่วงเวลา 09.00 - 15.00 นาฬิกา / การกินอาหารช่วงเวลา 10.00 - 16.00 นาฬิกา

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 10) กายใจสมบูรณ์ ให้ความรู้แบบองค์รวมเกี่ยวกับโภชนาการ การออกกำลังกาย และการพักผ่อนที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแนะนำแหล่งเรียนรู้เพิ่มเติมผ่าน QR Code และคลิปวิดีโอความรู้

ครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 12) เพิ่มพูนทักษะ ผู้ป่วยทบทวนการตั้งเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ พร้อมบันทึกพฤติกรรมที่ได้ปฏิบัติตามจริงลงในสมุดการตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยมีผู้วิจัยร่วมสะท้อนผลการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3 ขั้นตอนประเมินผลลัพธ์

หลังการทดลองโปรแกรมมีการประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เจตคติการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน(Post-test) บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ วัดเจาะเลือด HbA1c เพื่อติดตามผลสรุปผลการตั้งเป้าหมายร่วมกัน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มียาอินซูลินและคุมน้ำตาลไม่ได้ ยุติการเป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มไลน์แต่คงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีและติดตามผลเลือดต่อไป

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการตั้งเป้าหมายร่วมกันตามทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King's Goal Attainment Theory) ซึ่งออกแบบเพื่อใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มียาฉีดอินซูลินและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีองค์ประกอบของโปรแกรมและเครื่องมือในการดำเนินการ ดังนี้

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมรายบุคคลจำนวน 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ จัดขึ้นที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา โดยมีรายละเอียดกิจกรรมแต่ละครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 เพิ่มพูนความรู้ ใช้คลิปวิดีโอให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ร่วมกับการอธิบายโดยผู้วิจัย เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ครั้งที่ 2 เสริมสร้างความจำ ใช้สื่อภาพผลไม้และอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน แสดงปริมาณที่แนะนำในแต่ละมื้อ

ครั้งที่ 3 ตอกย้ำพฤติกรรม ใช้ภาพการจัดสัดส่วนอาหารตามสูตร 2:1:1 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดเมนูอาหารประจำวันได้ด้วยตนเอง

ครั้งที่ 4 นำมาปรับใช้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ แนวทางการจำกัดเวลาการรับประทานอาหารแบบ Early Time-Restricted Feeding (IF) เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง

ครั้งที่ 5 กายใจสมบูรณ์ ให้ความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการพักผ่อน พร้อมแนะนำ QR Code สำหรับเข้าถึงแหล่งข้อมูลเพิ่มเติม

ครั้งที่ 6 เพิ่มพูนทักษะ ประเมินผลความรู้ พฤติกรรม และเจตคติในการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรม (Post-test) รวมถึงนัดตรวจค่า HbA1c เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และสรุปการบรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้

เครื่องมือสนับสนุนภายใต้โปรแกรม

1. สมุดการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ให้ผู้ป่วยบันทึกแนวทางปฏิบัติที่ตนเองเลือกทำในแต่ละกิจกรรม สรุปผล ความก้าวหน้า และสะท้อนพฤติกรรมตนเอง

2. กลุ่ม LINE ใช้เป็นช่องทางในการติดตามผลระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์อย่าง มีเป้าหมาย สื่อสารความคืบหน้า ติดตามการตั้งเป้าหมายรายบุคคล และเป็นแหล่งส่งเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามศึกษาผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมาย ร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มียาฉีดอินซูลินและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านนาอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง หนังสือ การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ประกอบด้วยคำถามจำนวน 9 ข้อ 1. เพศ 2. อายุเต็มเป็นปี 3. เชื้อชาติ 4. ศาสนา 5. ระยะเวลาเป็น โรคเบาหวาน...ปี 6. สถานภาพการสมรส 7. ระดับการศึกษา 8. อาชีพ 9. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นแบบสอบถามปลาย ปิด (ประยุกต์มาจาก สุกัญญา วัฒนะโชติ, 2563)

2.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพื่อวัดระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรม ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามมาจากแบบ ประเมินโครงการค่ายเบาหวานของศูนย์เบาหวานศิริราช (พ.ศ. 2559–2560) จำนวน 15 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น แบบสอบถามเท่ากับ 0.87 เป็นคำถามแบบปลายปิด มีสองตัวเลือก คือ “ถูก” และ “ผิด” **การให้คะแนน** ตอบถูก = 1 คะแนน, ตอบผิด = 0 คะแนน **เกณฑ์การแปลผล** (Bloom, 1979) คือ 12–15 คะแนน ($\geq 80\%$) = ความรู้ระดับดีมาก / 9–11 คะแนน (60–79%) = ความรู้ระดับปานกลาง / 0–8 คะแนน ($< 60\%$) = ความรู้ระดับน้อย

2.3 แบบประเมินเจตคติในการดูแลตนเอง ใช้เพื่อวัดทัศนคติที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองในระยะยาว ผู้วิจัย ประยุกต์จากแบบสอบถามของ สุกัญญา วัฒนะโชติ (พ.ศ. 2553) จำนวน 12 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามเท่ากับ 0.95 ข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด ประกอบด้วยคำถามเชิงบวกและลบ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 3 ระดับ **ตัวเลือกคำตอบ** เห็นด้วย / ไม่แน่ใจ / ไม่เห็นด้วย **การให้คะแนน** ข้อความบวก เห็นด้วย = 3, ไม่แน่ใจ = 2, ไม่เห็นด้วย = 1 และข้อความลบ เห็นด้วย = 1, ไม่แน่ใจ = 2, ไม่เห็นด้วย = 3 **เกณฑ์การแปลผล** (Best, 1977) คะแนน 2.34–3.00 = เจตคติระดับดี / 1.67–2.33 = เจตคติระดับปานกลาง / 1.00–1.66 = เจตคติระดับต่ำ

2.4 แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประเมินพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การ ออกกำลังกาย การรับประทานยา และการติดตามสุขภาพ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามของสุกัญญา วัฒนะโชติ (พ.ศ. 2553) จำนวน 12 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามเท่ากับ 0.89 ข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด ข้อคำถามเป็นด้าน บวกทั้งหมด ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ **ตัวเลือกคำตอบ** ปฏิบัติเป็นประจำ / ปฏิบัติบางครั้ง /

ไม่ปฏิบัติ การให้คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ = 3 ปฏิบัติบางครั้ง = 2 ไม่ปฏิบัติ = 1 เกณฑ์การแปลผล (Best, 1977)

คะแนน 2.34–3.00 = พฤติกรรมระดับดี /1.67–2.33 = พฤติกรรมระดับปานกลาง /1.00–1.66 = พฤติกรรมระดับต่ำ

2.5 ผลการตรวจค่า HbA1c ใช้เป็นตัวชี้วัด เพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เกณฑ์แปลผล (ADA, 2023) <7.0% = ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี $\geq 7.0\%$ = ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเครื่องมือรวบรวมข้อมูลในด้านเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยและการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 3 ท่าน ทำการประเมินความเหมาะสม ความชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหาในแต่ละข้อคำถาม โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่า ค่า IOC เท่ากับ 0.98 ซึ่งรายชื่ออยู่ระหว่าง 0.67–1.00 แสดงว่าแบบสอบถามมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับเหมาะสม

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปทดลองใช้เครื่องมือ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างทดลองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ใช้ยาฉีดอินซูลินและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จากโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของ Cronbach's Alpha ผลการวิเคราะห์พบว่า เครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) ค่าประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ 0.75 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ของ Nunnally และ Bernstein (Nunnally & Bernstein, 1994)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก (เลขที่รับรอง NPHO 2024-022 รหัสโครงการที่ 22/2567) เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2567

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำโครงร่างวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อนำเสนอขอพิจารณารับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

2. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาล

3. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เพื่อนำเสนอรายละเอียดของโครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูล หลังจากได้รับอนุมัติรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

4. ดำเนินการสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยการสัมภาษณ์และตรวจสอบข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก

5. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคัดเลือกเข้าร่วมโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งดำเนินการเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง (Pre-test) /ระหว่างดำเนินการทดลอง /หลังการทดลอง (Post-test)

6. ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เจตคติในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย โดยดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-Test และ Post-Test) เพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงจากการเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน,เจตคติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน, พฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มียาฉีดอินซูลินและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ด้วยสถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยค่าน้ำตาลสะสม HbA1c ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่มียาฉีดอินซูลินและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่า เพศส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 60) และเพศชาย 12 ราย (ร้อยละ 40) อายุเฉลี่ย 58.43 ปี ($SD = 9.78$) โดยอายุน้อยที่สุด คือ 35 ปี และมากที่สุด คือ 75 ปี อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-70 ปี (ร้อยละ 66.7) รองลงมาคือ 31-50 ปี (ร้อยละ 26.7) และอายุมากกว่า 70 ปี (ร้อยละ 6.7) ศาสนา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 90) รองลงมา คือ ศาสนาคริสต์ 2 ราย (ร้อยละ 6.7) และศาสนาอิสลาม 1 ราย (ร้อยละ 3.3) ระยะเวลาการป่วย ส่วนใหญ่มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน 6-10 ปี จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 50) รองลงมา คือมากกว่า 10 ปี จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 30) และ 1-5 ปี จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 20) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าน้ำตาลสะสม HbA1c

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเต็ม	M	SD	df	t	Sig
ก่อนฝึกอบรม	15	10.37	2.48	29	0.765	>.05
หลังฝึกอบรม	15	10.00	1.26			

$p < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง ($M=10.00$ $SD=1.26$) หลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนที่จะได้รับโปรแกรม ($M=10.37$ $SD=2.48$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเต็ม	M	SD	df	t	Sig
ก่อนฝึกอบรม	12	2.49	0.30	29	7.67	<.001
หลังฝึกอบรม	12	2.84	0.16			

$p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนระดับเจตคติหลังได้รับโปรแกรม ($M=2.84$ $SD = 0.16$) ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M=2.49$ $SD=0.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (n=30)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเต็ม	M	SD	Df	t	Sig
ก่อนฝึกอบรม	12	2.14	0.42	29	4.267	<.001
หลังฝึกอบรม	12	2.45	0.38			

$P < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M=2.45$, $SD=0.38$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M=2.14$ $SD=0.42$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t=4.267$, ($p<.001$)

ตารางที่ 4 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม HbA1c (n=30)

กลุ่มตัวอย่าง	M	SD	Df	t	Sig
ก่อนฝึกอบรม	9.96	1.66	29	4.88	< .05
หลังฝึกอบรม	8.40	1.44			

$p < .05$

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยค่าน้ำตาลสะสม HbA1c หลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M=8.40$ $SD=1.44$) HbA1c ลดลงต่ำกว่าก่อนได้เข้าร่วมโปรแกรม ($M=9.96$ $SD=1.66$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t=4.88$, $p<.05$)

อภิปรายผล

สมมติฐานข้อที่ 1 ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากผลการศึกษา พบว่า ด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M=10.00$ $SD=1.26$) ไม่แตกต่างกัน จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M=10.37$ $SD=2.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายว่า ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานมานาน (ร้อยละ 80 เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 6 ปี) จึงมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่แล้ว ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสิริวิชัย พันธนา (2564) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสอนฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบึงกาฬ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการใช้โปรแกรมการสอนฉีดยาอินซูลิน เท่ากับ 13.39 และหลังการใช้โปรแกรมการสอนฉีดยาอินซูลิน เท่ากับ 14.88 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมการสอนฉีดยาอินซูลินสูงกว่า

ก่อนการใช้โปรแกรมการสอนฉีดยาอินซูลิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชนมน เจนจิวัฒน์ และคณะ (2560) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฉีดยาอินซูลินด้วยตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวาน ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก จังหวัดนครปฐม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เกี่ยวกับการฉีดยาอินซูลิน การรับรู้ความสามารถตนเองในการฉีดยาอินซูลินด้วยตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการฉีดยา อินซูลินที่ถูกต้องสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

สมมติฐานข้อที่ 2 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมาย ร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากผลการศึกษา พบว่า ด้านเจตคติการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M=2.49$ $SD=0.30$) กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติในการดูแลตนเองดีขึ้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M=2.84$ $SD=0.16$) อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ $p < 0.01$ สามารถอธิบายได้ว่าสอดคล้องกับแนวคิดของคิง ที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือระหว่าง พยาบาลและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสุ กัญญา วัฒนะโชติ (2553) ได้ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาล บ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี พบว่า เจตคติต่อการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=2.75$ $SD=.66$) และเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวในการควบคุม โรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลบ้านไร่จังหวัดอุทัยธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.33$)

สมมติฐานข้อที่ 3 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างมี ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากผลการศึกษา พบว่า ด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเองพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M=2.45$ $SD=0.38$) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงขึ้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M=2.14$ $SD=0.42$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ สามารถอธิบายได้ว่า เป็นผลมาจากการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ที่สนับสนุนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและคำแนะนำได้สะดวก การรับรู้ร่วมกัน การตัดสินใจร่วมกัน และการ ตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมถึงการมีสมุดบันทึกการตั้งเป้าหมายที่ช่วยกระตุ้นการปฏิบัติ พฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจ ความร่วมมือ และความยินยอมของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่ ตกลงร่วมกันไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร จิรวัฒน์กุล (2552) ได้ศึกษาผลการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกัน ต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันนั้น มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ สอดคล้องกับการศึกษาของชูศรี เมฆหมอก จันทร์ฉาย ตระกูลดี และสายฝน ม่วงคุ้ม (2012) ได้ศึกษาผลการพยาบาล แบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัด ราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย มีพฤติกรรมในการดูแล สุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Lorig KR และ Holman H. (2003) และ Bodenheimer T และ Handley MA. (2009) ได้ศึกษาแนวคิด เกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลสุขภาพเป็นแนวทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับ

แผนการรักษาและการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยช่วยเพิ่มโอกาสในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่า ผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายร่วมกันสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยเฉพาะในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างเหมาะสม ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในครั้งนี้เป็นผลจากกระบวนการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ตามแนวคิดของคิงที่เน้นความสัมพันธ์ ความเข้าใจ และความร่วมมือในการบรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ ซึ่งมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

สมมติฐานข้อที่ 4 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลสะสม HbA1c ลดลงจากเดิมและมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากผลการศึกษาด้านระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) พบว่า ค่า HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ สามารถอภิปรายว่า ถึงแม้ระดับความรู้จะไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่โปรแกรมสามารถส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน เจตคติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงจาก 9.96 % เป็น 8.40 % สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการลดลงของค่า HbA1c เฉลี่ย 1.56% นั้นมีความสำคัญทางคลินิก เนื่องจากการลดลงของ HbA1c ทุก 1% จะช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของสิริพิมพ์ ชูพาน ทวีลักษณ์ วรณฤทธิ์ และจินดารัตน์ ชัยอาจ (2555) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมีพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ $p < 0.01$ ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมีพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง $p < 0.01$ ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < 0.01$) และผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง $p < 0.01$ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีการควบคุมน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้นส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของคิง (King, 1981, 2007) การศึกษาทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King's Theory of Goal Attainment) เป็นทฤษฎีที่เน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้เกิดการตั้งเป้าหมายร่วมกันผ่านการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการตนเองได้ดีขึ้น พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการดูแลสุขภาพของตนเองสามารถเพิ่มอัตราการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา ลดระดับน้ำตาลในเลือด และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกฤตกร หมั่นสระเกษ และคณะ (2562) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting blood sugar) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มเดียวกัน (p -value = .124 และ 0.90

ตามลำดับ) และระหว่างกลุ่ม (p -value = .146) ไม่แตกต่างกันที่ $p < 0.05$ และเทียบระหว่างกลุ่มระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่าถ้ามีการส่งเสริมด้านเจตคติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สามารถทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงได้ และเมื่อพิจารณาประสิทธิผลของโปรแกรม พบว่า ความสำเร็จของโปรแกรมนี้นี้เกิดจากการผสมผสานระหว่างแนวคิดการตั้งเป้าหมายร่วมกันของคิง (King, 1981, 2007) กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารสมัยใหม่ ทำให้เกิดการติดตามดูแลที่ต่อเนื่องและการสนับสนุนทางสังคมผ่านกลุ่มไลน์ จากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ ช่วยให้การจัดการปัญหาสุขภาพ ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และการให้ข้อมูลเป็นไปได้ง่ายขึ้น รวมถึงให้คำแนะนำการดูแลตนเองแบบเฉพาะบุคคล และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการได้

ข้อเสนอแนะ จากการวิเคราะห์ผลการวิจัย มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถส่งผลต่อการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะที่ดี และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวมถึงการลดระดับ HbA1c อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือโรงพยาบาลชุมชน สามารถนำโปรแกรมนี้นี้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล สามารถนำโปรแกรมนี้นี้ไปใช้ในการทำงานร่วมกันของพยาบาล นักโภชนาการ และเภสัชกร เพื่อส่งเสริมให้เกิดการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม โดยตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยในเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเป็นรูปธรรม

3. หน่วยงานด้านนโยบายสาธารณสุขระดับจังหวัด เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางหรือแผนยุทธศาสตร์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยสนับสนุนให้มีการอบรมบุคลากรและนำโปรแกรมเข้าสู่ระบบบริการตามบริบทของแต่ละพื้นที่

4. การสร้างสื่อสุขภาพ หน่วยงานสื่อสารขององค์กรสามารถนำเนื้อหาของโปรแกรมไปใช้ในการจัดทำคู่มือ แผ่นพับ หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมความรู้และการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาค้างต่อไป

1. ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและกระจายตัวในหลายพื้นที่ เพื่อให้ผลการศึกษา มีความหลากหลายและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างกันได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งเพิ่มความน่าเชื่อถือและความสามารถในการอธิบายเชิงสถิติของผลการวิจัย

2. ควรศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น ติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองหรือค่าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ในช่วง 6 เดือน หรือ 1 ปี หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการเปรียบเทียบระหว่างโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันกับโปรแกรมอื่น ๆ เช่น โปรแกรมให้คำปรึกษารายบุคคล หรือโปรแกรมฝึกอบรมกลุ่ม เพื่อพิจารณาว่าวิธีใดมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

4. ควรพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยี เพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่ม ใช้เครื่องมือวัดที่หลากหลายมากขึ้นนอกจากแบบสอบถาม เพิ่มเติมการเก็บข้อมูลด้วยวิธีอื่น เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตพฤติกรรมจริง หรือการวัดทางชีวภาพอื่น ๆ เพื่อเพิ่มมิติในการวิเคราะห์และเพิ่มความแม่นยำของข้อมูล

5. ควรศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือใช้ยาฉีดอินซูลินเพื่อให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในกลุ่มที่มีความซับซ้อนมากขึ้น และดูว่าแนวทางเดียวกันสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หรือจำเป็นต้องปรับให้เหมาะกับกลุ่มดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2567). โรคเบาหวาน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดความเสี่ยง ควบคุมได้.
- กรมควบคุมโรค. <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47609&deptcode=brc>
- กรมควบคุมโรค. (2566). สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรีรายงานประจำปี 2566 [Annual Report 2023]. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี.
- https://ddc.moph.go.th/odpc4/forecast_detail.php?publish=15401&deptcode=odpc4
- กองโรคไม่ติดต่อ, & สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. (2566). ข่าวประชาสัมพันธ์. https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_views
- กฤตกร หมั่นสระเกษ, สุภาพร คำเมือง, & ณัฐยานี ศรีสวัสดิ์. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 145–153.
- ชูศรี เมฆหมอก, จันทน์ฉาย ตระกูลดี, & สายฝน ม่วงคุ้ม. (2012). ผลการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารสภาการพยาบาล*, 15(3), 78.
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2556). การสื่อสารในการพยาบาลกับการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33(1), 80–91.
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2556). การรับรู้ร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการที่มีผลต่อการบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33(1), 24–36.
- นิชาภา เหมือนภาค, อิดารัตน์ มั่นเจริญ และศิรินารถ ศรีเอี่ยม. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์*, 55(1), 25–34.

- นิชาภา เหมือนภาค, พรทิพา กาญจนรัตน์ และพนิดา วงศ์ปราณีรัตน์. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการดูแล
สุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง. *วารสารวิจัยสุขภาพและการ
พยาบาล*, 39(1), 55–67.
- ปิยนุช ภิญโญ, อัจฉรา ละอองทอง และชุติมา ชาญวิเศษ. (2564). การพัฒนาแนวทางสนับสนุนการจัดการตนเองของ
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 31(3), 12–24.
- ปิยนุช ภิญโญ, ณัฐริกา พึ่งเกษม และอภิญญา วิจิตร. (2564). การพัฒนาแนวทางสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับ
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(3), 267–276.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2552). ผลการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน.
วารสารพยาบาลทหารบก, 10(3), 21–30.
- ศูนย์เบาหวาน ศิริราช. (2560). แบบประเมินโครงการค่ายเบาหวานสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ประจำปี 2559–
2560. https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/diabetes/admin/download_files/2_44_1.pdf
- สุกัญญา วัฒนะโชติ. (2553). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลเมือง
มหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 7(1), 23–34.
- สุกัญญา วัฒนะโชติ. (2565). ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลบ้านไร่
จังหวัดอุทัยธานี. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 7(2), 2–7.
- สุกฤตา ตะการีย์, ขวนพิศ อรุณรัตน์ และกัญญารัตน์ ชูวิเชียร. (2562). ผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 37(2), 58–70.
- สุกฤตา ตะการีย์, วรรัตน์ ชื่นตา และศิรินาถ ภัทรพิบูลย์. (2562). ผลของการตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อพฤติกรรมสุขภาพ
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร: วิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(1), 47–55.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก. (2566). รายงานผลการดำเนินงาน: ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือดได้ดี. Health Data Center. <https://nayok.moph.go.th/web/>
- สิริพิมพ์ ชูปาน, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์ และจินดารัตน์ ชัยอาจ. (2555). ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตาม
จุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่].
- โรงพยาบาลบ้านนา. (2567). *Health Data Center รายงานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน พ.ศ. 2567*.
- American Diabetes Association. (2023). *Standards of care in diabetes—2023. Diabetes
Care*, 46(Suppl. 1), S1–S291. <https://doi.org/10.2337/dc23-Sint>
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1979). *Taxonomy of educational objectives: The classification of
educational goals*. Longman.

- Bodenheimer, T., & Handley, M. A. (2009). Goal-setting for behavior change in primary care: An exploration and status report. *Patient Education and Counseling*, 76(2), 174–180.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.06.001>
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. Wiley.
- King, I. M. (2007). King's conceptual system, theory of goal attainment, and transaction process in the 21st century. *Nursing Science Quarterly*, 20(2), 109–111.
<https://doi.org/10.1177/0894318407299846>
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7.
https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Instructional Science*, 6(2), 231–245.
<https://doi.org/10.1007/BF00116891>

ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วรางคณา จำปาเงิน, พย.ม.*

สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี ประเภทการวิจัยแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 115 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ($M=1.84$, $SD=.43$) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับต่ำ ($M=1.92$, $SD=.44$) และความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.284$, $p=.01$) และการศึกษาเชิงคุณภาพช่วยให้ได้รายละเอียดเกี่ยวกับความรู้โรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ที่สามารถเข้าถึงประสบการณ์ทัศนคติ ความเชื่อของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างละเอียดมากขึ้น ผลการศึกษาเชิงคุณภาพประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ ประเด็นหลักที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มีประเด็นย่อย 1) ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า 2) การรับมือกับอาการตนเอง 3) การค้นหาข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ ประเด็นหลักที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเมื่อป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีประเด็นย่อย 1) รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและพบแพทย์ตามนัด 2) ดูแลอารมณ์และจิตใจ 3) เสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง

การมีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้นด้วย ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมความรู้ให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องและลดการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

* โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: Supattra@snc.ac.th

(Received: March 12, 2025; Revised: June 5, 2025; Accepted: June 10, 2025)

Depression Literacy and Mental Health Self-Care Behaviors of Patients with Depression

Varangana Champangern, MN.S. *

Supattra Chansuvarn, Ph.D.**

Abstract

This study was a mixed-methods research design using an explanatory research method. The purpose of the research was to study the depression literacy and mental health self-care behavior of patients with depression at a hospital in Suphanburi Province, Thailand. In the quantitative data were a self-care behavior assessment related to mental health, and a depression literacy questionnaire. Collected from 115 depressed patients. Data were analyzed using mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient. In the qualitative phase data were in-depth interviews, The participant were 10 patients with depression were interviewed, and the data were analyzed using content analysis.

Findings showed that depression literacy was at a moderate level ($M=1.84$, $SD=.43$), and mental health self-care behaviors related to mental health were also at a moderate level ($M=1.92$, $SD=.44$). A significant positive correlation was found between depression literacy and mental health self-care behaviors ($r=0.284$, $p=0.01$). The qualitative study provided detailed insights into depression literacy and mental health self-care behaviors, allowing for an in-depth understanding of the participants' experiences, attitudes, and beliefs. And the qualitative study consists of 2 main issues as follows: 1. depression literacy which included: 1) Knowledge and understanding of depression 2) Coping with your own symptoms 3) Seeking information from reliable sources 2. Mental Health Self-Care Behaviors for Depression, which included: 1) Taking medication consistently and attending medical appointments 2) Managing emotions and mental well-being 3) Strengthening physical health

The study concluded that better health literacy leads to improved mental health self-care behaviors in patients with depression. The findings provide essential insights for developing mental health literacy programs to enhance self-care capabilities and reduce relapse rates among patients with depression.

Keywords: Depression Literacy Mental Health Self-Care Behaviors Patients with Depression

* Sam Chuk Hospital, Suphanburi Province

** Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute

Ministry of Public Health

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความสนใจในสิ่งที่เคยชอบ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือรับประทานมากขึ้น นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป สมาธิลดลง มองโลกในแง่ลบ รู้สึกหมดแรง อ่อนล้า ไม่มีคุณค่า และมีความคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย (American Psychiatric Association, 2022) หรืออาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด แยกตัว ตามมาด้วยพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และใช้สารเสพติด เป็นต้น ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลตนเองที่ถูกต้อง อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (World Health Organization [WHO], 2023) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี 2023 พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 280 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.8 ของประชากรทั้งหมด (WHO, 2023) สำหรับประเทศไทย จากรายงานของกรมสุขภาพจิต (2566) พบว่ามีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าประมาณ 1.5 ล้านคน โรคซึมเศร้าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้ว มีความเสี่ยงสูงต่อการคิดทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ส่งผลกระทบต่อตนเองและความสัมพันธ์ในครอบครัว อาจเกิดความตึงเครียดไม่เข้าใจกัน ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้หรือทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ ทำให้สูญเสียแรงงานในการพัฒนาประเทศ

ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การดำเนินของโรค วิธีป้องกัน และการดูแลตนเอง ตลอดจนการขอความช่วยเหลือจากแหล่งบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม (Jorm et al., 2006; Kutcher et al., 2016) การมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า จะนำไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่น การจัดการอารมณ์ การจัดการความเครียด การรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Gorczynski et al., 2017) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการแสวงหาการช่วยเหลือ (Wei et al., 2015 ; Kim & Cho, 2020) ปัจจุบันพบการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ากับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากสภาพปัญหาดังกล่าว หากผู้ป่วยมีความรอบรู้ในการดูแลตนเองจากโรคซึมเศร้า จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้เร็วขึ้น และลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำ ส่งผลให้ลดอัตราของผู้ป่วยที่จะกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลทั่วประเทศมีผู้ป่วยซึมเศร้าเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก เช่นเดียวกับโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี ที่รักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ในปีพ.ศ. 2566 จำนวน 1,089 คน และ พ.ศ. 2567 จำนวน 1,354 คน (กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด, 2565) จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองในผู้ป่วยซึมเศร้า จึงศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยคาดหวังว่าจะสามารถนำข้อมูลพื้นฐานจากการศึกษาค้นคว้ามาใช้ในการวางแผนพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมให้เกิดความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้เพื่อป้องกันผลกระทบที่รุนแรงมากขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรืออาการกำเริบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ บูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam, 2009 เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพจิต 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และ 5) การจัดการสุขภาพของตนเอง และแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของ Sadock, Sadock และ Ruiz (2014) ประกอบด้วย 1) การรู้จักตนเอง 2) การรับประทุษร้าย 3) การจัดการอารมณ์และความคิด 4) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5) การทำจิตใจให้ผ่อนคลาย 6) การจัดการกับความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้และดูแลตนเองได้ถูกต้องต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method) ประเภทการวิจัยแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Explanatory) วิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

การวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 1,354 ราย (กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด, 2565)

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดย Cohen (1988) กล่าวว่า การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปรด้วยสถิติ Pearson's correlation สามารถกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.3 เป็นค่ามาตรฐานระดับปานกลางตามเกณฑ์ กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.3 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 115 คน จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้คอมพิวเตอร์สุ่มหมายเลขจากเวชระเบียนแทนการหยิบฉลาก เลือก 115 หมายเลขแบบไม่ซ้ำจาก 1,354 คนโดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ ผู้ป่วยที่มีอายุ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ด้วยกลุ่มรหัส F32.0-F32.1 ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมตอบแบบสอบถามการวิจัยเชิงปริมาณที่มาก่อน มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษาสูงสุด ลักษณะงานหรืออาชีพ ความพอเพียงทางเศรษฐกิจ โรคประจำตัว ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพจิต จำนวน 8 ข้อ

2. แบบประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาเพิ่มเติมจากแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของ Sadock, Sadock และ Ruiz (2014) จำนวน 25 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์ 3) ด้านความคิด 4) ด้านสังคม 5) ด้านการเผชิญปัญหา มีลักษณะเป็น Rating scale 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ และปฏิบัติเป็นประจำ การแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีพฤติกรรม (0.00 – 1.00 คะแนน) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ (1.01 – 2.00 คะแนน) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (2.01 – 3.00 คะแนน) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี (3.01 – 4.00 คะแนน) แบบประเมินฉบับนี้ มีค่าดัชนีความสอดคล้องพบว่ามีความสอดคล้องกับ 0.68 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .85

3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาเพิ่มเติมจากแนวคิดของ Nutbeam (2009) ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพจิต 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และ 5) การจัดการสุขภาพของตนเอง จำนวน 25 ข้อ เป็นการถามถึงความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มีลักษณะเป็น Rating scale 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มี น้อย ปานกลาง มาก การแปลผลคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความรู้ (0.00 – 1.00 คะแนน) มีความรอบรู้ในระดับต่ำ (1.01 – 2.00 คะแนน) มีความรอบรู้ในระดับปานกลาง (2.01 – 3.00 คะแนน) มีความรอบรู้ในระดับดี (3.01 – 4.00 คะแนน) แบบประเมินฉบับนี้ มีค่าดัชนีความสอดคล้องพบว่ามีความสอดคล้องกับ 0.73 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .84

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ

แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องด้านเนื้อหา ตัวอย่างข้อคำถาม ช่วยบอกการดูแลตนเองในการรับประทานยา การจัดการกับอารมณ์เศร้า เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-20 นาทีต่อคน เมื่อตอบเสร็จตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ส่วนวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามจากการวิจัยเชิงปริมาณมาก่อน ที่มีความสามารถในการให้ข้อมูล คนละ 10-15 นาที พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเทป โดยการสัมภาษณ์ที่บริเวณในห้องกิจกรรมของคลินิก หลังสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะทำการบันทึกภาคสนามทุกครั้ง เพื่อช่วยในการสังเกตและจดบันทึกปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ให้กับผู้วิจัย และผู้วิจัยจดข้อมูลสำคัญ เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้วิจัยสังเกตพบ การแสดงสีหน้า ท่าทาง ประเด็นที่น่าสนใจ หรือบันทึกย่อในขณะที่ฟัง เพื่อป้องกันการลืม แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการพิจารณาคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข สุพรรณบุรี เลขที่ 18/2567 วันที่รับรอง 20 ธันวาคม 2566 โดยการวิจัยในครั้งนี้ยึดหลักการพิทักษ์ทางจริยธรรมในการศึกษาของสภาวิจัยแห่งชาติ และคำนึงถึงความปลอดภัยของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และเมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยจึงจะเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งการรายงานผลการวิจัยจะถูกรายงานโดยภาพรวมของการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

2. หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ากับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเป็นเส้นตรง พบว่าค่าคะแนนของความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต มีลักษณะกระจายตามแนวเส้นตรงในทิศทางเดียวกัน ซึ่งข้อมูลสามารถวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

3. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาถอดเทปแบบคำต่อคำ และอ่านซ้ำหลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาอย่างลึกซึ้ง จากนั้นจึงให้รหัสข้อความโดยพิจารณาคำหรือประโยคที่มีความหมายคล้ายกันและจัดรวมเป็นกลุ่มเดียวกัน จัดกลุ่มรหัสเป็นประเด็น และสรุปเป็นหัวข้อหลักหรือธีม (Theme)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเป็นการตรวจสอบความสอดคล้องเกี่ยวกับความเป็นจริงและการตีความของผู้วิจัย (Lincoln & Guba, 1985) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบทุกขั้นตอนของการวิจัย (Member Checking) โดยสอบถามกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลในประเด็นเหล่านั้นว่าความคิดเห็นมีความถูกต้องกับข้อมูลเบื้องต้นหรือไม่ โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล ได้เสนอข้อเสนอนะ หากข้อมูลที่ได้ไม่ถูกต้องตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล และหากมีประเด็นที่ไม่เข้าใจตรงกันจะพยายามอธิบาย และปรับความเข้าใจให้ตรงกันมากที่สุด และผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 89 คน (ร้อยละ 77.4) และเป็นเพศชาย จำนวน 26 คน (ร้อยละ 22.6) อายุอยู่ในช่วง 36-46 ปี จำนวน 36 คน (ร้อยละ 31.3) สถานภาพสมรส จำนวน 57 คน (ร้อยละ 49.6) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและปริญญาตรีจำนวนเท่ากัน จำนวน 31 คน (ร้อยละ 27) อาชีพ รับจ้าง จำนวน 37 คน (ร้อยละ 32.2) ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 48 คน (ร้อยละ 41.7) มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 46 คน (ร้อยละ 40) เป็นโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในหลอดเลือดสูง ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพจิตจากพยาบาล จำนวน 81 คน (ร้อยละ 70.4) และจากข้อมูลข่าวสารจากออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก จำนวน 26 คน (ร้อยละ 22.6) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (n=115)

รายการประเมิน	M	SD	ระดับ
ความรอบรู้เกี่ยวกับเรื่องซึมเศร้า			
ด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	1.77	.62	ต่ำ
ด้านการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	1.88	.79	ต่ำ
ด้านการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ	1.80	.56	ต่ำ
ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	2.11	.59	ปานกลาง
ด้านการจัดการสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	1.94	.47	ต่ำ
ภาพรวมความรอบรู้เกี่ยวกับเรื่องซึมเศร้า	1.84	.43	ต่ำ
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต			
ด้านร่างกาย	2.10	.47	ปานกลาง
ด้านอารมณ์	1.61	.63	ต่ำ
ด้านความคิด	1.65	.58	ต่ำ
ด้านสังคม	2.10	.60	ปานกลาง
ด้านการเผชิญปัญหา	1.96	.78	ต่ำ
ภาพรวมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	1.92	.44	ต่ำ

ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($M=1.84, SD=.43$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง($M=2.11, SD=.59$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($M=1.92, SD=.44$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านร่างกาย($M=2.10, SD=.47$) และด้านสังคม($M=2.10, SD=.60$) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ากับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (n=115)

ตัวแปร	ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	1	.284**
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต		1

** $p<0.01$

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ากับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต พบว่า ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.284, p=.01$) ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 10 ราย ผู้ให้ข้อมูลมีอายุระหว่าง 22-50 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ระดับการศึกษา ป.6 – ปริญญาตรี และทุกคนได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าจากพยาบาลเป็นหลัก

ตอนที่ 2 ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประเด็น (Theme)	หมวดหมู่ (category)
ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรับมือกับอาการตนเอง การค้นหาข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ
พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเมื่อป่วยด้วยโรคซึมเศร้า	รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและพบแพทย์ตามนัด ดูแลอารมณ์และจิตใจ เสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง

1. ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

1.1 ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า คือ การที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจตนเอง เพื่อตระหนักในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้อย่างถูกต้อง จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ดังคำพูด “เราจะกินยาตลอด พยายามไม่คิดมาก เพราะเครียด ไม่คิดถึงสิ่งที่ทำให้เครียด” “ฉันจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่คิดมากคิดวน” แต่ก็ยังมีผู้ให้ข้อมูลบางส่วนยังมีความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้อง ดังคำพูด “พี่กินยาบ้าง ขาดยาบ้าง ไม่มาตามนัด ไม่สบายใจ หงุดหงิด นอนไม่หลับก็กลับมาหาหมอ” “ฉันคิดไม่อยากอยู่ อยากตาย ไม่มีอะไรยึดเหนี่ยวแล้ว ไม่มีทางแก้ไขอะไรได้เลย”

1.2 การรับมือกับอาการตนเอง คือ การที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์สามารถหาสาเหตุปัจจัยที่กระตุ้นอาการ และสัญญาณเตือนกลับมาป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและฟื้นหายได้เร็วขึ้น จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการรับมือกับอาการของโรคซึมเศร้าได้ดี ดังคำพูด “อยู่ช่วงหนึ่งกลับมาอนไม่ค่อยหลับ ใหม่ๆที่ไม่ได้ปัญหาอะไร จึงต้องบอกตัวเองให้เลิกคิดมาก” “รู้นะถ้าเราไม่ทะเลาะกับลูกชาย เราก็จะไม่มีปัญหาอาการปากก็ดีขึ้น” แต่ก็ยังมีผู้ให้ข้อมูลบางส่วนยังไม่สามารถรับมือกับอาการของโรคซึมเศร้าได้ ดังคำพูด “พี่จัดการยาเองต่อเนื่อง แต่ก็มีล้มกินยาบ่อยเหมือนกัน” “เราไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า ทำงานแล้วเครียด รู้สึกเหมือนทุกอย่างมาปะดัง ควบคุมตัวเองไม่ได้”

1.3 การค้นหาข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ จากการสัมภาษณ์ พบว่าส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าจากพยาบาลที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติด ดังคำบอกเล่าที่ว่า “ดูไปมีเด็งขึ้นมาในหน้า TikTok เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แต่ส่วนใหญ่ไม่ค่อยค้นหาจาก internet ส่วนใหญ่ได้ความรู้โรคซึมเศร้าจากพยาบาลเป็นส่วนใหญ่” ส่วนการเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าจาก Websiteของหน่วยงานต่างๆทางสุขภาพจิต ยังมีการเข้าถึงจากแหล่งข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล		การสรุปผลการผสมผสานการวิเคราะห์ข้อมูล
เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ	
ระดับต่ำ (M= 1.84, SD= .43)	เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้	เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่น่าเชื่อถือได้อย่างถูกต้อง
พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยรวมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (M=1.92, SD= .44)	ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและพบแพทย์ตามนัด ดูแลอารมณ์และจิตใจ และเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรงได้ แต่ก็ยังมีบางส่วนที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ถ้าอาการดีขึ้นก็ไม่มาตามแพทย์นัด เมื่อมีอาการเศร้าจะใช้วิธีการเก็บไว้มองปริศนาหรือคุยกับคนที่ไว้ใจ และไม่ค่อยออกกำลังกาย มีดื่มเหล้าบ้างเป็นบางคน	ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตไม่ดี จากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การด้านร่างกายและสังคม เช่น การรับประทานยาและการพบแพทย์ตามนัดที่ ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมได้ แต่พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในด้านอารมณ์ และการเผชิญปัญหา ยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้
ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .284, p = .01)	ผู้ป่วยส่วนใหญ่หากมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า รู้จักค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าได้จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ จะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีตามไปด้วย แต่พบจะไม่มีการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้า แต่ยังมีผู้ป่วยบางส่วนความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ายังไม่ดีพอ ก็ไม่สามารถสามารถปฏิบัติด้านสุขภาพจิตได้ถูกต้องเหมาะสม และกลับมามีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองได้	ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีตามไปด้วย

อภิปรายผล

1. ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในระดับต่ำ (M = 1.84, SD = 0.43) และมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำ (M = 1.92, SD = 0.44) พบกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 36-46 ปี ถึงร้อยละ 31.3 และจบปริญญาตรีถึงร้อยละ 27 แต่พบเพียงร้อยละ 22.6 เท่านั้น ที่เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าด้วยตนเองจากช่องทางออนไลน์ เช่น Line หรือ Facebook สอดคล้องกับผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยค้นหาข้อมูลโรคซึมเศร้าน้อยจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ แต่ผู้ป่วยได้ความรู้จากพยาบาลที่ปรึกษาที่คลินิกจิตเวชเป็นหลัก ส่วนผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าทางออนไลน์ได้ ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินแหล่งที่มาของข้อมูลว่ามีความน่าเชื่อถือได้หรือไม่ ส่งผลให้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร่ายังไม่ถูกต้องและขาดความรู้ที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Torous et al. (2021) พบว่า เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถเข้าถึงได้มากขึ้น แต่

ความสามารถในการใช้ข้อมูลสุขภาพจิตทางออนไลน์อย่างมีประสิทธิภาพยังคงเป็นข้อจำกัดหลักของผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษามาระยะหนึ่ง มีแนวโน้มขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อเนื่อง เนื่องจากความรู้สึกสิ้นหวังหรือเหนื่อยล้าเรื้อรังจากโรค ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลตนเองลดลง แม้จะได้รับข้อมูลหรือได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ (Carpenter et al., 2022)

2. ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญของบุคคลในภาวะสุขภาพปกติและผิดปกติ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ หากบุคคลได้รับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น (ชินดา เตชะวิจิตรจารุ, 2561) และความรอบรู้ทางสุขภาพจิต เป็นความรู้ ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับการมีสุขภาพจิตที่ดี รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงอาการของโรคทางจิตเวชและวิธีการรักษา ที่ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักและยอมรับต่อการเจ็บป่วยทางจิต สามารถจัดการตนเอง และขอความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต, 2567) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2020) ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และ ความมั่นใจในการดูแลตนเอง นำไปสู่การดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดีได้ในระยะยาว ช่วยลดผลกระทบของโรคซึมเศร้าที่จะตามมาได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าโดยเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเองที่เข้าใจง่าย เพราะข้อมูลที่เข้าใจง่ายจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรใช้สื่อที่หลากหลาย เช่น โปสเตอร์ อินโฟกราฟิก คลิปวิดีโอ หรือแอปพลิเคชันเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกขึ้น และเป็นช่องทางให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาและสร้างโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และใช้การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

2. ควรศึกษาความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองตามกลุ่มวัย เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ เช่น เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง เป็นต้น เพราะแต่ละกลุ่มจะมีข้อจำกัดทางร่างกายและเทคโนโลยีที่ต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปี 2566. กระทรวงสาธารณสุข.
<https://www.dmh.go.th>
- กรมสุขภาพจิต. (2567). *คู่มือแนวทางเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต*. นนทบุรี: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด. (2565). รายงานผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด. โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี.
- ชินตา เตชะวิจิตรจารุ. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพ : กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 1-11.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., & Heimberg, R. G. (2022). Digital interventions for depression: Current status and future directions. *Journal of Affective Disorders*, 308, 1–9.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gorczynski, P., Sims-Schouten, W., Hill, D. M., & Wilson, C. (2017). Examining mental health literacy, help seeking behaviours, and mental health outcomes in UK university students. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 12(2), 111–120.
- Geddes, J., Price, J., & McKnight, R. (2012). *Psychiatry* (4th ed.). Oxford University Press.
- Kim, H., & Cho, S. H. (2020). Depression literacy and its association with self-care behaviors and mental health help-seeking attitudes among Korean adults. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 58(5), 32–40.
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154–158.
- Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2006). Research on mental health literacy: What we know and what we still need to know. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 3–5.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. California: SAGE.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, 54(5), 303–305.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2014). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry* (11th ed.). Wolters Kluwer.

- Torous, J., Myrick, K. J., Rauseo-Ricupero, N., & Firth, J. (2021). Digital mental health and COVID-19: Using technology today to accelerate the curve on access and quality tomorrow. *JMIR Mental Health*, 7(3), e18848.
- Wang, B., Xia, L., Yu, J., Feng, Y., Hong, J., & Wang, W. (2020). The multiple mediating effects of health literacy and self-care confidence between depression and self-care behaviors in patients with heart failure. *Heart & Lung*, 49(6), 842-847.
- Wei, Y., Hayden, J. A., Kutcher, S., Zygmunt, A., & McGrath, P. (2015). The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(1), 1-10.
- World Health Organization. (2023). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 จังหวัดสุพรรณบุรี

เนติยา แจ่มทิม, ศษ.ด.*

จินตนา เพชรมณี, วท.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 จังหวัดสุพรรณบุรี ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประชาชน อายุ 15-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (random sampling) จำนวน 111 คน โดยใช้โปรแกรม G power ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% Effect size = 0.3 แบบสอบถามสร้างขึ้นจากแนวคิด New Normal ชีวิตวิถีใหม่ของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2563) วิเคราะห์ข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาและปริญญาตรี ประกอบอาชีพรับจ้างและข้าราชการ มีรายได้ในช่วง 10000-40000 บาทขึ้นไป การใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ต การดูแลสุขภาพ การสร้างสมดุลชีวิต และการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ ประชาชนมีการเรียนรู้การใช้เทคโนโลยี และอินเทอร์เน็ต สามารถดูแลสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดความสมดุลในการใช้ชีวิต และสามารถปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 ได้

ข้อเสนอแนะ ประชาชนสามารถปรับตัวในสถานการณ์โควิด-19 ได้ หน่วยงานของรัฐและสถานประกอบการควร มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลตนเองต่อไป ด้านการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการปรับตัวในเรื่องการใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ต การดูแลสุขภาพ การสร้างสมดุลชีวิต เพื่อสามารถให้การดูแลสุขภาพประชาชนได้

คำสำคัญ: ความปกติใหม่ การปรับตัว การสร้างสมดุลชีวิต

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: jintana@snc.ac.th

(Received: April 24, 2025; Revised: June 1, 2025; Accepted: June 10, 2025)

Factors related to adaptation of the new normal community in the situation of Covid-19 Suphanburi Province

Netiya Jaemtim, Ed.D.*

Jintana Pechmanee, M.Sc.*

Abstract

This descriptive research have a purpose of study the factors that are related to adaptation of the New Normal community in the situation of COVID-19 Suphanburi Province. The population used in this study were people aged 15-59 years living in Suphan Buri Province. By simple random sampling method (random sampling) of 111 people using the G power program at a confidence level of 95% Effect size = 0.3 The questionnaire was created from the concept of New Normal, a new way of life of the Department of Mental Health (Department of Mental Health, 2020). Data were analyzed from computers with percentage, mean and standard deviation and the correlation coefficient (Correlation Analysis)

The study found that Most of the subjects were female aged between 51-59 years, marital status completed elementary education and bachelor's degree employed as a mercenary and civil servant have incomes in the range of 10000-40000 baht or more, the use of technology and internet health care life balance and adaptation of the new normal community in the situation of COVID-19 have a positive relationship Statistically significant, $p < .01$, people learn to use technology and internet able to take care of health to create a balance in life and able to adapt the new normal community in the situation of COVID-19

Recommendations: People can adapt in the COVID-19 situation. Government and business establishments should encourage and support people for selfcare behavior. Nursing students should have knowledge about COVID-19 and adaptation in the use of technology and the Internet, health care, life balance to be able to provide public health care.

Keywords: New Normal Adaptation Life Balance

*Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute
Ministry of Public Health

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย เมื่อกันยายน 2565 ภาพรวมของสถานการณ์ยังต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด หลังพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่อีก 893 ราย ทำให้มียอดผู้ป่วยยืนยันสะสมรวม 4,679,022 ราย มียอดผู้เสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง มีผู้เสียชีวิต 32,736 ราย (กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2564) ไวรัสโคโรนา (Coronavirus) เป็นไวรัสที่ถูกพบครั้งแรกในปี 1960 แต่ยังไม่ทราบแหล่งที่มาอย่างชัดเจนว่ามาจากที่ใด แต่เป็นไวรัสที่สามารถติดเชื้อได้ทั้งในมนุษย์และสัตว์ ปัจจุบันมีการค้นพบไวรัสสายพันธุ์นี้แล้วทั้งหมด 6 สายพันธุ์ ส่วนสายพันธุ์ที่กำลังแพร่ระบาดหนักทั่วโลกตอนนี้ เป็นสายพันธุ์ที่ยังไม่เคยพบมาก่อน คือ สายพันธุ์ที่ 7 จึงถูกเรียกว่าเป็น “ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่” และพบการระบาดอย่างรุนแรงในเขตประเทศแถบตะวันออกกลาง หรือที่รู้จักในนาม MERS-CoV ในระหว่างปีพ.ศ. 2019 ซึ่งในภายหลังถูกตั้งชื่ออย่างเป็นทางการว่า “โคโรนาไวรัส-2019” หรือ “โควิด-19” (COVID-19) กลุ่มเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือโควิด-19 ได้แก่ เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ คนที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง คนที่ภูมิคุ้มกันผิดปกติ หรือกินยากดภูมิต้านทานโรคอยู่ คนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมากมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 ผู้ที่เดินทางไปในประเทศเสี่ยงติดเชื้อ เช่น จีน เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น ไต้หวันฮ่องกง มาเก๊า สิงคโปร์ มาเลเซีย เวียดนาม อิตาลี อิหร่าน ฯลฯ ผู้ที่ต้องทำงาน หรือรักษาผู้ป่วย ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือโควิด-19 อย่างใกล้ชิด ผู้ที่ทำอาชีพที่ต้องพบปะชาวต่างชาติจำนวนมาก เช่น คนขับแท็กซี่ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ลูกเรือสายการบินต่าง ๆ เป็นต้น อาการของไวรัสโควิด-19 ที่สังเกตได้ง่าย ๆ ด้วยตัวเอง ดังนี้ มีไข้ เจ็บคอ ไอแห้ง ๆ น้ำมูกไหล และหายใจเหนื่อยหอบ (R Maude R. Infectious Diseases, 2022) วิธีป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการไอ จาม น้ำมูกไหล เหนื่อยหอบ เจ็บคอ หลีกเลี่ยงการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ ระวังการสัมผัสพื้นผิวที่ไม่สะอาด และอาจมีเชื้อโรคเกาะอยู่ รวมถึงสิ่งที่มีคนจับบ่อยครั้ง เช่น ที่จับบน Bangkok Mass Transit System, Mass Rapid Transit, Airport Link ที่เปิด-ปิดประตูในรถ กลอนประตูต่าง ๆ ก๊อกน้ำ ราวบันได ฯลฯ เมื่อจับแล้วอย่าเอามือสัมผัสหน้า และข้าวของเครื่องใช้ส่วนตัวต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์มือถือ กระเป๋า ฯลฯ ล้างมือให้สม่ำเสมอด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจลอย่างน้อย 20 วินาที ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ไม่ต่ำกว่า 70% งดจับตา จมูก ปากขณะที่ไม่ได้ล้างมือ หลีกเลี่ยงการใกล้ชิด สัมผัสสัตว์ต่าง ๆ โดยที่ไม่มีการป้องกัน รับประทานอาหารสุก สะอาด ไม่ทานอาหารที่ทำจากสัตว์หายาก สำหรับบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือโควิด-19 โดยตรง ควรใส่หน้ากากอนามัย หรือใส่แว่นตานิรภัย เพื่อป้องกันเชื้อในละอองฝอยจากเสมหะหรือสารคัดหลั่งเข้าตา

การแพร่เชื้อชั้นรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของโลกในวงกว้าง และเป็นตัวแปรสำคัญ ที่ทำให้เกิดการ disruption ขึ้นในอุตสาหกรรมต่าง ๆ อย่างรวดเร็วและรุนแรง จึงทำให้ตลอดระยะเวลาหลายเดือน ที่ผ่านมา เราเริ่มคุ้นชินกับกิจวัตรและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิตรูปแบบใหม่ที่เราเรียกว่า “New Normal” กันมากขึ้น โดยขอยกตัวอย่างวิถีชีวิตใหม่ ดังนี้ Work From Home (WFH) กลายมาเป็นวัฒนธรรมใหม่ในหลาย ๆ องค์กร เพราะสำหรับบางหน่วยงาน เพียงแค่มีอุปกรณ์สื่อสาร เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ และอินเทอร์เน็ต ก็สามารถทำงานจากทุก ๆ ที่ได้ หลายบริษัทที่มีขนาดเล็กในประเทศไทยเริ่มผ่อนคลายมาตรการ WFH ไปแล้วบ้าง แต่ก็ยังมีการจำกัดจำนวนคนตามลักษณะของพื้นที่ทำงาน โดยกำหนดมาตรการควบคุมดูแลความหนาแน่นในพื้นที่ทำงานให้มีจำนวนพนักงานเพียง

30-50% ของจำนวนพนักงานทั้งหมดขึ้นอยู่กับลักษณะของธุรกิจ (กรมควบคุมโรค, 2565) โดยแบ่งพนักงานออกเป็น 3 กลุ่มลักษณะงาน ได้แก่ กลุ่มที่ 1 พนักงานที่ไม่สามารถทำงานจากที่บ้านได้ กลุ่มที่ 2 พนักงานที่สามารถทำงานได้จากที่บ้านได้บางช่วงเวลา และกลุ่มที่ 3 คือ พนักงานที่สามารถทำงานได้จากที่บ้านตลอดเวลา ช่วยลดโอกาสของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 และจะยังปฏิบัติตามมาตรการนี้ไปจนกว่าจะมีประกาศที่ชัดเจนจากทางรัฐบาล ธุรกิจร้านอาหารและแวดวงการค้าปลีกจะเติบโตขึ้นอย่างมหาศาล เพราะวิกฤตปรับเปลี่ยนให้ผู้บริโภคคุ้นชินกับการสั่งซื้อผ่านแอปพลิเคชันผ่านช่องทางออนไลน์มากขึ้น ซึ่งนอกจากจะตอบโจทย์เรื่องความสะดวกสบายในการลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางสำหรับผู้ซื้อแล้ว ยังเป็นการลดต้นทุนเรื่องค่าเช่าและค่าจ้างพนักงานสำหรับร้านค้าอีกด้วย หนึ่งในเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ถูกหยิบยกมาใช้เพื่อรับมือกับวิกฤตอย่างตรงจุด คือบริการการดูแลสุขภาพผ่านระบบ Telemedicine เพื่อรับคำปรึกษาจากแพทย์ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลและเครือข่ายอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนเบื้องต้นช่วยให้เข้าถึงการรักษาพยาบาลได้สะดวกขึ้น โดยไม่จำเป็นต้องมาที่โรงพยาบาล และยังลดความเสี่ยงจากการรับเชื้อ ประเทศไทยนำร่องบริการทางการแพทย์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง โดยกำหนดไว้ 4 โรค ได้แก่ โรคที่เกี่ยวข้องกับจอประสาทตา เบาหวาน ผิวหนัง และความดันโลหิตสูง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564)

ปัจจุบันมาตรการต่าง ๆ จะเริ่มผ่อนคลายใช้ชีวิตตามปกติ แต่สิ่งที่เห็นได้อย่างชัดเจนว่าเปลี่ยนไปจากเดิมคือการเว้นระยะห่างทางสังคมที่หลาย ๆ คนเริ่มคุ้นชินในการปฏิบัติจนกลายเป็นความปกติใหม่ที่สมบูร์ณ เช่น การเว้นระยะห่างระหว่างกันในโลกดิจิทัลและการหันหน้าเข้าสู่มุมของตนเอง การนั่งรับประทานอาหารที่เว้นระยะห่างระหว่างกันและทิ้งระยะห่างระหว่างโต๊ะแต่ละตัว หรือการที่ร้านค้าทำผนังแผ่นใสคั่นกลางระหว่างลูกค้าแต่ละคน ตลอดจนการเว้นเก้าอี้บนรถไฟฟ้าและรถสาธารณะที่ยังคงมี Social Distancing ที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างระเบียบวินัยและปลูกฝังจิตสำนึกในการใช้พื้นที่สาธารณะร่วมกัน

ยุคที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งส่วนพฤติกรรมส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม รวมไปถึงสภาพแวดล้อม อย่างฉับพลันอันเนื่องมาจากโรคอุบัติใหม่ หลายคนคงจะเริ่มคุ้นเคยกับศัพท์คำว่า New Normal การเรียนรู้วิถีชีวิตใหม่เพื่อป้องกันตนเองและผู้อื่น ที่สำคัญเพื่อการปรับตัวดำเนินชีวิตเป็นปกติบนพื้นฐาน New normal ถูกนำมาใช้ครั้งแรกโดยบิลล์ กรอส (Bill Gross) ผู้ก่อตั้งบริษัทบริหารสินทรัพย์ชาวอเมริกัน โดยตอนนั้นเขาใช้อธิบายถึงสภาวะเศรษฐกิจโลก หลังจากเกิดวิกฤติเศรษฐกิจแฮมเบอร์เกอร์ ในสหรัฐฯ ช่วงระหว่างปี 2007-2009 สาเหตุที่ต้องใช้คำว่า "New Normal" เพราะเดิมทีวิกฤติเศรษฐกิจจะมีรูปแบบค่อนข้างตายตัวและเป็นวงจรเดิม คือเมื่อเศรษฐกิจเติบโตไปได้ช่วงระยะหนึ่ง จะมีปัจจัยที่ทำให้เกิดเป็นวิกฤติทางเศรษฐกิจ และหลังจากเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ ไม่นานเศรษฐกิจก็จะเริ่มฟื้นตัว แล้วก็กลับมาเติบโตได้อีกครั้ง สิ่งเหล่านี้คือสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปกติ จนเรียกได้ว่าเป็น 'เรื่องปกติ' (Normal) ก็ได้ ก่อนสถานการณ์โควิด-19 ในแง่การพัฒนาประเทศและเศรษฐกิจ ประเทศไทยได้เผชิญวิกฤติมาหลายครั้ง แต่โควิด-19 ถือปรากฏการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมหาศาล เพราะเป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างรุนแรงในระยะสั้น และหลายพฤติกรรมจะอยู่ถาวรกลายเป็น New Normal ซึ่งเป็นสิ่งที่หลายองค์กรกำลังศึกษาอยู่ เนื่องจากโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เรายังไม่รู้จึกมาก่อน ส่งผลต่อวิถีชีวิต การทำงาน การดำเนินชีวิตประจำวัน การเกิดขึ้นและการดำเนินโควิด-19 ครั้งนี้ จึงเป็นสถานการณ์ที่หลายคนคาดว่าจะยาวนานพอสมควร จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรใน

หลายพฤติกรรมของผู้คน ความไม่แน่นอนและการคาดเดาสถานการณ์ไม่ได้ ประกอบกับการได้รับข้อมูลข่าวสารถึงผลกระทบต่าง ๆ อาจก่อให้เกิดความเครียด ความกลัว ในจิตใจของคนไทยได้ทุกเพศทุกวัย

จากสภาพปัญหาดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของประชาชน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการวางแผน ป้องกัน และแก้ไขปัญหา เพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 จังหวัดสุพรรณบุรี

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

การปรับตัว หมายถึง การที่บุคคลพยายามปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ตน และพยายามปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและความต้องการของตนเอง จนสามารถดำเนิน ชีวิตได้อย่างมีความสุขปราศจากความคับข้องใจ

การใช้เทคโนโลยี และอินเทอร์เน็ต หมายถึง ประชาชนมีการใช้อินเทอร์เน็ตในการเรียนออนไลน์ การทำงานที่บ้าน

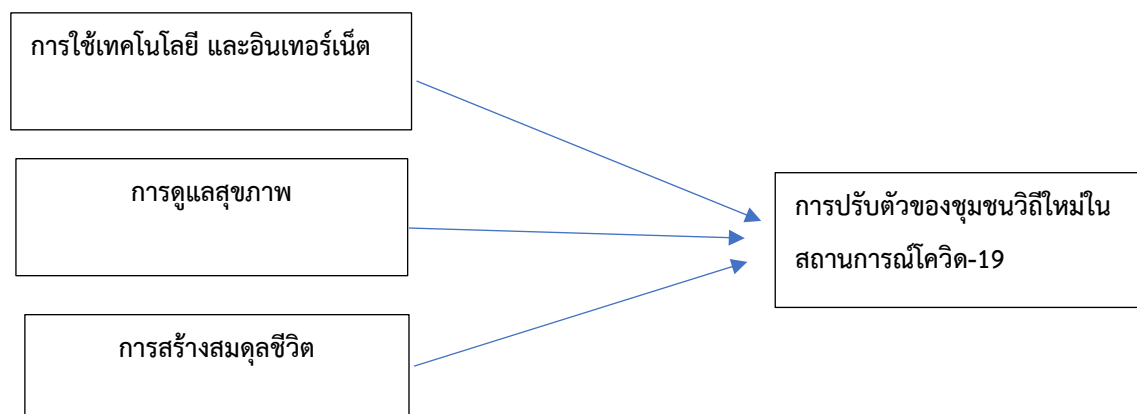
การดูแลสุขภาพ หมายถึง ประชาชนมีการดูแลด้านสุขภาพและความสะอาดเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ

การสร้างสมดุลชีวิต หมายถึง ประชาชนมีโอกาสดำรงชีวิตที่บ้าน ลดจำนวนวันการเข้าออฟฟิศ หรือการลดการพบปะผู้คนในสังคม

การปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ หมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หาวถีการดำรงชีวิตแบบใหม่เพื่อให้ใช้ชีวิตในสถานการณ์โควิด-19 ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการศึกษาการปรับตัวของประชาชน โดยศึกษาจากหลักการ ทฤษฎี เอกสารต่าง ๆ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด New Normal ชีวิตวิถีใหม่ของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2563) มาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนของการศึกษาวิเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิด ทฤษฎีที่ใช้การวิเคราะห์เอกสาร (documentary)

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการใช้แบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิเคราะห์และเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์แนวคิดทฤษฎี เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ตำรา วารสารบทความ ตลอดจนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 สำหรับแบบสอบถามประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี

จำนวนประชากร จังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ.2564 อายุ 15-59 ปีจำนวน 41,776 คน คำนวณได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 111 คน โดยใช้โปรแกรม G power ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% Effect size = 0.3

ผู้วิจัยสุ่ม โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (random sampling) วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ จำนวน 111 คน

เกณฑ์ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาจังหวัดสุพรรณบุรีที่อ่านออก เขียนหนังสือได้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังต่อไปนี้

- บุคคลทั้งชายและหญิงที่อยู่ในวัยทำงานอายุ 15-59 ปี
- สามารถ อ่านออก เขียนหนังสือได้
- สามารถให้ข้อมูลได้และเต็มใจที่จะให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังต่อไปนี้

- ประชาชน ที่ไม่เต็มใจให้ข้อมูล
- ประชาชนที่ต้องการออกจากการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. แบบสอบถามการใช้เทคโนโลยี และอินเทอร์เน็ต จำนวน 10 ข้อ
3. แบบสอบถามการดูแลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ
4. แบบสอบถามการสร้างสมดุลชีวิต จำนวน 10 ข้อ
5. แบบสอบถามการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 จำนวน 10 ข้อ

โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับสถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม เพศ อายุ วุฒิการศึกษา อาชีพ รายได้ฯ

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยี และอินเทอร์เน็ต การดูแลสุขภาพการสร้างสมดุลชีวิต และการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 ครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้การวัดแบบ Likert-Type ตามระดับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3 หมายถึง ท่านเห็นด้วย/ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นมาก

2 หมายถึง ท่านเห็นด้วย/ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นปานกลาง

1 หมายถึง ท่านเห็นด้วย/ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นน้อย

การแปลผล ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ระดับน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66

ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33

ระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ โดยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การสร้างเครื่องมือ

1.1 ศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19

1.2 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19

1.3 นำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 จังหวัดสุพรรณบุรี

2. การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน คือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้มีความเข้าใจและมีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพสถานการณ์โควิด-19 และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย ตรวจสอบความถูกต้องด้านโครงสร้างเนื้อหาและภาษาที่ใช้ พิจารณาค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยนำคะแนนที่ได้มาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความคำถามกับตัวแปรด้วยการคำนวณค่า IOC (index of item objective congruence) ค่า IOC เท่ากับ 0.6 - 1 แล้วนำข้อความมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดลองใช้

2.2 การหาค่าความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แล้วหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยการคำนวณหาความสัมพันธ์อัลฟาของ

ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับการวิจัยในครั้งนี้คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งได้ผลการคำนวณแบบสอบถามภาพรวม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .94

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย

1. การขอหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

2. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของงานวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างก่อนสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจจึงให้เซ็นต์หนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความสะดวกในเรื่องเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการตอบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบเสร็จแล้ว ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลความครบถ้วนของในแบบสอบถามก่อนทำการวิเคราะห์ จำนวน 110 ชุด การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis) โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผู้ศึกษานำโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เลขที่ EC 026/2564 และผู้ศึกษาแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษา ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจและชี้แจงให้ทราบว่า หากเข้าร่วมการศึกษาแล้วสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยสามารถถามได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง นำมาใช้เฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การเก็บข้อมูลเป็นความลับ การเสนอข้อมูลทำในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ขั้นตอนและวิธีการในการศึกษานี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่าง และคำนึงถึงกลุ่มตัวอย่างโดยจะไม่รบกวนเวลาพักผ่อนของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการศึกษา จึงจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประชากรเป็นผู้ชายร้อยละ 10.30 ผู้หญิงร้อยละ 89.70 อายุ 51-59 ปี ร้อยละ 42.34 รองลงมา อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 35.14 จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 51.30 ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 30.80 มีรายได้อยู่ในช่วง ต่ำกว่า 10,000 บาท 42.3 10,001-20,000 บาทและมากกว่า 40000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 20.50 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=110)

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	10.30
หญิง	100	89.70
อายุ		
20-30 ปี	19	17.12
31-40 ปี	6	5.40
41-50 ปี	39	35.14
51-59 ปี	47	42.34
สถานะ		
โสด	22	19.83
คู่	77	69.37
หม้าย	6	5.40
อื่นๆ	6	5.40
การศึกษา		
ประถมศึกษา	57	51.3
มัธยม	9	7.7
ปริญญาตรี	34	30.8
มากกว่าปริญญาตรี	11	10.3
อาชีพ		
รับจ้าง		43.6
เกษตรกรกรรม		14.1
ข้าราชการ		26.9
อื่นๆ		16.7
รายได้		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	48	42.30
10,001-20,000 บาท	22	20.25
20001-30000 บาท	12	11.50
30,001-40,000 บาท	7	5.10
40,001 บาทขึ้นไป	22	20.25

การใช้เทคโนโลยี และอินเทอร์เน็ต ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .54 อยู่ในระดับมาก การดูแลสุขภาพ ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .25 อยู่ในระดับมาก การสร้างสมดุลชีวิต ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .51 อยู่ในระดับมาก และ การปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .38 อยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 จังหวัดสุพรรณบุรี (n=110)

ด้าน	M	SD	ระดับ
การใช้เทคโนโลยี และอินเทอร์เน็ต	2.48	.54	มาก
การดูแลสุขภาพ	2.78	.25	มาก
การสร้างสมดุลชีวิต	2.51	.38	มาก
การปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19	2.53	.51	มาก

ความสัมพันธ์การดูแลสุขภาพกับการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกที่ .656 รองลงมาคือ การใช้เทคโนโลยี และอินเทอร์เน็ต กับ การปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 ที่ .634 ความสัมพันธ์ที่น้อยที่สุดคือ การใช้เทคโนโลยี และอินเทอร์เน็ตกับการดูแลสุขภาพที่ .419 การใช้เทคโนโลยี และอินเทอร์เน็ต การดูแลสุขภาพ การสร้างสมดุลชีวิต และการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์การใช้เทคโนโลยี และอินเทอร์เน็ต การดูแลสุขภาพ การสร้างสมดุลชีวิต และการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 จังหวัดสุพรรณบุรี (n=110)

	1	2	3	4
การใช้เทคโนโลยี และอินเทอร์เน็ต	1			
การดูแลสุขภาพ	.419	1		
การสร้างสมดุลชีวิต	.508	.560	1	
การปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19	.634	.656	.643	1

** $p < .01$

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาระดับการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 จังหวัดสุพรรณบุรี

จากการศึกษาพบว่า ระดับการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาและปริญญาตรี ประกอบอาชีพรับจ้างและข้าราชการ มีรายได้อยู่ในช่วง 10000-40000 บาทขึ้นไป รูปแบบการใช้เทคโนโลยี และอินเทอร์เน็ต การดูแลสุขภาพ การสร้างสมดุลชีวิต และการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของปาหนัน เวฬุวัน (2564) เรื่อง การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการปฏิบัติงานของฝ่ายการศึกษาสำนักงานเขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid - 2019) พบว่า มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศคอมพิวเตอร์และการสื่อสารโทรคมนาคม เชื่อมต่อเครือข่ายอินเทอร์เน็ต โดยใช้คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์เครื่องมือสื่อสารโทรคมนาคมใช้งานด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการสื่อสารประสานงาน รับ-ส่งข้อมูลผ่าน Line, Facebook และ E-mail ส่วนการจัดเก็บ การรวบรวมข้อมูลและการรายงานผ่าน google ไดรฟ์ และ google ชิตและการประชุมการสื่อสารทางไกลผ่าน Microsoft Teams, Zoom และ Google meet และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (DES) (2564) ได้วิจัย Thailand Digital Outlook ระยะที่ 3 พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่หรือคิดเป็นสัดส่วนถึง 85.1% มีการใช้งานอินเทอร์เน็ต โดยระยะเวลาการใช้งานโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 6-10 ชั่วโมงต่อวัน จากการศึกษาของอิทธิพล ดวงจินดา ชวนพิศ ศิริไพบุลย์ และศรีสุรางค์ เคหะนาค (2564) ได้ศึกษา การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก และฉันทิภา พร้อมพูน กฤษณี เหลือง วรางคณา คงสวัสดิ์ กฤติญา เสิงนา และภุชฌิศา มินาเขตร (2565) ได้ศึกษา ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่า ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวม และพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่อยู่ในระดับมาก ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ พรรัตน์ แสดงหาญ (2563) ได้ศึกษา การปรับตัวในการทำงานที่บ้านของผู้ปฏิบัติงานในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกในช่วงวิกฤตโควิด-19 พบว่า สามารถปรับตัวในการทำงานที่บ้านได้ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามสามารถปรับตัวได้ในระดับมากทุกด้าน ซึ่งได้แก่ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ด้านร่างกาย และด้านอัตมโนทัศน์

2. เพื่อศึกษารูปแบบที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 จังหวัดสุพรรณบุรี

จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการใช้เทคโนโลยี และอินเทอร์เน็ต การดูแลสุขภาพ การสร้างสมดุลชีวิต และการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ ซึ่งสอดคล้องกับทงศักดิ์ แสงสว่างวัฒนะ นิชนันท์ ศิริไสยาสน์ และโชติ บดีรัฐ (2563) ได้ศึกษา "New Normal" วิถีชีวิตใหม่และการปรับตัวของคนไทยหลังโควิด-19 : การงาน การเรียน และธุรกิจ พบว่า เนื่องจากไวรัสโควิด-19 มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก การใช้ชีวิตภายใต้สถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ในประเทศไทยจำเป็นต้องมีปรับตัว

และการป้องกันตนเองไม่ให้แพร่เชื้อให้ผู้อื่น ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม ดังนั้น คนไทยต้องปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิต คือ ไม่ออกจากบ้าน สั่งอาหารผ่านเดลิเวอรี่ จับบ่ายอย่างระมัดระวัง ทำงานอยู่ที่บ้านใช้สื่อออนไลน์ในการสื่อสารระหว่างกัน ทำให้การทำงาน การเรียน และธุรกิจ ต้องปรับตัว จะเห็นได้ว่าในด้านการทำงานพนักงานต้องปรับเปลี่ยนการทำงานโดยทำที่บ้าน และใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารการทำงานไม่ว่าจะเป็นการประชุมผ่าน Zoom Application และการทำงานร่วมกับทุกคนในองค์กรผ่าน Google Doc ในด้านการเรียน นักเรียนต้องเปลี่ยนรูปแบบเป็นการเรียนผ่านระบบออนไลน์แทน เพื่อไม่ให้เกิดการเรียนต้องหยุดชะงักลง ภาครัฐและเอกชนต้องร่วมมือกันพัฒนาช่องทางการเรียนรู้แบบใหม่ สร้างแพลตฟอร์มการเรียนรู้ชั่วคราว เพื่อแก้ปัญหาในช่วงเวลาวิกฤติแบบนี้ ส่วนในด้านธุรกิจพบว่ากลุ่มธุรกิจต่าง ๆ หันมาสนใจการทำตลาดออนไลน์มากขึ้น และใช้เทคโนโลยีให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อให้ธุรกิจมีรายได้และดูแลพนักงานต่อไป จึงก่อให้เกิดวิถีชีวิตใหม่ (เมธาสิทธิ์ ธีรัตน์ศรีสกุล และคณะ, 2564)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อค้นพบ รูปแบบการใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ต การดูแลสุขภาพ การสร้างสมดุลชีวิต และการปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก

ด้านนโยบาย

มีนโยบายสนับสนุนให้มีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลตนเองต่อไป และจัดสิ่งสนับสนุนที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต และการทำงานในสถานการณ์โควิด-19

การศึกษา

ด้านการเรียน ด้านการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลควรให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการปรับตัวในเรื่องการใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ต การดูแลสุขภาพ การสร้างสมดุลชีวิต เพื่อสามารถให้การดูแลสุขภาพประชาชนได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการจัดระบบข้อมูลด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 และรูปแบบสื่อสารสนเทศเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงความรู้และสถานการณ์โควิด-19

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (DES) .(2564). *Thailand Digital Outlook ระยะที่ 3*.

<https://www.samyang-mitrtown.com>.

กรมควบคุมโรค. (2565). *แนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19*. <https://www.ddc.moph.go.th>

กรมสุขภาพจิต.(2563). *New Normal ชีวิตวิถีใหม่*. กรมสุขภาพจิต

ณัฐริกา พร้อมพูน กฤษณี เหลือง วรางคณา คงสวัสดิ์ กฤติญา เส็งนา และภุชณิศ มีนาเขตร.(2565). ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด-19และพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. *วารสารสุขภาพและการพยาบาล*, 1 (1) ,16-27.

- ทงศักดิ์ แสงสว่างวัฒนะ, ณิชนันท์ ศิริไสยาสน์ และโชติ บดีรัฐ. (2563). “New Normal” วิถีชีวิตใหม่และการปรับตัวของคนไทยหลังโควิด-19: การงาน การเรียน และธุรกิจ. *วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมการท้องถิ่น*, 3(7), 371-386.
- ปาหนัน เวฬุวัน. (2564). *การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการปฏิบัติงานของฝ่ายการศึกษาสำนักงานเขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid - 2019). การศึกษาอิสระของนักศึกษาโครงการรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต.*
- พรรัตน์ แสงฉาย (2563) .การปรับตัวในการทำงานที่บ้านของผู้ปฏิบัติงานในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกในช่วงวิกฤตโควิด-19. *Burapha Journal of Business Management*.9(2), 14-33.
- เมธาสิทธิ์ ธีรรัตนศรีสกุล และคณะ.(2564). การปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนราชินีบูรณะ. *วารสารสังคมศาสตร์วิจัย*, 12(1),212-228.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2564). *รายงานสถิติประชากรและเคหะจังหวัดสุพรรณบุรี.*
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ. (2564). *Telemedicine Turning the COVID-19 crisis into a new form of medical service* .<https://www.usatoday.com>.
- อิทธิพล ดวงจินดา ขวณพิศ ศิริไพบูลย์ และศรีสุรางค์ เคหะนาค. (2564) .การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 14(4), 111-126.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก

ประคอง เกียรติพงษ์, พย.บ.*

ปัญญกรินทร์ หอยรัตน์, ส.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มมีวัดจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 60 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างละ 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1) โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนที่ 2) เครื่องมือตรวจสอบสมรรถภาพปอด และส่วนที่ 3) แบบสอบถาม ซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าความเที่ยงด้านความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ด้วยวิธีทดสอบ KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.72 ด้านทัศนคติในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 และ 0.87 ตามลำดับ ระยะเวลาจัดกิจกรรมและเก็บข้อมูล 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-Square test, Paired Sample t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทัศนคติในการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงที่สุดสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมห้ไปใช้เป็นแนวปฏิบัติให้การดูแลและสอนสุขศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพปอดต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ภาวะกำเริบเฉียบพลัน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

*โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

Corresponding E-mail: wikornmatid@gmail.com

(Received: March 11, 2025; Revised: June 5, 2025; Accepted: June 10, 2025)

Effects of the Self-management Promotion Program for Prevention of Acute Exacerbation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Ban Na Hospital, Nakhon Nayok Province

Prakong Kiattipong, B.N.S.*

Pankarin Hoyrat, Dr.P.H.**

Abstract

This research is a quasi-experimental study with two groups that aims to study the effects of a self-management promotion program for preventing acute exacerbations in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). The sample consisted of 60 COPD patients, divided into experimental and control groups of 30 patients each, selected through simple random sampling. The research instruments were divided into 3 parts: 1) a self-management promotion program for prevention of acute exacerbations in COPD patients, 2) a Peak Flow Meter, and 3) questionnaires, which had content validity with item-objective congruence index ranging from 0.67-1.00 and reliability for knowledge about COPD and management of breathing difficulties using the KR-20 method with a value of 0.72. The attitudes toward self-management of COPD patients and self-management behaviors in COPD patients had Cronbach's alpha coefficients of 0.80 and 0.87, respectively. The implementation and data collection period lasted 12 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics including Chi-Square test, Paired Sample t-test, and Independent t-test.

The research results showed that after the program implementation, the experimental group had significantly higher mean scores in knowledge about COPD and management of breathing difficulties, attitudes toward self-management of COPD, self-management behaviors in COPD patients, and %Peak Expiratory Flow Rate than before the program and higher than the control group with statistical significance ($p < 0.05$). From the study results, head of the outpatient ward, nurses, and others should use this program to help take care of and teach COPD patients. This can help improve their lung health.

Keywords: Self-management Acute Exacerbation Chronic Obstructive Pulmonary Disease

*Banna Hospital, Nakhon Nayok Province

**Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) เป็นโรคปอดที่มีปัญหาด้านการหายใจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในหลอดลมหรือในเนื้อปอดทำให้หลอดลมตีบแคบหรือตันทำให้ การระบายอากาศ (Ventilation) และการกำซาบ (Perfusion) มีความผิดปกติเกิดภาวะออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ (Hypoxemia) และคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงสูง (Hypercapnia) ส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยหอบหายใจลำบาก (ประทุม สร้อยวงศ์, 2564) อันเป็นสาเหตุนำไปสู่ภาวะฉุกเฉินและเสียชีวิตได้ ปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีการเสียชีวิตเป็นอันดับ 4 ของโลกซึ่งในปี ค.ศ.2021 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 3.5 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 5 ของการเสียชีวิตประชากรทั่วโลกโดยเกือบร้อยละ 90 เป็นผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 70 ปี (World Health Organization: WHO, 2024) สำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทยพบว่าเป็น ภัยคุกคามชีวิตเป็นอันดับ 2 ซึ่งในช่วง พ.ศ.2562-2564 พบมีผู้ป่วยจำนวน 147,060, 123,110 และ 164,562 คน ตามลำดับ (คุณัญญา พลศักดิ์, 2567) และจากระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสาธารณสุขพบว่าปี พ.ศ.2562-2563 พบผู้ป่วยมีอัตราค่าเฉลี่ย จำนวน 134.0 และ 124.8 ครั้งต่อ 100 ราย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและเสียชีวิต จำนวน 18,925 คน และ 18,169 คน ตามลำดับ (สมาคมเวชศาสตร์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2565)

สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดนครนายกจากข้อมูล Health Data Center (HDC) ในปี พ.ศ.2562-2566 พบจำนวน 1,804, 1,878, 2,030, 2,187 และ 2,448 คน ตามลำดับ มีอัตราตาย ร้อยละ 3.05, 2.34, 3.05, 3.02 และ 2.66 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก, 2567) ขณะที่โรงพยาบาลบ้านนา มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ.2562-2566 จำนวน 113, 116, 178, 281, 244 คน จะเห็นได้ว่าแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในทุกปีและพบว่าอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี 2562-2566 มีอัตรา 128.50, 136.56, 145.51, 98.40 และ 86.79 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เป้าหมายไม่เกิน 110.00 ต่อประชากรแสนคน (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลบ้านนา, 2567) ซึ่งสาเหตุการกำเริบเฉียบพลันมาจาก ระดับความรุนแรงของโรค มีการติดเชื้อปอดอักเสบ (ชมขวัญ แก้วพลงาม และคณะ, 2565) หรือมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และเกิดจากมลภาวะทางอากาศ (เอกวีร์ ศรีปริวุฒิ และคณะ, 2559)

บริบทประชากรในพื้นที่อำเภอบ้านนา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการจุดไฟเผาซึ่งข้าว และเป็นลูกจ้างโรงงานอุตสาหกรรมต่าง ๆ เช่น ปูนซีเมนต์ โรงงานกระเบื้อง ฟาร์มหมู ฟาร์มไก่ ประกอบกับมีพฤติกรรมสูบบุหรี่และไม่ได้หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นจึงทำให้มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับบริการในโรงพยาบาลบ้านนามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีและมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านนาโดยเฉลี่ยจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 17.20 จากการทบทวนสาเหตุการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันพบว่า ผู้ป่วยใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง ขาดความรู้เรื่องโรคและปัจจัยกระตุ้นไม่สามารถปรับพฤติกรรมเสี่ยงได้ ผู้ป่วยขาดนัดและการรักษาอย่างต่อเนื่อง ยังมีการสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งจากที่กล่าวมาการป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยการเสริมสร้างความสามารถให้ผู้ป่วยจัดการตนเองและเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคจะเป็นการลดผลกระทบต่อสุขภาพและการกำเริบเฉียบพลันซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินของชีวิตได้

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในการเรียนรู้ ดูแลรักษา และป้องกันปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง รวมทั้งให้ตระหนักถึงภาวะคุกคามต่อชีวิตตนเอง มองเห็นคุณค่าของการปฏิบัติด้วยตนเอง การจัดการตนเองโดยมีครอบครัว แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขคอยให้การสนับสนุนนับว่าเป็นกระบวนการหนึ่งที่ได้รับการยอมรับมานานเป็นแนวทางในการปฏิบัติรักษาผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดของ Kanfer and Gaelick (1991) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การกำกับตนเอง (Self-monitoring) 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และ 4) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสอดคล้องกับบริบทในการดำเนินชีวิตตนเองมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

จากแนวคิดการจัดการตนเองผู้วิจัยจึงได้ใช้พัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมีกิจกรรมอบรมให้ความรู้ กระตุ้นการกำกับตนเองให้ปฏิบัติตนปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต มีการตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตนไม่เกิดภาวะหืดกำเริบ ส่งเสริมให้เสริมแรงตนเอง และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ซึ่งการวิจัยของ ศิวพล ศรีแก้ว และคณะ (2566) ก็ใช้แนวคิดการจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ก็พบว่าพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้นและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยลดลง

โดยผู้วิจัยทำการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก ซึ่งการจัดการตนเองจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพและจัดการกับอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมและสามารถป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

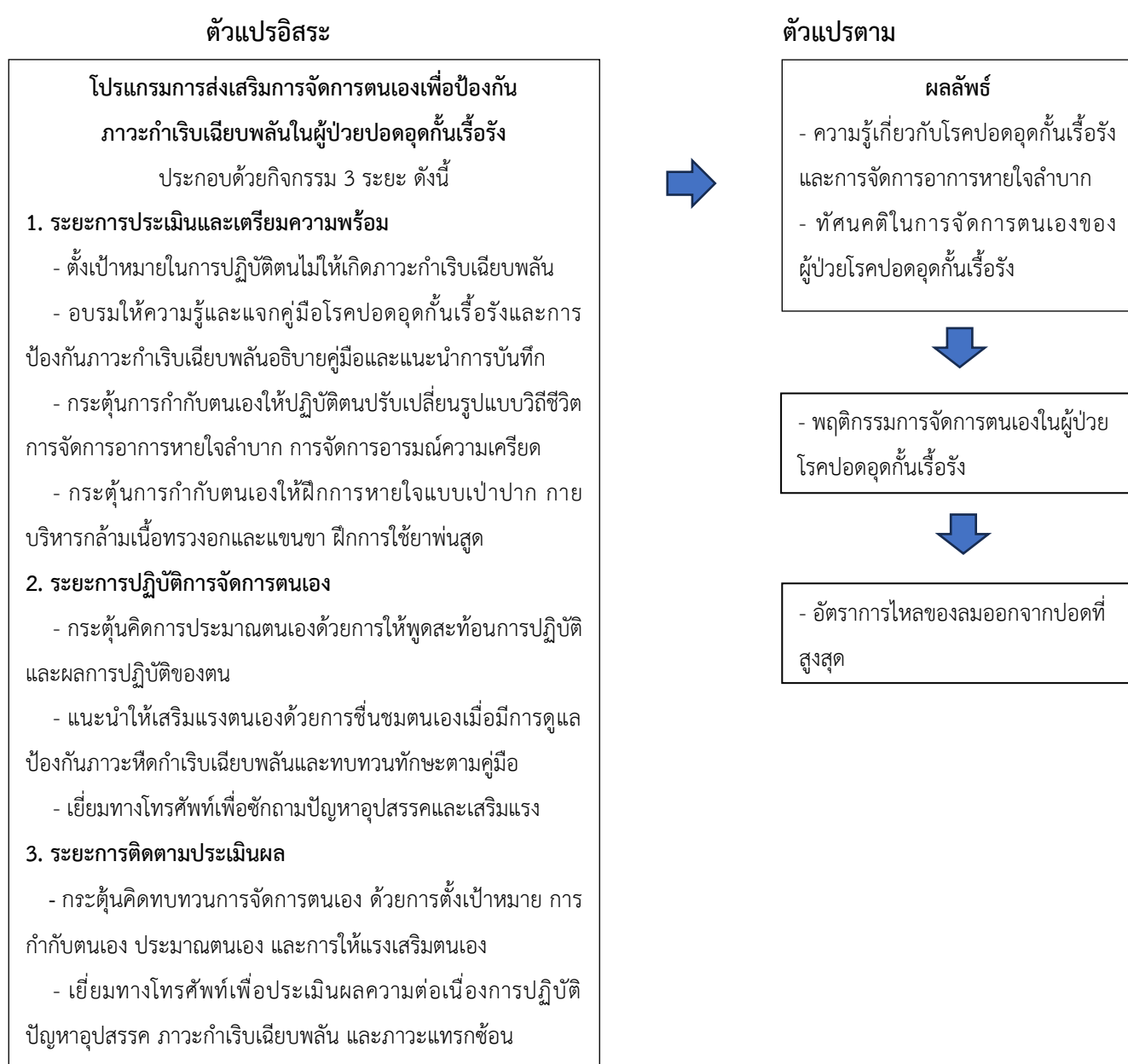
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะในการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer and Gaelick (1991) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลจะเกิดการเรียนรู้และตระหนักถึงภาวะคุกคามจากโรครวมถึงรับผิดชอบในพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติมากขึ้น มีการตอบสนองด้วยการควบคุมตนเองและให้ความสนใจในการเสริมแรงตนเองเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การกำกับตนเอง (Self-monitoring) 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และ 4) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีการวัดผล 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre-test and Post-test design) ระหว่างเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ.2566 ที่มารับการรักษาคลินิก COPD โรงพยาบาลบ้านนา จำนวน 237 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาคลินิก COPD โรงพยาบาลบ้านนา ในปี พ.ศ. 2566 และได้รับการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power เวอร์ชัน 3.1.9.7 กำหนดการทดสอบแบบทิศทางเดียว (One Tail) ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.65 คำนวณจากการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (กรกานต์ กระเดา, 2567) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α err prob) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power, $1 - \beta$ err prob) เท่ากับ 0.80 และ Allocation ratio N2/N1 เท่ากับ 1 พบว่าขนาดกลุ่มทดลอง เท่ากับ 30 คน และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 60 คน

โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาอย่างน้อย 1 ปี 2) มีอายุระหว่าง 40 - 70 ปี 3) ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ระดับ 2-3 4) มีสติสัมปชัญญะดี ฟัง อ่าน เขียน ภาษาไทยและให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง 5) มีโทรศัพท์หรือสมาร์ทโฟนสำหรับสื่อสารติดต่อเยี่ยมทางโทรศัพท์ และ 6) มีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยจนสิ้นสุดได้ 2) ย้ายออกจากอำเภอบ้านนา ก่อนสิ้นสุด การวิจัยและใช้การสุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืนให้ครบจำนวน 60 คน โดยสุ่มหยิบ 30 คนแรกเข้ากลุ่มทดลองและอีก 30 คนหลังเข้ากลุ่มควบคุม

เครื่องมือในการวิจัย สำหรับการวิจัยแบ่งเครื่องมือออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

เครื่องมือที่ 1) เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง และคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมของ เอกวิทย์ ศรีปริวุฒิ และคณะ (2559), ประทุม สร้อยวงศ์ (2564) และสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2565) ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยศึกษาการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของราเชนร์ สุโท (2565), สุภาวดี จริยาธรรมกร (2565) รวมถึงแนวคิดการจัดการตนเอง (กรณีการแสนสุภา และนเรศ กันธะวงศ์, 2564) เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การประเมินและเตรียมความพร้อมในการจัดการตนเอง แนะนำการตั้งเป้าหมายว่าจะปฏิบัติตนไม่ให้เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน มีการอบรมให้ความรู้และแจกคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพร้อมทั้งอธิบายการใช้และการบันทึกการปฏิบัติตนลงในคู่มือ แนะนำให้ปฏิบัติตนปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต การจัดการอารมณ์ ความเครียด แนะนำให้ฝึกการหายใจแบบเป่าปาก กายบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกและแขนขา ฝึกการใช้ยาพ่นสูด ส่วนระยะที่ 2 การปฏิบัติการจัดการตนเอง ด้วยการกระตุ้นคิดการประเมินตนเองด้วยการให้พูดสะท้อนการปฏิบัติและผล

การปฏิบัติของตน แนะนำให้เสริมแรงตนเองด้วยการชื่นชมตนเองเมื่อมีการดูแลป้องกันภาวะที่ดื่มน้ำมากเกินไปและ ทบพวนทักษะตามคู่มือ และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และระยะที่ 3 ระยะการติดตามประเมินผล ด้วยการกระตุ้นคิด ทบพวนการจัดการตนเอง ด้วยการตั้งเป้าหมาย การกำกับตนเอง ประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง และเยี่ยม ทางโทรศัพท์เพื่อประเมินผลความต่อเนื่องการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรค รวมระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์

สำหรับคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง วิธีการจัดการตนเองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกี่ยวกับการเลี้ยงปัสสาวะ การออกกำลังกายในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ การฝึกหายใจ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาการกำเริบ การจัดการอาการกำเริบเมื่อแสดงอาการ การใช้อาสาสมัคร และตารางบันทึกการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอาการกำเริบ เฉียบพลัน

เครื่องมือที่ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือตรวจสอบสมรรถภาพปอด (Peak Flow Meter) เป็น เครื่องมือที่ใช้วัดความเร็วของลมหายใจขณะเป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงที่สุดซึ่งค่าที่ได้จะบอกถึงสภาวะของหลอดลม ขณะนั้นว่ามีการตีบแคบหรือไม่ โดยเป็นตัวชี้วัดสมรรถภาพของปอดและผู้ป่วยควรมีอัตราการไหลของลมออกจากปอด สูงสุด (Peak Expiratory Flow Rate) ไม่ควรน้อยกว่า 80% ซึ่งสะท้อนถึงอัตราการไหลของอากาศขณะหายใจออกที่ดี (อรุณรัตน์ ศรีทวงษ์ และคณะ, 2562) และแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมของ เอกวิทย์ ศรี ปรวิฐ และคณะ (2559), ประทุม สร้อยวงค์ (2564) และสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2565) ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยศึกษาการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของราเชนร์ สุโท (2565), สุภาวดี จริยาธรรมกร (2565) ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการสูบบุหรี่ และอัตราการไหล ของลมออกจากปอดที่สูงที่สุด

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก จำนวน 29 ข้อ ลักษณะเป็น แบบตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ หากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-29 คะแนน การแปลผล ผู้วิจัยประยุกต์ใช้หลักเกณฑ์การประเมินผลของบลูม (Bloom, 1971) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ ช่วง 23 - 29 คะแนน เท่ากับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ช่วง 17 - 22 คะแนน เท่ากับอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) และน้อยกว่า 16 คะแนน เท่ากับอยู่ใน ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

ตอนที่ 3 ทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 9 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยหากเป็นคำถามเชิง บวก ให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ มี 7 ข้อ หากเป็นคำถามเชิงลบ ให้ค่าคะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ มี 2 ข้อ การแปลผลโดยใช้หลักเกณฑ์ของเบส (Best, 1981) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 เท่ากับ ทักษะในการ จัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 เท่ากับอยู่ในระดับปานกลาง และ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 เท่ากับอยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 35 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ ให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลผลโดยใช้หลักเกณฑ์ของเบส (Best, 1981) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 เท่ากับ พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 เท่ากับอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 เท่ากับอยู่ในระดับต่ำ

การหาคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ 1) ผู้วิจัยหาคุณภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยการตรวจสอบเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) นายแพทย์ทางอายุรกรรม 1 ท่าน และ 2) อาจารย์ทางการแพทย์ 2 ท่าน หลังจากนั้นนำไปปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ 2) เครื่องมือตรวจสอบสมรรถภาพปอด (Peak Flow Meter) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญอุปกรณ์การแพทย์ทำการสอบเทียบเครื่อง Peak flow meter ซึ่งใช้เครื่องมือมาตรฐานตรวจสอบความแม่นยำของค่าที่อ่านได้จากเครื่องก่อนนำไปเก็บข้อมูลและสำหรับแบบสอบถามจะผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) นายแพทย์ทางอายุรกรรม 1 ท่าน และ 2) อาจารย์ทางการแพทย์ 2 ท่าน ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Index of Item Objective Congruence : IOC) มีค่าระหว่าง 0.67-1.00 เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน (Hambleton, 1980) ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบว่าด้านความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก มีค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson-20: KR20) เท่ากับ 0.72 ด้านทัศนคติในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80 และ 0.87 ตามลำดับ ตามเกณฑ์ยอมรับ (Cronbach, 1951)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายกตามเอกสารรับรองเลขที่ NPHO 2024-021 วันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงแก่อาสาสมัครในรายละเอียดของหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตนในการวิจัย ระยะเวลาการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และอธิบายให้อาสาสมัครเข้าใจว่าสามารถตอบรับเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมก็ได้โดยไม่ต้องให้เหตุผลในการไม่สมัครใจเข้าร่วมและการไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาแต่อย่างใด และข้อมูลของอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยทุกอย่างจะเป็นความลับ การบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุชื่อโดยจะทำการเป็นรหัสแทน และข้อมูลการวิจัยรวมถึงการอภิปรายผลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่ออาสาสมัครยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยจะให้อาสาสมัครลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ขึ้นก่อนการทดลอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกให้ครบจำนวน 60 คน จากนั้นสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก 30 คนแรกเข้ากลุ่ม

ทดลองและเหลืออีก 30 คนเข้ากลุ่มควบคุม และทำการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ตามแบบสอบถามและวัดอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุดจากการเป่า Peak Flow Meter

2) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนในการทดลอง

สัปดาห์ที่ 2 ระยะประเมินและเตรียมความพร้อม โดยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมโรงพยาบาล สร้างสัมพันธภาพ และเกริ่นให้กลุ่มทดลองมีการตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การปฏิบัติตนไม่เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน จากนั้นอบรมให้ความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการดูแลป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลัน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิตหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น บุหรี่ ฝุ่นควัน มลภาวะทางอากาศ เป็นต้น แนะนำจัดการอารมณ์ ความเครียด ผักหายใจแบบเป่าปาก กายบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกและแขนขา ผีกการใช้ยาพ่นสูด จากนั้นให้กลุ่มทดลองสร้างการกำกับตนเอง (Self-monitoring) ด้วยการแจกคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรวมถึงแนะนำวิธีการบันทึกการกำกับตนเองลงในคู่มือ และเปิดโอกาสให้ซักถามย้อนกลับประเด็นสงสัย นัดพบจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 3 ชม.

สัปดาห์ที่ 3 ระยะการปฏิบัติการจัดการตนเอง เยี่ยมทางโทรศัพท์พูดคุยกระตุ้นการปฏิบัติตนตามคำแนะนำและเสริมแรงกลุ่มทดลองด้วยการบอกให้ชื่นชมตนเองเมื่อมีการปฏิบัติตามคำแนะนำและเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาอุปสรรค โทรศัพท์จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

สัปดาห์ที่ 5 ระยะการปฏิบัติการจัดการตนเอง ด้วยการประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) เป็นการติดตามต่อเนื่องที่ห้องประชุมโรงพยาบาล โดยกระตุ้นคิดประเมินตนเองด้วยการให้พูดสะท้อนการปฏิบัติตนตามคำแนะนำและผลการปฏิบัติรวมถึงผู้วิจัยแนะนำกลุ่มทดลองเสริมแรงตนเองด้วยการชื่นชมตนเองเมื่อมีการปฏิบัติตามคำแนะนำและผู้วิจัยทบทวนทักษะการปฏิบัติตนให้กลุ่มทดลองตามคู่มือฯ นัดพบจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 3 ชม.

สัปดาห์ที่ 7 ระยะการปฏิบัติการจัดการตนเอง เยี่ยมทางโทรศัพท์พูดคุยกระตุ้นการปฏิบัติตนตามคำแนะนำและเสริมแรงกลุ่มทดลองด้วยการบอกให้ชื่นชมตนเองเมื่อมีการปฏิบัติตามคำแนะนำและทบทวนทักษะการหายใจแบบเป่าปาก การใช้ยาพ่นสูด โทรศัพท์จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

สัปดาห์ที่ 9 ระยะติดตามและประเมินผล ด้วยการติดตามต่อเนื่องที่ห้องประชุมโรงพยาบาล โดยให้กลุ่มทดลองทบทวนการปฏิบัติตน ดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) คือมีการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันไหม 2) การกำกับตนเอง (Self-monitoring) มีการปฏิบัติเป็นประจำร่วมกับบันทึกการปฏิบัติลงในคู่มือหรือไม่ 3) ประเมินตนเอง (Self-evaluation) ทบทวนว่าปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด และ 4) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) ด้วยการชมเชยตนเองเมื่อมีการปฏิบัติตนป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลัน และประเมินอาการทั่วไป อาการหายใจลำบาก ภาวะกำเริบเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อน นัดพบจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 3 ชม.

สัปดาห์ที่ 11 ระยะติดตามและประเมินผล เยี่ยมทางโทรศัพท์ประเมินซักถามความต่อเนื่องการปฏิบัติตนและกระตุ้นการจัดการตนเอง รวมทั้งซักถามปัญหาอุปสรรคตลอดจนประเมินอาการทั่วไป อาการหายใจลำบาก ภาวะกำเริบเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อน โทรศัพท์จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

สำหรับสัปดาห์ที่ 4, 6, 8 และ 10 ให้กลุ่มทดลองดำเนินชีวิตประจำวันด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลัน

3) ขั้นตอนที่ 3 สัปดาห์ที่ 12 ขั้นหลังการทดลอง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามเดิมและวัดสมรรถภาพปอดเช่นเดิม

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมโดยใช้แบบสอบถามและอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุดจากการเป่า Peak Flow Meter ทั้งก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) โดยทำควบคู่พร้อมกันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ ดังนี้

1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired sample t-test

3) เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 30 คน โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 23 คน ร้อยละ 45.10 และกลุ่มควบคุม จำนวน 28 คน ร้อยละ 54.90 ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีช่วงอายุ 61-70 ปี มากที่สุด จำนวน 17 คน ร้อยละ 47.20 และ จำนวน 19 คน ร้อยละ 52.80 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในสถานะภาพคู่ จำนวน 21 คน ร้อยละ 50.00 มากที่สุดทั้งคู่ รวมถึงระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 21 คน ร้อยละ 51.20 และจำนวน 48.80 คน ร้อยละ 43.2 ตามลำดับเช่นกัน ด้านอาชีพพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกร/รับจ้างมากที่สุด จำนวน 23 คน ร้อยละ 48.90 และจำนวน 24 คน ร้อยละ 51.10 คน ซึ่งรายได้ต่อเดือนอยู่ที่น้อยกว่า 5,000 บาท มากที่สุดทั้งคู่ จำนวน 19 คน ร้อยละ 67.5 และจำนวน 17 คน ร้อยละ 45.9 ตามลำดับ ซึ่งการสูบบุหรี่พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วมากที่สุด จำนวน 22 คน ร้อยละ 44.90 และจำนวน 27 คน ร้อยละ 55.10 และมีระยะเวลาการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังช่วง 1-10 ปี มากที่สุด จำนวน 21 คน ร้อยละ 52.50 และจำนวน 19 คน ร้อยละ 47.50 ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		statistic	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					3.26 ^p	0.145
ชาย	23	45.10	28	54.90		
หญิง	7	77.80	2	22.20		
อายุ (ปี)					0.39 ^f	0.869
61-70 ปี	17	47.20	19	52.80		
51-60 ปี	9	52.90	8	47.10		
40-50 ปี	4	57.10	3	42.90		
สถานภาพสมรส					1.01 ^f	0.658
คู่	21	50.00	21	50.00		
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	5	41.70	7	58.30		
โสด	4	66.70	2	33.30		
ระดับการศึกษา					0.35 ^f	1.000
ประถมศึกษา	21	51.20	20	48.80		
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	8	47.10	9	52.90		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	1	50.00	1	50.00		
การประกอบอาชีพ					0.66 ^f	1.000
เกษตรกร/รับจ้าง	23	48.90	24	51.10		
ข้าราชการบำนาญ/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	55.60	4	44.40		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1	50.00	1	50.00		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	50.00	1	50.00		
รายได้ต่อเดือน						
< 5,000 บาท	19	52.80	17	47.20	0.51 ^p	0.774
5,000-10,000 บาท	7	50.00	7	50.00		
> 10,000 บาท	4	40.00	6	60.00		
การสูบบุหรี่						
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	22	44.90	27	55.10		
ไม่เคยสูบ	4	57.10	3	42.90	4.40 ^f	0.133
สูบ	4	100.00	0	0		

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		statistic	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง					0.30 ^p	0.584
1 - 10 ปี	21	52.50	19	47.50		
11 ปี ขึ้นไป	9	45.00	11	55.00		

หมายเหตุ p = Pearson chi-square, f = Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มควบคุม (n=30)			
	M	SD	t	p-value	M	SD	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก								
ก่อนจัดโปรแกรม	22.06	1.89	-5.57	<0.001	21.86	2.56	-0.47	0.638
หลังจัดโปรแกรม	24.36	1.67			22.16	2.24		
ทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง								
ก่อนจัดโปรแกรม	32.03	4.26	-4.86	<0.001	33.26	3.19	0.69	0.491
หลังจัดโปรแกรม	35.70	2.56			32.80	2.89		
พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง								
ก่อนจัดโปรแกรม	126.50	15.03	-3.36	0.002	124.96	17.60	-0.20	0.841

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มควบคุม (n=30)			
	M	SD	t	p-value	M	SD	t	p-value
หลังจัดโปรแกรม	136.76	8.01			125.73	19.21		
อัตราการไหลของลมออกจากปอดที่								
สูงสุด								
ก่อนจัดโปรแกรม	73.23	12.64	-9.41	<0.001	74.37	12.89	-1.34	0.190
หลังจัดโปรแกรม	83.83	13.50			75.11	13.81		

3. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะคิดในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะคิดในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ขณะที่ หลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะคิดในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนจัดโปรแกรม				หลังจัดโปรแกรม			
	M	SD	t	p-value	M	SD	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง								
และการจัดการอาการหายใจลำบาก								
กลุ่มทดลอง	22.06	1.89	0.34	0.733	24.36	1.67	4.30	<0.001
กลุ่มควบคุม	21.86	2.56			22.16	2.24		
ทักษะคิดในการจัดการตนเองของ								
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง								
กลุ่มทดลอง	32.03	4.26	-1.26	0.210	35.70	2.56	4.11	<0.001
กลุ่มควบคุม	33.26	3.19			32.80	2.89		
พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วย								
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง								
กลุ่มทดลอง	126.50	15.03	0.36	0.718	136.76	8.01	2.90	0.006
กลุ่มควบคุม	124.96	17.60			125.73	19.21		

ตัวแปร	ก่อนจัดโปรแกรม				หลังจัดโปรแกรม			
	M	SD	t	p-value	M	SD	t	p-value
อัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด								
กลุ่มทดลอง	73.23	12.64	-0.34	0.730	83.83	13.50	2.47	0.016
กลุ่มควบคุม	74.37	12.89			75.11	13.81		

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามประเด็นดังต่อไปนี้คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด ดังต่อไปนี้

1) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มทดลองได้รับการอบรมความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการดูแลป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลัน ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตนปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิตหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น บุหรี่ ฝุ่นควัน มลภาวะทางอากาศ เป็นต้น ได้รับคำแนะนำจัดการอารมณ์ความเครียด ฝึกหายใจแบบเป่าปาก กายบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกและแขนขา ฝึกการไออย่างถูกต้อง รวมถึงได้รับการแจกรุ่นมือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อใช้สำหรับทบทวนความรู้และปฏิบัติตามซึ่งประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิธีการจัดการตนเองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกี่ยวกับการเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ การฝึกหายใจ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาการกำเริบ การจัดการอาการกำเริบเมื่อแสดงอาการ การไออย่างถูกต้อง พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามย้อนกลับในประเด็นสงสัย จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการวิจัยของ กัลยรัตน์ สังข์มรรทร และคณะ (2564) ศึกษาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งรูปแบบกิจกรรมมีการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่บุคลากรและผลศึกษาพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลมีคะแนนความรู้หลังให้ได้รับกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการวิจัยของ Olivera et al (2016) ศึกษาแบบการจัดการโรคหืดด้วยตนเอง : การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดเพิ่มขึ้นและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มทดลองได้รับการกระตุ้นให้ตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตนไม่เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน ได้รับการเยี่ยมทางโทรศัพท์พูดคุยกระตุ้นให้ปฏิบัติตามคำแนะนำและได้รับการเสริมแรงให้ชื่นชมตนเองเมื่อมีการปฏิบัติตัวที่ดีรวมถึงยัง

ได้รับการกระตุ้นให้พูดสะท้อนคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติตามคำแนะนำมากน้อยเพียงไร จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการวิจัยของ อิทธิพล แก้วพอง และคณะ (2561) ศึกษาโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อ ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมและระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งใช้การกระตุ้นให้คิดถึงเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อติดตามพฤติกรรมผลการวิจัยพบว่า ด้านทัศนคติภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการวิจัยของ ธัญญารักษ์ อุปมัยรัตน์ และคณะ (2561) ศึกษาโปรแกรมการกำกับตนเองต่อทัศนคติการใช้ความรุนแรงและพฤติกรรมควบคุมตนเองในนักเรียนวัยรุ่นซึ่งใช้กิจกรรม การกำหนดเป้าหมายเช่นกันในการควบคุมพฤติกรรมตนเองและมีการให้แรงเสริมแก่ตนเองร่วมด้วยผลการวิจัยพบว่าทัศนคติภายหลังการจัดโปรแกรมสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มทดลองได้รับการอบรมเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการดูแลป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันจึงทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นและได้รับการกระตุ้นให้ตั้งเป้าหมายไม่ให้เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันและเสริมแรงตนเองด้วยการชื่นชมตนเองเมื่อมีการปฏิบัติตนป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันและการเยี่ยมทางโทรศัพท์กระตุ้นให้ปฏิบัติตามคำแนะนำและซักถามปัญหาอุปสรรคเป็นการส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ขณะเดียวกันการกำกับตนเองให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต การจัดการอาการหายใจลำบาก ผ่อนคลายอารมณ์ความเครียด การหายใจแบบเป่าปาก การบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกแขนและขา การใช้ยาสูดพ่นรวมถึงการได้รับคู่มือการจัดการตนเองและมีการบันทึกการกำกับตนเองลงในคู่มือยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการป้องกัน ภาวะกำเริบเฉียบพลัน นอกจากนี้การให้กลุ่มทดลองได้คำนึงว่าตนปฏิบัติเป็นอย่างไร มากน้อยเพียงใดนั้นเพื่อให้สะท้อนคิดว่าตนได้มีการดูแลตนเองเท่าที่ควรหรือไม่ซึ่งการกระทำดังกล่าวทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองที่ดี จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับการวิจัยของ วัชรวิ พรหมประกอบ และคณะ (2563) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมโรคหืดของเด็กวัยเรียนโรคหืด พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคหืดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการวิจัยของ Ibrahim, Shahin, & Abdelkadr (2019) ศึกษาโปรแกรมการให้สุขศึกษาในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้นในทุกด้านเกี่ยวกับโรคหืดหลังการเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มทดลองได้รับการอบรมเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการดูแลป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันจึงมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวมากขึ้นและการที่กลุ่มทดลองได้รับการกระตุ้นให้ตั้งเป้าหมายที่จะไม่เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันและการเสริมแรง

ด้วยการชมเชยตนเองเมื่อปฏิบัติตนป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันและการเยี่ยมทางโทรศัพท์ให้คำแนะนำการปฏิบัติตน พร้อมซักถามปัญหาอุปสรรคเป็นการสร้างทัศนคติที่ดีที่ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอีกด้วย กลุ่มทดลองยังได้รับการกระตุ้นให้กำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้มีการจัดการอาการหายใจลำบาก ผ่อนคลาย อารมณ์ความเครียด ผักการหายใจแบบเป่าปาก กายบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกแขนและขา การใช้ยาสูดพ่นและให้คู่มือ การจัดการตนเองไว้ให้ศึกษาและทำการบันทึกการปฏิบัติในการป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันเป็นการส่งเสริมให้เกิด พฤติกรรมที่ดี นอกจากนี้การได้รับการกระตุ้นให้สะท้อนคิดในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันเป็นการ ประเมินตนเองที่ให้ตระหนักต่อการดูแลตนเองอีกด้วย จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการ ดูแลตนเองที่ดีซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวนี้ส่งผลให้เมื่อวัดสมรรถภาพปอดพบว่าค่าอัตรา การไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด มีค่ามากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งงานวิจัยนี้มี ความสอดคล้องกับการวิจัยของ ธาดา วินทะไชย และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2561) ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่ง ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่ม ทดลองหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ สอดคล้องกับการวิจัยของราเชนร์ สุโท (2565) ศึกษาโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเองต่ออาการหายใจ ลำบากในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยแนวคิดสนับสนุนการจัดการตนเองพบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมคะแนน เฉลี่ยอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนจัดโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1) ด้านการบริหาร หัวหน้าพยาบาลหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามารถนำโปรแกรมการ ส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันมากำหนดเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังได้

2) ด้านการปฏิบัติการ พยาบาลวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในหน่วยดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดและระบบทางเดินหายใจ ควรนำเอาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันไปให้การดูแลและสอนสุขศึกษาผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อช่วยส่งเสริมสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยต่อไป

การทำวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลัน เพื่อติดตามผลในระยะยาว เช่น การวิจัยแบบวัดซ้ำ (Repeated Research Design) เพื่อดูความคงทนของพฤติกรรมการ จัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรกานต์ กระเดา. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในชุมชน โรงพยาบาลเสลภูมิ. *วารสารวิจัยและพัฒนาวัฒนธรรมทางสุขภาพ*, 5(1), 126-138.
- กรรณิการ์ แสนสุภา และนเรศ กันธะวงศ์. (2564). การจัดการตนเอง: ทักษะในการพัฒนาตนเองอย่างยั่งยืน. *วารสารศิลปศาสตร์ (วังนางเลิ้ง) มทร. พระนคร*. 1(1), 25-37.
- กัลยรัตน์ สังข์มรรทร, ศศิธร กระจายกลาง และเพ็ญจันทร์ วันแสน. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*. 36(2), 327-342.
- คุณัญญา พลศักดิ์. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน : กรณีศึกษา. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*. 8(15), 228-237.
- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลบ้านนา. (2567). สถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก
- ชมขวัญ แก้วพลงาม, ณัฐวดี อินทแสน, ภาณุพงษ์ อุ่นเรือนงาม และปาริชาติ นิยมทอง. (2565). ปัจจัยพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*. 30(1), 99-111.
- ธัญญาภรณ์ อุบัยรัตน์, วินิภาญจน์ คงสุวรรณ และวันดี สุทธรังษี. (2561). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อทัศนคติการใช้ความรุนแรงและพฤติกรรมการควบคุมตนเองในนักเรียนวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 33(2), 13-28.
- ธาดา วินทะไชย และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2561) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 30(2), 124-135.
- ประทุม สร้อยวงศ์. (2564). *การพยาบาลอายุรศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เอ็น.ที.พี.ปริ้นติ้ง
- ราชนันท์ สุโท. (2565). ผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชร พรหมประกอบ ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ และนฤมล ชีระรังสิกุล. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคหืดของเด็กวัยเรียนโรคหืด. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 14(1), 1-12.
- ศิวพล ศรีแก้ว, ขนิษฐา แสนยบุตร, ปวีณกานต์ จวนสา และนิสากร วิบูลชัย. (2566). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 20(2), 100-115.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2565*. บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก. (2567). *การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ*. Health Data Center. https://nyk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11

- สุภาวดี จริญญาธรรมกร. (2565). ผลของโปรแกรมบริหารการหายใจด้วยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อสมรรถภาพปอดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อรุณรัตน์ ศรีทะวงษ์, พุทธิพงษ์ พลคำฮัก, สุพรรณิการ์ ลดาวัลย์, พัชรินทร์ พรหมเผ่า, สายสุนีย์ คนสนิท และธิดานนท์ พรหมศรีสุข. (2562). ค่าอ้างอิงสำหรับค่าอัตราเร็วสูงสุดของการไอในคนไทยอายุ 20-90 ปี. *เทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*. 31(3), 337-346.
- อิทธิพล แก้วฟอง, ขมนาด วรรณพรศิริ และสุภาพร แนวบุตร. (2561). ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ ทักษะ ทักษะการปฏิบัติ และระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี*. 10(2), 51-71.
- เอกวิทย์ ศรีปรีจุฑา, อภิรัตน์ หวังธีระประเสริฐ, วิทวัส จิตต์ผิงงาม และสุธาทิพย์ พงษ์เจริญ (บก.). (2559). *โรคเรื้อรังที่พบบ่อยทางอายุรศาสตร์: แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษา*. พิษณุโลก, สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed.). New Jersey: Prentice – Hall
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on Formative and Somative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill Book Co.
- Ibrahim, D.E., Shahin, E.S., & Abdelkadr, H.M. (2019). Effect of an Educational Program Regarding Self-Care Management Behaviors for Patients with Bronchial Asthma. *Port Said Scientific Journal of Nursing*, 6(2), 1-22.
- Cronbach, L.J. (1951). "Coefficient alpha and the internal structure of tests". *Psychometrika* 16, 297:334-3
- Hambleton, R. K. (1980). *Test score validity and standard-setting methods*. In R. A. Berk (Ed.), *Criterion-referenced measurement: The state of the art* (pp. 80-123). Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Kanfer, F. H., & Gaelick, L. (1991). *Self-management method*. In F. H. Kanfer, & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed.). New York: Pergamon.
- Olivera, C.M., Vianna, E.O., Bonizio, R.C., Menezes, M.B., Ferraz, E., Cetlin, A.A., et.al. (2016). Asthma self-management model: randomized controlled trial. *Health Education Research*, 31(5), 1-14.
- World Health Organization: WHO. (2024). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*.
[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))

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ภาควิชา สังกัดสถาบันบรมราชชนก

ธมลวรรณ แก้วกระจก, พย.ม.*

ปิยะพร พรหมแก้ว, พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ภาควิชา สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ภาควิชา สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบอย่างง่ายได้จำนวน 176 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.93, 0.87 และ 0.70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า 1) ความเครียดของนักศึกษาภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($M = 2.46$, $SD = 1.09$) และคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.73$, $SD = 0.98$) 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมจากอาจารย์ และระดับความเครียด โดสามารถร่วมทำนายได้ในทิศทางบวกร้อยละ 24.30 ($R^2 = 0.243$)

ดังนั้น สถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษาควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือให้คำปรึกษานักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 จากอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ประจำชั้น และอาจารย์ผู้สอน เสมือนได้รับการดูแลจากครอบครัว เพื่อให้ นักศึกษารู้สึกอบอุ่น และปลอดภัย สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง และการเรียนการสอนที่แตกต่างจากระดับมัธยมศึกษาเป็นการลดระดับความเครียด และเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่นักศึกษา

คำสำคัญ: ปัจจัย คุณภาพชีวิต นักศึกษาพยาบาล

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราชคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: piyaporn@bcnnakhon.ac.th

(Received: April 6, 2025; Revised: June 1, 2025; Accepted: June 10, 2025)

Factors Influencing Quality of Life among First Year Nursing Students Boromrajonnani College of Nursing, Southern Region, Praboromarajchanok Institute

Thamolwan Kaewkrachok, M.N.S.*

Piyaporn Promkaew, M.N.S.*

Abstract

The aim of this predictive study was to investigate the quality of life and factors predicting the quality of life among first-year nursing students at Boromrajonnani College of Nursing, Southern Region, Praboromarajchanok Institute. A sample are first-year nursing students at Boromrajonnani College of Nursing, Southern Region, Praboromarajchanok Institute of 176 students was chosen for the study. The questionnaire's used were the Personal Factors Questionnaire, the Social Support Questionnaire, and the Department of Mental Health Stress Scale. The questionnaire's reliability was evaluated using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of 0.92, 0.93, 0.87, and 0.95, respectively. Data analysis was conducted using descriptive statistics and multiple regression analysis. The results showed that: 1) Overall student had low levels of stress ($M = 2.46$, $SD = 1.09$), and a good quality of life ($M = 3.73$, $SD = 0.98$). 2) The study revealed that social support from teachers and stress level were significant predictors of the quality of life of first-year nursing students. These two factors explained 24.30 percent of the variance ($R^2 = 0.243$).

Therefore, higher education institutions should develop a model for providing care and consultation to first-year nursing students of advisors, lecturers, and instructors. Having the support of family nearby, feeling nurtured, secure, and easily accessible, can adapt to the changing environment, and the teaching and learning that is different from secondary school reduces stress levels and improves the quality of life for students.

Keywords: Factor Quality of Life Nursing Students

*Boromarajonnai College of Nursing, Nakhonsithammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

นักศึกษาที่เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มบุคคลที่อยู่ในวัยรุ่นตอนปลาย และจะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมการปรับตัวของนิสิตระดับอุดมศึกษา ในช่วงปีแรกนั้นมักจะเกิดปัญหาเมื่อมีการเปลี่ยนมาจากการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา สภาพแวดล้อม วิธีการเรียนการสอน การใช้ชีวิตด้านต่างๆ ซึ่งอาจทำให้นิสิตเกิดความเครียดและมีปัญหาการปรับตัวได้ง่ายเพราะเมื่อนิสิตเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยต้องมีการปรับตัวต่อสถานการณ์สิ่งแวดล้อม การจัดการเรียนการสอนที่เปลี่ยนแปลงจากระดับมัธยมศึกษาซึ่งไม่คุ้นเคยกับลักษณะ วิธีการเรียนในระดับอุดมศึกษา จึงอาจเกิดความสับสน ท้อแท้ต่อการเรียนและยังต้องคิดตัดสินใจด้วยตนเอง ต้องเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับอาจารย์ การพบกลุ่มเพื่อนใหม่ที่มีพื้นฐานที่ต่างกัน การที่ต้องพักอยู่ในหอพักกับบุคคลอื่น ซึ่งแตกต่างไปจากการพักอยู่กับครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดคุ้นเคย การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของมหาวิทยาลัย ล้วนแต่ต้องอาศัยความพยายามเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีการคัดเลือกจากทั่วประเทศ โดยนักศึกษาจะต้องรับผิดชอบตนเองมากขึ้น ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของวิทยาลัย ได้แก่ กฎระเบียบการเข้า-ออกวิทยาลัย การปฏิบัติหน้าที่เป็นเวรสุขภาพ การอยู่หอประจำ การอยู่ร่วมกันเป็นแถวหรือพี่น้องในสายรหัส การเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางวิทยาลัยจัดขึ้น นักศึกษาจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่และสถานการณ์ต่างๆ ที่ไม่คุ้นเคย ทั้งสถานศึกษา อาจารย์ เพื่อน รุ่นพี่ กฎระเบียบต่างๆ ของวิทยาลัย ตลอดจนวิธีการเรียนการสอนที่ต่างไปจากเดิม (จุฬารัตน จิตตอน และสุภาภรณ์ คงพรหม, 2563)

การเรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเป็นหลักสูตรในระดับอุดมศึกษาที่ต้องเผชิญกับความเครียดและสิ่งที่ท้าทาย มีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคทดลอง (ปวีณา นพโสธร และคณะ, 2561) เป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับชีวิตคน ในรายวิชาที่เป็นพื้นฐานวิชาชีพ เพื่อเป็นพื้นฐานก้าวไปสู่รายวิชาชีพในชั้นปีที่สูงขึ้น การศึกษาของพัชรินทร์ กิ่งนอก, กนกวรรณ ลิ้มเจริญ และสุกัญญา บุญเลิศ (2564) พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 78.60 มีระดับความเครียดตั้งแต่ปานกลางถึงสูงสาเหตุของความเครียดประกอบด้วย ความกดดันจากการเรียนความไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมใหม่ ความวิตกกังวลในการเข้าสังคม และการสร้างความสัมพันธ์ การคิดตัดสินใจด้วยตนเองมากขึ้น โดยสถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันอุดมศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ผลิตพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศ ให้ความรู้ให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนทุกช่วงวัยทั้งในภาวะสุขภาพปกติและภาวะสุขภาพเปราะบาง สอดคล้องกับบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ จึงกำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ให้ผู้เรียนมีทักษะการคิดแก้ปัญหา การคิดอย่างมีวิจารณญาณและสร้างสรรค์ และคาดหวังให้ผู้เรียนมีทักษะชีวิต ฉะนั้นในการจัดการเรียนการสอน ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 (สถาบันพระบรมราชชนก, 2567) เพื่อเข้าสู่การเรียนรายวิชาชีพในชั้นปีที่ 2-4 ในการจัดการเรียนการสอนดังกล่าวต้องได้มาตรฐานตามเกณฑ์การประกันคุณภาพการศึกษาในระดับอุดมศึกษา และได้มาตรฐานวิชาชีพ ตามเกณฑ์สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด การจัดการเรียนการสอนจึงมีความเฉพาะแตกต่างจากการจัดการเรียนการสอนในระดับมัธยมศึกษาเพื่อให้ได้บัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลถึงระดับการมีชีวิตที่ดีมีความสุขและความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนั้นคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยมในช่วงเวลานั้น ๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวังและมาตรฐาน ที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ซึ่ง

ปัจจุบันคุณภาพชีวิตจัดเป็นตัวชี้วัดสำคัญตัวหนึ่งในการประเมินภาวะสุขภาพบุคคลอย่างเป็นองค์รวม ส่วนในบริบททางการศึกษาคุณภาพชีวิตก็เป็น อีกหนึ่งตัวชี้วัดที่สำคัญซึ่งสะท้อนคุณภาพของการจัดการศึกษาเช่นกัน นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในสังกัดพระบรมราชชนกโดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ต้องเผชิญกับความเครียดและมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ความไม่คุ้นชินต่อรูปแบบวิธีการเรียนในระดับอุดมศึกษา จึงอาจเกิดความสับสน ท้อแท้ต่อการเรียน อีกทั้งต้องเรียนรู้เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับอาจารย์ การคบเพื่อนทั้งในเพศเดียวกันและต่างเพศต้องการแรงสนับสนุนจากครอบครัว ปัจจัยที่กล่าวถึงอาจจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ที่ไม่สามารถปรับตัวได้ จึงเป็นเหตุให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่สถาบันกำหนด อาจทำให้เกิดการลาออกจากสถานศึกษาเป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีบางงานวิจัยกล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล เช่น ความเครียดจากการเรียน ภาระงานวิชาการ การปรับตัวในสภาพแวดล้อมใหม่ หรือความสัมพันธ์กับเพื่อนและอาจารย์ (วันสนั่น ขลิบปิ่น และมนัสสน์ หัตถศักดิ์, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมและการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยเฉพาะนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่จัดการเรียนการสอนให้ผู้เรียนมีความรู้ความสามารถเพื่อให้บริการประชาชนทั้งในภาวะสุขภาพปกติ และมีปัญหาสุขภาพ การเรียนการสอนที่หนักตั้งแต่ในชั้นปีที่ 1 ในรายวิชาที่เป็นพื้นฐานทั่วไป และโดยเฉพาะรายวิชาที่เป็นพื้นฐานวิชาชีพ ประกอบกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ชีวิตแยกจากครอบครัว ต้องมาอาศัยอยู่รวมกันในห้องพักรวม มีระเบียบวินัยและกฎเกณฑ์ ต้องปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง และโดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ภาครใต้ มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม หลายบทความการกล่าวถึงโดยไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้ไม่สามารถยืนยันได้อย่างชัดเจนว่าปัจจัยเหล่านั้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาในระดับที่มีนัยสำคัญ ด้วยเหตุนี้ จึงมีความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียด เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ภาครใต้ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างแท้จริง จึงได้ศึกษา ซึ่งจะช่วยให้ทราบสถานการณ์ของคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 และทราบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ทำให้สามารถให้การช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

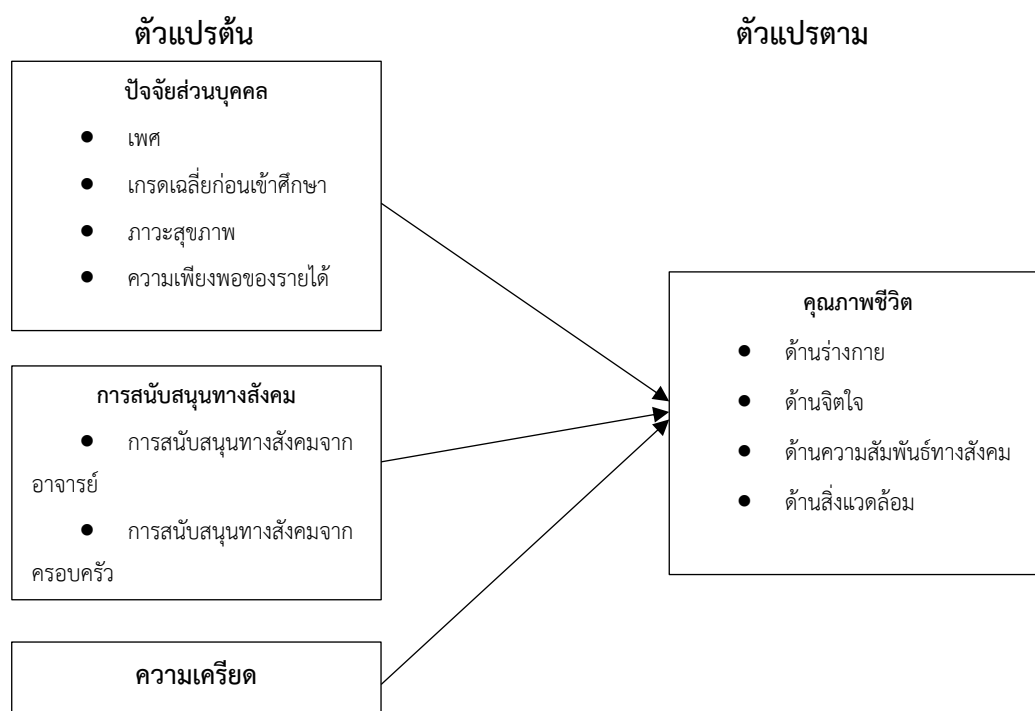
1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ภาครใต้ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ภาครใต้ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ เกรดเฉลี่ยก่อนเข้าศึกษา ภาวะสุขภาพ ความเพียงพอของรายได้) และการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ภาครใต้ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม มีปัจจัยหลายด้านที่อาจส่งผลต่อ คุณภาพชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม ตามการศึกษาของ ไพศาล แยมวงศ์ (2555) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 2) การสนับสนุนทางสังคมจากอาจารย์ 3) การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ส่วนความเครียด ใช้ความเครียดตามแนวคิดของกรมสุขภาพจิต (2562) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายเก็บข้อมูลเดือน กันยายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ภาควิชาได้สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ประจำปีการศึกษา 2567 รวมทั้งสิ้นจำนวน 643 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบไม่แทนที่ โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G * power (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ และคณะ, 2562) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) ค่าอิทธิพลขนาดเล็กเท่ากับ 0.15 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบเท่ากับ 0.95 จำนวนตัวแปรทำนาย เท่ากับ 8 ได้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 176 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ตามสัดส่วนประชากรของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

ภาคใต้ ตอนบน คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช จำนวน 92 คน และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช จำนวน 84 คน ครอบคลุมจำนวนที่กำหนด 176 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ เกรดเฉลี่ยก่อนเข้าศึกษาภาวะสุขภาพ ความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมดัดแปลงจากไพศาล แยมวงศ์ (2555) มีจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จำนวน 10 ข้อ การสนับสนุนทางสังคมจากอาจารย์ จำนวน 10 ข้อ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน จำนวน 10 ข้อ การแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการสนับสนุนทางสังคมผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ ตามสูตรการหาค่าอันตรภาคชั้นของเบสส์ (Best, 1977) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง ระดับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง ระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST - 20) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2562) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่รู้สึกเครียดเลย เท่ากับ 1 จนถึงรู้สึกเครียดมากที่สุด เท่ากับ 5 มีจำนวน 20 ข้อ มีการแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนน 0 - 23 คะแนน มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 24 - 41 คะแนน มีความเครียดระดับปานกลาง

คะแนน 42 - 61 คะแนน มีความเครียดอยู่ในระดับสูง

คะแนน 62 คะแนนขึ้นไป มีความเครียดระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ดัดแปลงจาก สุวัฒน์ มหัตถินรัตนกุล (2541) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 1) ด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 21 ข้อ จากมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ จากมากที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน น้อยที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน การแปลผลโดยรวม ความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ ตามสูตรการหาค่าอันตรภาคชั้นของเบสส์ (Best, 1977) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำเครื่องมือวิจัยที่เป็นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบไปด้วยอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย และสถิติจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาล ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลที่รับผิดชอบงานสวัสดิการนักศึกษา จำนวน 1 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Index of item Objective Congruence) ของแบบสอบถาม ทุกข้ออยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ที่คำนวณได้มีค่ามากกว่า 0.5 ถือว่าใช้ได้ แล้วนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตมาแก้ไขเพิ่มเติมตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง แต่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในแบบสอบถามแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93 และ 0.87 ตามลำดับ และแบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST - 20) ซึ่งเดิมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.70

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เลขที่จริยธรรม Exc -14/2567 ลงวันที่ 16 กันยายน 2567 โดยผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือ และชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ จึงให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ โดยลงลายมือชื่อก่อนตอบแบบสอบถาม หลังจากที่ได้อธิบายวัตถุประสงค์และชี้แจง ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ และในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่เขียนชื่อ และที่อยู่ การวิเคราะห์ข้อมูลจะวิเคราะห์ในภาพรวม และนำมาใช้ในเชิงวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราชให้ดำเนินการศึกษาผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ภาคใต้ ตอนบน 1 แห่ง คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช และภาคใต้ตอนล่าง 1 แห่ง คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา โดยมีการอธิบายรายละเอียด โครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งกำหนดวัน เวลาในการเก็บแบบสอบถามคืน เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบแบบออนไลน์และส่งแบบสอบถามกลับมายังผู้วิจัยทาง google form ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป คือ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

(mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด (maximum) และค่าต่ำสุด (minimum) วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (multiple regression analysis) ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นตรง กราฟ normal plot มีการแจกแจงแบบปกติ พิจารณาจากค่า residual เท่ากับ .0110 มีความแปรปรวนคงที่ ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน พิจารณาค่า durbin-watson เท่ากับ 2.098

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล และระดับการสนับสนุนทางสังคม

นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครโกสุมพิสัย สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 176 คน พบว่าร้อยละ 90.30 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.60 มีเกรดเฉลี่ยก่อนเข้าศึกษา อยู่ในกลุ่มเก่ง ร้อยละ 90.90 มีสุขภาพแข็งแรง และร้อยละ 52.80 มีรายได้ไม่เพียงพอ และระดับการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ทั้งโดยรวมและรายด้าน การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 4.40$, $SD = 0.90$) รองลงมา คือการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($M = 4.12$, $SD = 0.93$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากอาจารย์มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 4.11$, $SD = 0.85$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล ศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครโกสุมพิสัย สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ($n=176$)

การสนับสนุนทางสังคม	M	SD	ระดับ
1. การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	4.40	0.85	สูง
2. การสนับสนุนทางสังคมจากอาจารย์	4.11	0.85	สูง
3. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	4.12	0.93	สูง
รวม	4.11	0.85	สูง

ส่วนที่ 2 ระดับความเครียด

ระดับความเครียด ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครโกสุมพิสัย พบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในสูง ร้อยละ 48.86 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.57 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าคะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียด ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ภาควิชา สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (n=176)

ระดับความเครียด	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย	0 – 23	3	1.70
ระดับปานกลาง	24 -61	45	25.57
ระดับสูง	42 – 61	86	48.86
ระดับรุนแรง	62 ขึ้นไป	42	23.86

ส่วนที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิต

ระดับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ภาควิชา สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกพบว่า มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.78, SD = 0.98$) และระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านร่างกาย ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย ($M = 3.83, SD = 0.87$), ($M = 3.79, SD = 1.17$), ($M = 3.75, SD = 0.98$) ตามลำดับ ส่วนระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย ($M = 3.58, SD = 0.90$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ระดับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ภาควิชา สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (n=176)

คุณภาพชีวิต	M	SD	แปลผล
1. ด้านร่างกาย	3.75	0.98	ดี
2. ด้านจิตใจ	3.83	0.87	ดี
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3.79	1.17	ดี
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	3.58	0.90	ปานกลาง
รวม	3.73	0.98	ดี

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 พบว่าความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมจากอาจารย์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต กล่าวคือ เมื่อนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 เมื่อมีความเครียดเพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีคุณภาพชีวิตลดลง -0.285 คะแนน ($b = -0.285$) เมื่อนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 มีการสนับสนุนทางสังคมจากอาจารย์เพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น $.158$ คะแนน ($b = .158$) ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ภาควิชา สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกได้ ร้อยละ 24.30 ($R^2 = 0.243$) อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001) โดยสามารถเขียนสมการทำนาย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี สังกัดสถาบันบรมราชชนก ได้ดังนี้

$$Y_i = 13.779 - 285 (\text{ความเครียด}) + .158 (\text{การสนับสนุนทางสังคมจากอาจารย์})$$

$$\text{สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน } z = -.407 (\text{ความเครียด}) + .179 (\text{การสนับสนุนทางสังคมจากอาจารย์})$$

ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและค่าสัมประสิทธิ์ โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวทำนาย	b	Beta	t	Sig.
ความเครียด	-.285	-.407	-5.854	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากอาจารย์	.158	.179	2.574	.011

Constant = 13.779, R = 0.493, R-Square = 0.243, adj R-Square = 0.235, SEets = 0.442,

F = 27.809 **p-value < 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.78$, $SD = 0.98$) และระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านร่างกาย ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย ($M = 3.83$, $SD = 0.87$), ($M = 3.79$, $SD = 1.17$), ($M = 3.75$, $SD = 0.98$) ส่วนระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ($M = 3.58$, $SD = 0.90$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยก่อนเข้าศึกษา อยู่ในกลุ่มเก่ง ร้อยละ 90.90 มีสุขภาพแข็งแรง และร้อยละ 52.80 มีรายได้ไม่เพียงพอ และระดับการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 4.40$, $SD = 0.90$) ถัดมาคือ โพรวิชั่น และเกวลิน ศิลพิพัฒน์ (2566) ศึกษา นักศึกษาทั่วประเทศไทย พบว่า ความพึงพอใจในด้านวิชาการ สังคม และสิ่งอำนวยความสะดวก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมหาวิทยาลัย โดยเฉพาะด้านสังคมที่มีผลกระทบมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลีวัล เลิศสาครศิริ และวิลาวัลย์ เพ็งพานิช (2563) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลสถาบันอุดมศึกษาเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร คุณภาพชีวิตโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับดีมาก รองลงมาคือ ด้านจิตใจและอารมณ์ อยู่ในระดับดี และค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลสถาบันอุดมศึกษาเอกชนการเรียนการสอนและการฝึกปฏิบัติการพยาบาลนักศึกษาต้องรับผิดชอบตนเองต้องเรียนรู้ระบบงานเจ้าหน้าที่มีความสุขมีปฏิสัมพันธ์ กับบุคลากรทุกระดับมีสัมพันธภาพที่ดีร่วมกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพเพื่อติดต่อประสานงานในการทำงานร่วมกัน รวมถึงการแสดงออกหรือการทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ ของนักศึกษาทั้งในและนอกสถาบันการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่สถาบันจัดการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ดังนั้นนักศึกษาจำเป็นต้องมีมีสมรรถนะทางการสื่อสารสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อน อาจารย์ บุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ป่วยหรือญาติ ซึ่งมี

ความแตกต่างกับกับกมลรัตน์ ทองสว่าง (2560) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตรายด้านของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และด้านสังคม มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางค่อนข้างดี อาจเนื่องมาจากประชากรส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน และชั้นปีที่ 2 ผ่านระยะเวลาในการปรับตัวและการเรียนในเชิงวิชาชีพและการฝึกปฏิบัติมาแล้วต่างจากนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่เรียนเฉพาะรายวิชาพื้นฐานวิชาชีพและยังไม่มีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมต่ำสุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ ทั้งนี้อาจจะเกี่ยวข้องกับการที่นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 พักอยู่ในหอพักนักศึกษาภายในสถาบันการอยู่หอพักของสถาบันอาจไม่ มีสิ่งอำนวยความสะดวกมากเพียงพอความต้องการของนักศึกษาเมื่อเทียบกับหอพักเอกชนภายนอกสถาบันหรือที่บ้านรวมถึงการอยู่ร่วมกันหลายคนในห้องเดียวกันนักศึกษาจะรู้สึกอึดอัด และขาดอิสระในการดำเนินชีวิตจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตอีกทั้งการอยู่ร่วมกันในหอพักจะมีกฎระเบียบต่างๆ ที่เคร่งครัดเช่นเดียวกับนักศึกษาที่อยู่หอพักภายในสถาบันการศึกษาของแสดงให้เห็นว่าสถานะทางกายภาพที่สอดคล้องกัน มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมากกับการแสดงออกและการพักผ่อน สถานะทางจิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว สถานะทางจิตใจกับการแสดงออกและการพักผ่อน และความสัมพันธ์ในครอบครัวกับมิตรภาพ (Szegedi K., Gyori Z., & Juhasz T., 2024) แตกต่างจากผลการศึกษาของ Ngo et al., 2020 (2020) พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมสูงสุดในด้านสุขภาพร่างกายและคะแนนต่ำสุดในด้านสังคมผลวิจัยสะท้อนถึงสถาบันการศึกษายาบาลจำนวนมากมีการบริหารจัดการในด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับน้อย อาทิ ขาดการจัดบรรยากาศ ความเป็นอยู่สิ่งอำนวยความสะดวกสบาย พัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับนักศึกษาที่เรียนสาขาพยาบาล และการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นหลักสูตรที่ค่อนข้างเข้มงวดและมีจุดเน้นที่สำคัญคือ การศึกษาเกี่ยวกับชีวิตมนุษย์และต้องลงมือฝึกปฏิบัติจริงกับชีวิตมนุษย์ รวมทั้งความรู้สึนึกคิดของนักศึกษาพยาบาลที่กำลังเรียนอยู่ในแต่ละชั้นปีที่ต้องมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิต เช่น การปรับตัวในรั้วมหาวิทยาลัยหรือการศึกษาในระดับอุดมศึกษา การปรับตัวจากการเรียนภาคทฤษฎี การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน อาจารย์ ต้องใช้ความละเอียดรอบคอบ ทั้งยังอาจต้องเผชิญกับความตึงเครียดจากการปรับตัวด้วย

ความเครียด เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ความเครียดเพิ่มขึ้น จะทำให้นักศึกษาพยาบาล ศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 มีคุณภาพชีวิตลดลง เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 มีการปรับตัวต่อรูปแบบวิธีการเรียนในระดับอุดมศึกษา การเรียนการสอนที่หนัก ตั้งแต่ในชั้นปีที่ 1 ในรายวิชาที่เป็นพื้นฐานทั่วไป และโดยเฉพาะรายวิชาที่เป็นพื้นฐานวิชาชีพจึงอาจเกิดความสับสน ท้อแท้ต่อการเรียน ต้องปรับตัวกับสภาพแวดล้อมใหม่ ทั้งเพื่อน อาจารย์ และหอพัก ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของวิทยาลัย ได้แก่ กฎระเบียบการเข้า-ออกวิทยาลัย การปฏิบัติหน้าที่เป็นเวรสุขภาพ การอยู่หอประจำที่ส่งผลให้เกิดความเครียด ดังที่สิริทรัพย์ สีหะวงษ์ และคณะ (2561) พบว่า การปรับตัวกับสถานที่ใหม่ๆ และการสร้าง สัมพันธภาพกับคนใหม่ ๆ มีความสามารถในการเผชิญปัญหาน้อย เรียนไม่เข้าใจ ไม่ทันเพื่อน มีความท้อแท้ และมีสัมพันธภาพที่ไม่ราบรื่นและเกิดความรู้สึกในทางลบต่อเพื่อน รุ่นพี่ อาจารย์ทำให้รู้สึกไม่ไว้วางใจ ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.14 สอดคล้องกับกัญญาวิณั โมกขาว และคณะ (2564) พบว่า วิถีชีวิตของนักศึกษา ที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านการเรียนการสอน ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านที่อยู่

อาศัย ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง (จุฬารวรรณ จิตดอน และสุภาภรณ์ คงพรหม, 2563; Hashish, EA. A., Bajbeir, E., Almadadi, S A., Alzebali, N D., Alhubish, S F., 2024)

การสนับสนุนทางสังคมจากอาจารย์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ทำให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากการที่อาจารย์ให้ความสำคัญกับนักศึกษาเน้นการดูแลนักศึกษาอย่างใกล้ชิด ใส่ใจ มีการจัดให้แต่ละชั้นปีมีอาจารย์ที่ปรึกษา และมีบริการห้องให้คำปรึกษา ดูแลในเรื่องการเรียน ปัญหาส่วนตัว และความเป็นอยู่ของนักศึกษาให้ผ่านไปด้วยดีทำให้คุณภาพชีวิตของนักศึกษาดีขึ้น ดังที่วิลาวรรณ คริสต์รักษา และคณะ (2563) พบว่า การที่อาจารย์คอยยื่นยัดเคียงข้างนักศึกษา ไม่ตำหนิด้วยถ้อยคำที่รุนแรงคอยให้กำลังใจ และช่วยแก้ไข ปัญหาให้นักศึกษาจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้นักศึกษารู้สึกได้รับแรงสนับสนุนจากอาจารย์ซึ่งจะทำให้นักศึกษามีความเครียดที่ลดลง ส่งผลให้นักศึกษามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Komariah, M. et al., 2025)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การคัดกรองความเครียดของนักศึกษาตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 คัดกรองอย่างต่อเนื่องทุกภาคการศึกษา และทุกปี การศึกษา จัดโปรแกรมในกลุ่มนักศึกษาที่มีความเครียดอยู่กลุ่มระดับปานกลางทำวิจัยและนำโปรแกรมมาใช้อย่างเป็นรูปธรรม มีระบบการส่งต่อไปยังคลินิกให้คำปรึกษา ที่มีผู้ให้คำปรึกษามีความเชี่ยวชาญในกลุ่มที่มีความเครียดระดับสูง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แบบทดสอบด้านสุขภาพจิต. <https://dmh.go.th/test/>.
- กฤตเมธ โพธิ์วัชร, และเกวลิน ศิลพิพัฒน์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตนักศึกษาระดับปริญญาตรี ในประเทศไทย. *วารสารรัชต์ภาค*, 17(55), 266-282.
- กัญญาวัฒน์ โมกขาว, วรพนิต ศุกระแพทย์, และวลัยนารี พรหมลา. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 44(2), 60-71.
- จรีรัตน์ อินทวัฒน์, ธนพล บรรดาศักดิ์ และนฤมล จันทระเกษม. (2560). กระบวนทัศน์ในการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: บทเรียนจากคำศิลาธรรม. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์*, 5(2), 376-387.
- จริญญา แก้วสกุลทอง. (2562). ปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 8-11.
- จุฬารวรรณ จิตดอน และสุภาภรณ์ คงพรหม. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดขณะฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 24(2), 197-210.
- ปวีณา นพโสตรง, อัจรา ฐิตวัฒน์กุล และนิตดา กลิ่นทอง. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(2), 1-10.
- พิทักษ์ ทองสุข และวิภา เพ็งเสงี่ยม. (2561). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 19(3), 183-186.

- พัชรินทร์ กิ่งนอก, กนกวรรณ ลิ้มเจริญ, และสุกัญญา บุญเลิศ. (2564). ระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(1), 34-45.
- วันสนันท์ ขลิบปั่น และ มนัสนันท์ หัตถศักดิ์. (2563). ปัจจัยที่มีต่อความสัมพันธ์กับการปรับตัวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยดุสิตธานี. *วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี*, 14(3), 578-594.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2567). แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567. <https://shorturl.asia/hQNoS>.
- สิริทรัพย์ สีหะวงษ์ และคณะ. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย อุบลราชธานี. *วารสาร มฉก.* 21(42), 93-106.
- อนันต์ตรี สมิตินราเศรษฐ์ และ ศุภามณ จันทร์สกุล. (2561). การศึกษาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัย อีสเทิร์นเอเซีย. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 24(4), 565-572.
- อนันต์ตรี สมิตินราเศรษฐ์ และ ศุภามณ จันทร์สกุล. (2566). การศึกษาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ในสังกัด สถาบันอุดมศึกษาเอกชนภาคกลาง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 13(2), 77-90.
- ไพศาล แยมวงศ์. (2555). *การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของ นักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ.
- Hashish, EA. A., Bajbeir, E., Almadadi, S A., Alzebali, N D., Alhubish, S F. (2024). Investigating Quality of Life, Academic Resilience, and Influential Factors in Nursing Education: A Mixed-Methods Study among Nursing Students. *SAGE Open Nursing*, 10, 1-14. <https://doi.org/10.1177/23779608241303690>
- Komariah, M. et al. (2025). Quality of Life, Self-Esteem, and Stress among First-Semester Student Nurses in Indonesia: A Cross-Sectional Study. *SAGE Open Nursing*, 11, 1-10. <https://doi.org/10.1177/23779608251317805>
- Ngo, X. et al. (2020). Health-related quality of life among nursing students in Southern Vietnam: An application of the world health organization quality of life instrument, short form. *Journal of critical reviews*, 7(12), 1030-1035.
- Szegedi K., Gyori Z., & Juhasz T. (2024). Factors affecting quality of life and learning-life balance of university students in business higher education. *HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES COMMUNICATIONS*, 11, 113, <https://doi.org/10.1057/s41599-024-02603-7>
- World Health Organization. (1998). *WHOQOL Measuring quality of life: Geneva*. <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์, พย.ม.*

จารุวรรณ สอนองญาติ, ศษ.ด.* และจันทร์ฉาย มณีวงษ์, พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัด สุพรรณบุรี จำนวน 54 คน คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self - efficacy Theory) (Bandura, 1997) กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการให้ความรู้ การทำกิจกรรม และโทรศัพท์ติดตาม ส่วนในกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 35 – 65 ปี ร้อยละ 66.67 สถานภาพสมรสศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด อยู่ระหว่าง 7-8.50 % รับประทานยาเม็ด ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย และมีภาวะอ้วนระดับ 1 ดัชนีมวลกาย 25 - 29.9 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (9.48 ± 1.85 vs. 6.70 ± 0.59 ; $p < 0.001$) การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคได้ด้วยตัวเองอย่างถูกต้อง และมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: jaruwan@snc.ac.th

(Received: March 30, 2025; Revised: June 1, 2025; Accepted: June 10, 2025)

The Effectiveness of a Self-Efficacy Promotion Program on Diabetes Control Behaviors among the Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus

Khunruetai Thammakijpirote, M.N.S.*

Jaruwan Sanongyard, Ed.D.* & Janchai Maneewong, M.N.S.*

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a self-efficacy promotion program on diabetes control behaviors among type 2 diabetes patients with poor glycemic control. The sample consisted of 54 patients receiving treatment at the diabetes clinic, outpatient department, of a tertiary hospital in Suphanburi Province, selected according to inclusion criteria. The self-efficacy promotion program applied Self-efficacy Theory (Bandura, 1997). The experimental group received routine nursing care combined with knowledge provision, activities, and telephone follow-up, while the control group received routine care for 8 weeks. Data analysis was conducted using descriptive statistics, chi-square, and t-test statistics.

The research findings showed that the majority of the sample were female, aged 35-65 years (66.67%), married, educated at secondary school level or higher, with monthly income exceeding 5,000 baht per month, diabetes duration of more than 5 years, HbA1c levels between 7-8.50%, taking oral medication, mostly engaging in exercise, and having Class 1 obesity with BMI 25-29.9. The experimental group showed significantly higher mean scores for diabetes control behaviors compared to before receiving the program and significantly higher than the control group ($p < .001$). The experimental group also had significantly lower mean HbA1c levels compared to the control group after participating in the self-efficacy promotion program (9.48 ± 1.85 vs. 6.70 ± 0.59 ; $p < 0.001$).

This study demonstrates that the self-efficacy promotion program can be implemented in hospital diabetes patient care to enable patients to properly self-manage their disease and achieve reduced mean HbA1c levels.

Keywords: Self-Efficacy Promotion Program Diabetes Control Behaviors Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus

*Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของโลก รวมทั้งประเทศไทย สถานการณ์เบาหวานปัจจุบันมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นจากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ได้รายงานสถานการณ์ผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกแล้ว 285 ล้านคนและได้ประมาณการว่าจะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากกว่า 435 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 หากไม่มีการดำเนินการในการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ (IDF, 2019) สำหรับประเทศไทยพบว่า อัตราการตายด้วยโรคเบาหวานใน ปี พ.ศ. 2560 และ 2562 ต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 22.0, 24.5 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน และคาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2583 (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, 2564) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในประชากรไทยคือ อายุมาก ประวัติครอบครัวป่วยด้วยเบาหวาน การแต่งงาน การศึกษาน้อย น้ำหนักเกิน ความดันโลหิตสูง มีไขมันในเลือดประเภท HDL ต่ำ ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง กิจกรรมทางกาย Metabolic Equivalent of Task หรือ MET) ไม่เพียงพอ (ชัชสิทธิ์ รัตตสาร, 2564 และ รณิดา เตชะสุวรรณ, สุทัศน์ โชตนะพันธ์, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, บัณฑิต ศรีไพศาล และประวิช ตัญญูสิทธิสุนทร, 2563) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมค่าน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) สูงเกิน 7% คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย (ดวงใจ พันธุ์อารีวัฒนา, 2561) ฤทธิรงค์ บุรพันธ์ และ นิรมล เมืองโสม, 2556) การมีกิจกรรมทางกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จาก 81 การศึกษา พบว่า กลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายในระดับสูงมีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยความเสี่ยงสัมพัทธ์ เท่ากับ 0.65 สำหรับกิจกรรมทางกายทั้งหมด 0.74 สำหรับกิจกรรมยามว่าง 0.61 สำหรับกิจกรรมที่มีความหนักระดับสูง 0.68 สำหรับกิจกรรมระดับปานกลาง 0.66 สำหรับกิจกรรมเบา และ 0.85 สำหรับการเดิน (Aune et al., 2015) นอกจากนี้ พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ และอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, 2561)

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อการส่งเสริม ป้องกันหรือบำรุงรักษาสุขภาพ ซึ่งมีความสำคัญ ประกอบด้วย การบริโภคอาหารทั้งชนิด ปริมาณ และคุณภาพที่เหมาะสมเป็นวิธีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ช่วยลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes, 2014) แต่ปัญหาที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ส่วนใหญ่มักเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะการได้รับสารอาหารที่เรียกว่า คาร์โบไฮเดรตมากเกินไป (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) และการบริโภคคาร์โบไฮเดรตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับฮีโมโกลบินเอวันซีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49, p < .05$) (วินัฐ ดวงแสนจันทร์, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ญัฐยานัน สุวรรณคฤหาสน์ และ ญัฐพงศ์ โฆษขุนหนันท์, 2565) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์

กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) (ขวัญเรือน กำวิตุ และชนิดา มัททวงกูร, 2562 และณิชาธิย์ ใจคำวัง, 2558)

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยเพิ่มความไวของอินซูลิน เนื่องจากระหว่างออกกำลังกาย กล้ามเนื้อจะนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ เมื่อกล้ามเนื้อมีการหดตัวหรือทำงาน ขณะทำกิจกรรมต่างๆ น้ำตาลในเลือดจะถูกนำไปใช้เป็นพลังงาน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการออกกำลังกาย ซึ่งหลังออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือดจะลดลง และลดลงมากกว่า 24 ชั่วโมง ทำให้สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ (อ้อมเดือน ชื่นวารี, 2565) จากการศึกษา งานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การออกกำลังกายที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทยมี 2 ชนิดคือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกแบบหนักปานกลาง และการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (ชลลดา ตียะวิสุทธิ, ศรีพรพิมล ชัยสา, อัศนี วันชัย และชลธิมา ปิ่นสกุล, 2561 สรินดา ศาตะมาน, 2561 ปณณิกา ปราชญ์โกสินทร์, 2564) โดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น การเดิน การวิ่ง ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน รวม 150 นาทีต่อสัปดาห์ ในการออกกำลังกายระดับปานกลาง หรือรวม 75 นาทีต่อสัปดาห์ ในการออกกำลังกายระดับหนัก การออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (Strengthening exercise) เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อกลุ่มใหญ่ของร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อรอบสะโพก กล้ามเนื้อต้นขา กล้ามเนื้อน่อง กล้ามเนื้อต้นแขน โดยให้ทำอย่างน้อย 10 – 15 ครั้ง จำนวน 3 ชุดต่อกล้ามเนื้อ อย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ (ADA, 2022 & WHO, 2020)

การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ทำให้บุคคลมีความตระหนัก ความพยายามที่จะเรียนรู้ กระทำพฤติกรรมนั้นโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค (Bandura, 1997) มีการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมได้ จากการศึกษา ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ต่อโรค และขาดการออกกำลังกายซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายมากที่สุด คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวัง ผลดีจากการปฏิบัติพฤติกรรม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่ขาดความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย จึงส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่สำเร็จ (สายฝน ม่วงคุ่ม, พรพรรณ ศรีโสภา, วลภา คุณทรงเกียรติ, ปณิชา พลพินิจ, วิภา วิเสโส, ชุตติมา ฉันทมิตรโอภาส และชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2563 และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) ซึ่งการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีที่สุด (ADA, 2014) ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self - efficacy) มาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการแก้ปัญหาที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคลให้เกิดความมั่นใจ ในความสามารถของตนเอง มีความตระหนักและพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น การควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือดอย่างมีประสิทธิภาพเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (สรินดา ศาตะมาน, 2561) พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ลดการบริโภคน้ำตาลหรือคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว การเพิ่มปริมาณใยอาหาร และการบริโภคอาหารให้ตรงเวลา มีผลช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ขณะเดียวกันการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เดินเร็ว การฝึกแรงต้าน ช่วยเพิ่มการใช้น้ำตาลกลูโคสในร่างกายและเสริมสร้างความไวของอินซูลินต่อเซลล์ (Umpierre et al., 2011) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมทั้ง 2 อย่างนี้ มีความสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะยาว ดังนั้น การศึกษาและทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายจึงเป็นแนวทางสำคัญที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพหรือการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

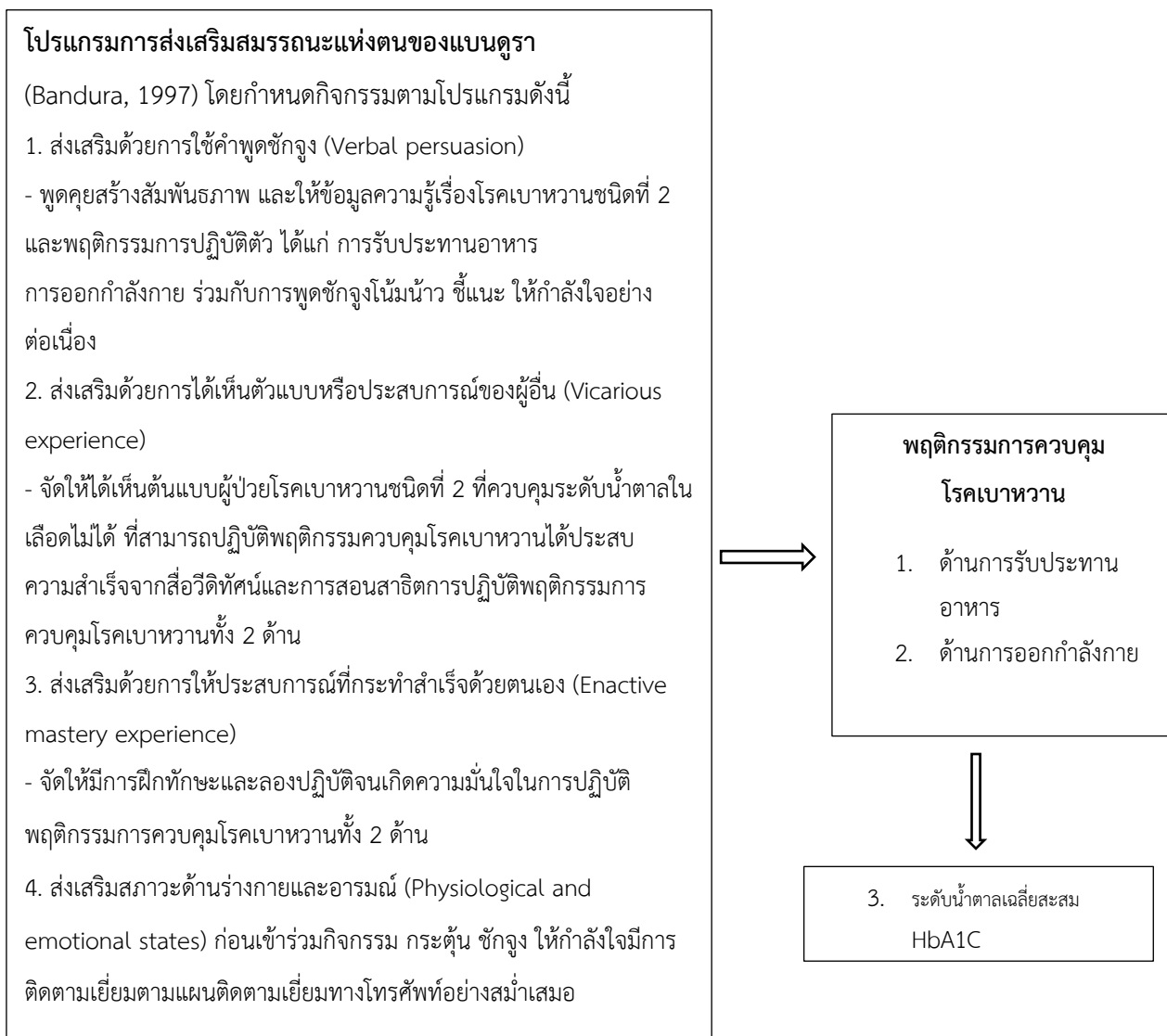
จากสถิติผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 31,210, 31,924 และ 32,173 คน ตามลำดับ และในผู้ป่วยจำนวนนี้พบว่า ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่า 7% มีภาวะอ้วน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ถูกส่งตัวมาที่คลินิกให้คำปรึกษาโรคเบาหวาน โดยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่า 7% ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 จำนวน 3,211, 3,326 และ 3,545 คนตามลำดับ (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช, 2565) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการให้การศึกษา โดยเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง จากการซักถามกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้พบว่าเกิดจากการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม ขาดความรู้ ความเข้าใจในรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ทั้งนี้ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางสาธารณสุขที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสม ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ยืดชีวิตให้ยาวนาน ลดภาระการพึ่งพาต่อครอบครัวและชุมชน สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้นำทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานโดยเนื้อหาของโปรแกรมมุ่งเน้นการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนผ่านกลยุทธ์ 4 ด้านคือ การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) การได้เห็นแบบอย่าง (Vicarious experience) การประสบความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติ (Enactive mastery experience) และการรับรู้ทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional states) เมื่อผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายส่งผลให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลง ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่ม (quasi experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดครั้งล่าสุดต้องสูงกว่า 7% สามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ สามารถติดต่อผ่านทางโทรศัพท์ได้

กำหนดเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิต โรคทางระบบประสาท โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และบกพร่องในการสื่อสาร เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 รวมระยะเวลาทั้งหมด 3 เดือน จำนวน 54 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.4 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha = 0.05$) อำนาจการทดสอบ (Power of test: $1 - \beta = 0.8$ (80%)) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.76 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2563) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 54 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ 27 คน และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1.1 โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย กิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม ตามแนวคิดส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) มี 4 ขั้นตอนคือ 1) ส่งเสริมด้วยการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ และให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมปฏิบัติตัว ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ร่วมกับการพูดชักจูงโน้มน้าว ชี้แนะ ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง 2) จัดให้ได้เห็นต้นแบบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานได้ประสบความสำเร็จจากสื่อวีดิทัศน์และการสอนสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานทั้ง 2 ด้าน 3) ส่งเสริมด้วยการให้ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) จัดให้มีการฝึกทักษะและลองปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานทั้ง 2 ด้าน และ 4) ส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและ

อารมณ์ (Physiological and emotional states) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กระตุ้น ชักจูง ให้กำลังใจมีการติดตามเยี่ยมตามแผนติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์อย่างสม่ำเสมอ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์

1.2 คู่มือการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วิทยาลัยพระปกเกล้าจันทบุรี (2558) มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและการป้องกัน วิธีจัดการตนเองเพื่อควบคุมเบาหวานสำเร็จ การประเมินการควบคุมโรคเบาหวาน ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกาย ข้อปฏิบัติในการใช้ยา อาหารแลกเปลี่ยนสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน แบบบันทึกการกำกับตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.91 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

1.3 สื่อวีดิทัศน์บุคคลต้นแบบ ประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับ ประวัติอาการเจ็บป่วยของบุคคลต้นแบบ ปัญหาที่พบ ประสบการณ์ ภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเองที่เหมาะสมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และข้อคิดในการดำเนินชีวิตให้อยู่กับเบาหวานอย่างมีความสุข โดยทำบันทึกข้อความขออนุญาตใช้สื่อวีดิทัศน์บุคคลต้นแบบด้านการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อ.แจ่ม จ.ลำปาง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.93 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาเบาหวานที่ใช้ในการรักษา และการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยดัดแปลง มาจากแบบสอบถามของจิรัช สุวรรณเจริญ และคณะ (2564) จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ ทำประจำ เท่ากับ 3 คะแนน ทำบางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน และไม่ทำเลย เท่ากับ 1 คะแนน จำแนกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร จำนวน 52 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 15 ข้อ การ แปลผลคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ดังนี้ ระหว่าง 0.01-1.00 หมายถึง ระดับต่ำ ระหว่าง 1.01-2.00 หมายถึง ระดับปานกลาง ระหว่าง 2.01-3.00 หมายถึง ระดับสูง ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่า CVI = 0.88 และมีค่าความเที่ยงจากการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.76

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทุกท่านเห็นพ้องว่ามีความถูกต้องตามเนื้อหา สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย สื่อประกอบด้วย 1) ความรู้ทั่วไปของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคเบาหวานกับการรับประทานอาหาร โรคเบาหวานกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม โรคเบาหวานกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับประทาน โรคเบาหวานกับการฉีดยาอินซูลินที่ถูกต้อง

2) สื่อวีดิทัศน์บุคคลต้นแบบผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมเบาหวาน สื่อวีดิทัศน์การออกกำลังกาย 3) คู่มือพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน โดยสื่อทั้งหมดได้ผ่านการพิจารณาความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านเทคโนโลยีการศึกษาเพิ่มเติมจากผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาโปรแกรมอีก 1 ท่าน ทุกท่านเห็นพ้องถึงความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี รหัสโครงการ YM031/2564 ได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย มีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ ข้อมูลจากการทำวิจัยในครั้งนี้จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ รายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลโดยภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคล และสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มควบคุม ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการในกลุ่มทดลองแล้ว ผู้วิจัยจะจัดส่งคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานทางไปรษณีย์

การดำเนินการวิจัย

หลังจากโครงการวิจัยได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิก แจ้งเรื่องการทำวิจัย และสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และหากผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะมาพบผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดและให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนาเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้แบบบล็อกสุ่มสมบูรณ์ เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คน โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าตนเองถูกจัดอยู่ในกลุ่มใด ผู้วิจัยนัดกลุ่มทดลองทำกิจกรรมภายหลังเสร็จสิ้นคลินิกเบาหวานเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล

กำหนดเกณฑ์ยุติ (termination criteria) ดังนี้ ระหว่างเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมมีอาการผิดปกติ เช่น มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ได้รับการรักษาเบื้องต้นแล้วอาการไม่ดีขึ้น เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขณะเข้าร่วมการวิจัย และขาดการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 1 ครั้งขึ้นไป

กลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1 ก่อนพบแพทย์และระหว่างรอรับยา ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้รับการประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน สัปดาห์ที่ 2 - 8 กลุ่มควบคุมอยู่บ้านและรับประทานยาหรือฉีดยาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ การได้รับสุขศึกษาจากนักกำหนดอาหาร การตรวจเท้าโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญประจำคลินิกโรคเบาหวาน และการมาพบแพทย์ตามนัดหมาย สัปดาห์ที่ 9 ได้รับการประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายโดยผู้วิจัย ด้วยแบบสอบถามผ่านทางโทรศัพท์ และได้รับคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผ่านทางไปรษณีย์

กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลปกติและโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยสัปดาห์ที่ 1 ก่อนพบแพทย์และระหว่างรอรับยาทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้รับการประเมินพฤติกรรมทางสุขภาพด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และระดับน้ำตาลสะสมครั้งล่าสุด ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมภายหลังเสร็จสิ้นคลินิกเบาหวาน โดยทำกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 5 – 10 คน ผู้วิจัยสร้างความเชื่อในการดูแลตนเองโดยการถาม – ตอบคำถาม เสริมสร้างความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยให้ความรู้ประกอบการใช้สื่อแนะนำภาพนิ่งและสาธิต โดยให้ผู้ป่วยชมวิดีโอทัศนบุคลต้นแบบ (Vicarious experiences) เพื่อแสดงให้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้ป่วยอื่น โดยวัตถุประสงค์ของการชมวิดีโอ บุคคลที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตนคือ ต้องการชี้ให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตน หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และกลับบ้านแล้ว เป็นที่ปรึกษาปัญหาโดยโทรศัพท์ถามถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนและส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการปฏิบัติตนและให้กำลังใจในการดูแลตนเอง ชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ และรับฟังผู้ป่วย แนะนำและให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง จากนั้นมอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบบันทึกการกำกับตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกรายการอาหารที่รับประทาน และการออกกำลังกายในแบบบันทึกการกำกับตนเอง เป็นเวลา 5 วัน ใน 1 สัปดาห์ เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 - 8 ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยโดยการโทรศัพท์สอบถามผู้ป่วยทุกวันอังคารและพฤหัสบดีทุกสัปดาห์เพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ให้มีความมั่นใจที่จะดูแลตนเองได้ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหรือเกิดปัญหาใด ๆ ช่วยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวต่อไปและเสริมสร้างกำลังใจ ความมั่นใจในการทำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อไป

สัปดาห์ที่ 9 ติดตามค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายจากแบบสอบถามการวิจัยผ่านทางโทรศัพท์ หลังได้รับการดูแลตามแผนการรักษาและการพยาบาลตามโปรแกรมครบ 2 เดือน เพื่อประเมินผลก่อนยุติการทดลองในกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-squared test)

2. ดำเนินการจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pair) เพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัย ได้แก่ ตัวแปร ระยะเวลาที่เป็นโรค ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันมากที่สุด

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.22 อายุระหว่าง 35 – 65 ปี ร้อยละ 66.67 สถานภาพสมรส ร้อยละ 63 ศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 51.9 มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 51.85 มีระยะเวลาที่เป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.56 ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด อยู่ระหว่าง 7-8.50 % ร้อยละ 74.07 รับประทานยาเม็ด คิดเป็นร้อยละ 83.3 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 87.04 มีภาวะอ้วน ระดับ 1 ดัชนีมวลกาย 25-29.9 คิดเป็นร้อยละ 33.33 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการทดสอบไคสแควร์ (N = 54)

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม 54 คน ร้อยละ	กลุ่ม ทดลอง จำนวน	(n = 27) ร้อยละ	กลุ่ม ควบคุม จำนวน	(n = 27) ร้อยละ	χ^2	p- value
เพศ						.943	.668 ³
หญิง	72.22	19	70.37	20	74.07		
ชาย	27.78	8	29.63	7	25.93		
อายุ (ปี) (M = 57.87, SD= 12.87)						-.591	.557 ¹
35-65 ปี	66.67	17	62.96	19	70.37		
> 65 ปีขึ้นไป	33.33	10	37.04	8	29.63		
สถานภาพสมรส						1.117	.325 ²
คู่	63.0	19	70.4	15	55.60		
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	37.0	8	29.6	12	44.40		
ระดับการศึกษา						.680	.613 ²
ประถมศึกษา	48.1	11	40.74	15	55.56		
มัธยมขึ้นไป	51.9	16	59.26	12	44.44		

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม 54 คน ร้อยละ	กลุ่ม ทดลอง จำนวน	(n = 27) ร้อยละ	กลุ่ม ควบคุม จำนวน	(n = 27) ร้อยละ	χ^2	p- value
รายได้ต่อเดือน (บาท/เดือน)						-584	.561 ¹
500 – 5,000	48.15	14	51.85	12	44.40		
> 5,000	51.85	13	48.15	15	55.60		
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน (ปี)						-479	.634 ¹
ตั้งแต่ 1-5 ปี	44.44	13	48.1	11	40.7		
> 5 ปี	55.56	14	51.9	16	59.3		
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมใน เลือด						7.446	.000 ¹
7-8.50 %	74.07	23	85.2	17	63.0		
> 8.50 %	25.93	4	14.8	10	37.0		
ชนิดของยารักษาเบาหวาน						.274	.762 ²
ยาเม็ด	83.3	23	85.18	22	81.48		
ยาฉีด	7.4	2	7.41	2	7.41		
ยาเม็ดและยาฉีด	9.3	2	7.41	3	11.11		
การออกกำลังกาย						1.644	.192 ²
ออกกำลังกาย	87.04	22	81.48	25	92.59		
ไม่ออกกำลังกาย	12.96	5	18.52	2	7.41		
ดัชนีมวลกาย						-.400	.691 ¹
น้ำหนักน้อย/ผอม (< 18.5)	5.55	1	3.70	2	7.41		
อยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5 – 22.9)	16.67	5	18.52	4	14.82		
น้ำหนักเกิน (23 - 24.9)	25.93	8	29.63	6	22.22		
โรคอ้วนระดับ 1 (25 – 29.9)	33.33	6	22.22	12	44.44		
โรคอ้วนระดับ 2 (> 30)	18.52	7	25.93	3	11.11		

¹t-test, ² Fish's exact test, ³chi-square test

จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานเท่ากับ 1.71 คะแนน ($SD = 0.26$) อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานเท่ากับ 1.63 คะแนน ($SD = 0.19$) อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ

ควบคุมโรคเบาหวานระหว่างก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.203$) หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม มีคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน เท่ากับ 1.87 คะแนน ($SD = 0.46$) อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน เท่ากับ 2.88 คะแนน ($SD = 0.74$) อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

คะแนนพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n = 27)			กลุ่มควบคุม (n = 27)			t	p-value
ควบคุมโรคเบาหวาน	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
ก่อนการทดลอง	1.63	0.19	ปานกลาง	1.71	0.26	ปานกลาง	-1.29	.203
หลังการทดลอง	2.88	0.74	สูง	1.87	0.46	ปานกลาง	-6.02*	.000

* p -value < .05

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (9.48 ± 1.85 vs. 6.70 ± 0.59 ; $p < 0.001$)

ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม	M	SD	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	9.48	1.85		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	6.70	0.59	7.446*	<.001

* p -value < .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยดังกล่าวพบว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานที่ดีขึ้น เนื่องจากการทำกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura) ส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย อย่างถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่องด้วยตัวของผู้ป่วยเอง โดยได้จากการส่งเสริมสมรรถนะ

ตนเอง 4 ปัจจัยคือ 1) ส่งเสริมด้วยการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ และให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมกาปฏิบัติตัว ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ร่วมกับการพูดชักจูงโน้มน้าว ชี้แนะ ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง 2) จัดให้ได้เห็นต้นแบบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานได้ประสบความสำเร็จจากสื่อวีดิทัศน์และการสอนสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานทั้ง 2 ด้าน 3) ส่งเสริมด้วยการให้ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) จัดให้มีการฝึกทักษะและลองปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานทั้ง 2 ด้าน และ 4) ส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional states) ก่อน ขณะ และหลังเข้าร่วมกิจกรรม กระตุ้น ชักจูง ให้กำลังใจมีการติดตามเยี่ยมตามแผนติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของมะลิวัลย์ แซ่ไหล (2567) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสม ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของวิยะดา เพ็งจรรุญ และขจี พงศธรวิบูลย์ (2566) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่า การปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานด้วยตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้นั้นส่งผลให้ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานรายด้านพบว่า

พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเช้า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเช้าในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า โดย การรับประทานผัก ได้แก่ ผักบุ้ง บล๊อคโคลี และผักกาดขาว การไม่รับประทานขนมหวาน เครื่องดื่มรสหวาน และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่วนพฤติกรรมที่ยังปฏิบัติได้ไม่สม่ำเสมอคือ การรับประทานอาหารเช้า หอย ปลาหมึก กุ้ง เนื้อสัตว์ติดมัน และเครื่องในสัตว์ โดยผู้วิจัยได้ติดตามผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้เหมาะสม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้เหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐกฤตา ศิริโสภณ และธีรพล ผังดี (2563) ได้ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมในการรับประทานอาหารเช้าและการออกกำลังกายของผู้ป่วย

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีประสิทธิผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนั้นนอร์ธรา บัญประดิษฐ์ สุนทรีย์ คำเพ็ง และกมลอินทร์วรรณเชษฐอิสรา (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

พฤติกรรมด้านออกกำลังกาย กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง หลังทดลองอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกกำลังกาย ในเรื่องของการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย 5 - 10 นาที การเริ่มออกกำลังกายทีละน้อยๆและค่อยๆเพิ่มขึ้น และออกกำลังกายโดยใช้ระยะเวลาต่อเนื่องติดต่อกันอย่างน้อย 20 - 30 นาที กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายส่วนใหญ่เป็นการเดินเนื่องจาก สะดวก ไม่ต้องมีอุปกรณ์ ทำได้ทุกที่ทุกเวลา ปลอดภัย แรงกระแทกต่ำ และไม่มีค่าใช้จ่าย โดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น การเดิน การวิ่ง ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน รวม 150 นาทีต่อสัปดาห์ ในการออกกำลังกายระดับปานกลาง หรือรวม 75 นาทีต่อสัปดาห์ ในการออกกำลังกายระดับหนัก การออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (Strengthening exercise) เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อกลุ่มใหญ่ของร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อรอบสะโพก กล้ามเนื้อต้นขา กล้ามเนื้อน่อง กล้ามเนื้อต้นแขน โดยให้ทำอย่างน้อย 10 - 15 ครั้ง จำนวน 3 ชุดต่อกล้ามเนื้อ อย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ (ADA, 2022 & WHO, 2020) นอกจากนอร์ธรา บัญประดิษฐ์ สุนทรีย์ คำเพ็ง และกมลอินทร์วรรณเชษฐอิสรา (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการสมรรถนะแห่งตนต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีประสิทธิภาพดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาของมะลิวัลย์ แซ่ไหล (2567) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวทดลองมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (7.28 ± 0.39 vs. 8.36 ± 0.94 ; $p < 0.001$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ คลินิกเบาหวาน สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคได้ด้วยตัวเองอย่างถูกต้องและมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาวเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564 Public Health Statistics A.D. 2021. กระทรวงสาธารณสุข. <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic64.pdf>
- ขวัญเรือน กำวิตุ และชนิดา มัททวงกูร. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยสยาม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 20, 82–95.
- ชวลิต รัตนสาร. (2560). สถานการณ์ปัจจุบันและความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย. <https://www.novonordisk.com/content>
- ชลลดา ตีระวิสุทธิ, ศรีพรพิมล ชัยสา, อศนี วันชัย และชลธิมา ปิ่นสกุล. (2561). การออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย: การวิเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 19(2), 39–48.
- ณิชารีย์ ใจคำวัง. (2558). พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านปากคะยาง อำเภอสครี่สนาลัย จังหวัด สุโขทัย. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต, 3(2), 173–184.
- ดวงใจ พันธุ์อารีวัฒนา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมค่าน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลบางแพ จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4–5, 37(4), 294–305.
- ปณณิกา ปราชญโกสินทร์. (2564). การออกกำลังกายในผู้ป่วยเท้าเบาหวาน. <https://cimjournal.com/dia-conference/aerobic-strengthening-diabetic/>
- วิยะดา เพ็งจรรุญ และขจี พงศธรวิบูลย์. (2566). ผลของโปรแกรมสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 3). ปทุมธานี: ร่มเย็นมีเดีย.

- สายฝน ม่วงคุ้ม, พรพรรณ ศรีโสภา, วลภา คุณทรงเกียรติ, ปณิชา พลพินิจ, วิภา วิเสโส, ชุติมา ฉันทมิตรโอภาส และ ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(2), 74–84.
- สรินดา ศาตะมาน. (2561). *ออกกำลังกายในเบาหวานอย่างไรให้ปลอดภัย*. คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล.
<https://pt.mahidol.ac.th/ptcenter/knowledge-article/>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *สถิติสุขภาพ*. <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx>
- อ้อมเดือน ชื่นวาริ. (2565). วันเบาหวานโลก: ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะออกกำลังกาย.
<https://www.gj.mahidol.ac.th/main/knowledge-2/blood-sugar-and-exercise/>
- ฤทธิ์รงค์ บุรพันธ์ & นิรมล เมืองโสม. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(3), 102–109.
- American Diabetes Association. (2014). *Standards of Medical Care in Diabetes—2014*. *Diabetes Care*, 37, S14–S80.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2014). Prevention or delay of type 2 diabetes and associated comorbidities. In *Standards of medical care in diabetes—2022*. American Diabetes Association.
- Aune, D., Norat, T., Leitzmann, M., Tonstad, S., & Vatten, L. J. (2015). Physical activity and the risk of type 2 diabetes: A systematic review and dose–response meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*, 30(7), 529–542.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY: W. H. Freeman and Company.
- International Diabetes Federation. (2019). *IDF Diabetes Atlas* (9th ed.). Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.
- Umpierre, D., Ribeiro, P. A., Kramer, C. K., Leitão, C. B., Zucatti, A. T., Azevedo, M. J., Gross, J. L., Ribeiro, J. P., & Schaan, B. D. (2011). Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA1c levels in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 305(17), 1790–1799.
- World Health Organization. (2020). *At a glance: WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior*. Retrieved January 1, 2023, from
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014886>



คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี
พ.ศ. 2561

.....

คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี
พ.ศ. 2561

.....

เพื่อให้การจัดทำวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ คำแนะนำนี้ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างน้อย 2 คน ที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพ สามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัย บทความวิชาการ หรือ บทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี มีดังต่อไปนี้

1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข วิทยาศาสตร์ สุขภาพและการศึกษาพยาบาลและสุขภาพ

1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงาน วิชาการที่ได้นำ เสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ใน วารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อย กว่า 2 คน

1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากโดย ผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จ และส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใด สถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. การเตรียมต้นฉบับ บทความวิจัย มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract)

2.3 ชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

2.4 คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียนพิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

2.5 บทนำ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักการวิจัย เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา

2.6 วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและชัดเจน

2.7 ระเบียบวิธีการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการ

2.8 ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย หากจะมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง ควรออกแบบตารางให้เหมาะสม และให้นำเสนอข้อมูลได้ตารางตามที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

2.9 อภิปรายผล เป็นการแปลความหมายของผลการวิจัย และอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

2.10 ข้อเสนอแนะ ในการเขียนข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผล การวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

2.11 ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาผลงานตีพิมพ์

3. การเตรียมต้นฉบับ บทความปริทัศน์ (Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว

ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

3.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่น่าสนใจ เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

3.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าสนใจจะต้องกระชับ ตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

3.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรม

ต่าง ๆ มาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

3.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

3.8 เอกสารอ้างอิง

4. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ทำบทความ สำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของ APA 7th รายละเอียดศึกษา จากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association. มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค และต่อด้วย อักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ดังตัวอย่าง

4.1 หนังสือ

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ ชื่อเรื่อง./ (พิมพ์ครั้งที่)./ สำนักพิมพ์.

Author, A. A. (Year)./ *Title of the book*./ (Edition ed.)./ Publisher.

สุกัญญา รอส. (2561). *วัสดุชีวภาพ*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2563). *พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์

////////มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Schmidt, N. A., & Brown, J. M. (2017). *Evidence-based practice for nurses: Appraisal and*

////////application of research (4th ed.). Jones & Bartlett Learning, LLC.

4.2 วารสาร

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ ชื่อบทความ./ ชื่อวารสาร./ เลขของปีที่./ (เลขของฉบับที่)./ เลขหน้า.

วิชัย พานิชย์สว, สมุน ไวยบุญญา, พัชรพร ศุภกิจ, และรัตนกร หลวงแก้ว. (2562). ผลของการใช้บทเรียน PISA

////////ที่มีต่อความสามารถด้านทักษะกระบวนการทางคณิตศาสตร์ ของนักเรียนระดับประถมศึกษา.

////////วารสารการวิจัยพัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 12(3), 133-160.

4.3 วิทยานิพนธ์

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่)./ ชื่อวิทยานิพนธ์./ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท/ปริญญาเอก/บัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์หรือวิทยานิพนธ์

////////ปริญญาโท/บัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]./ ชื่อมหาวิทยาลัย.

Author, A. A. (Year)./ *Title*./ [Unpublished doctoral or master's thesis]./ Name of the Institution

////////awarding the degree.

สรญา แสงเย็นพันธ์. (2559). *การพัฒนาแบบการเขียนบรรณานุกรมออนไลน์* [วิทยานิพนธ์ปริญญา

////////มหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร

Stewart, Y. (2000). *Dressing the tarot* [Unpublished master's thesis]. Auckland University of

////////Technology.

4.4 รายงานการประชุม

รายงานการประชุม/การสัมมนา/อภิปราย

ชื่อหน่วยงานที่จัดประชุม./ (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่องการประชุม./ชื่อการประชุม./สถานที่จัดประชุม.

ที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยของรัฐ. (2565). การประชุมสามัญที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

////////มหาวิทยาลัยของรัฐ และมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับ.

////////บัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 53 ก. มหาวิทยาลัยนเรศวร

4.5 เว็บไซต์

ชื่อ นามสกุลผู้เขียน./ (วัน/เดือน/ปีที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL

Author, A. A./ (Year, Month date)./Title of the work: Subtitle./Website name./URL

สรญา แสงเย็นพันธ์. (18 กันยายน 2561). มาทำความเข้าใจระบบสี CMYK กับ RGB. สำนักพิมพ์

มหาวิทยาลัย////////นเรศวร. <https://www.nupress.grad.nu.ac.th/cmyk-and-rgb/>

Sparks, D. (2019). Women's wellness: *Lifestyle strategies ease some bladder control problems.*

////////Mayo Clinic. <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/womens-wellness-lifestyle-////////strategies-ease-some-bladder-control-problems/>

5. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆถูกต้องตาม พจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

6. การตั้งค่านำกระดาษ ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ TH Sarabun ขนาด 16 และ single space และมี เนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

7. บทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องยังไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารอื่น ก่อนขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ซึ่งหากกองบรรณาธิการ วารสารฯ ตรวจพบว่าบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาขอตีพิมพ์มีชื่อเดียวกันหรือมีการตีพิมพ์ซ้ำซ้อนกับที่ปรากฏใน วารสารอื่นกองบรรณาธิการจะดำเนินการถอดถอนเรื่องของผู้นิพนธ์ออกจากการลงตีพิมพ์ของวารสารวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สุพรรณบุรีทันทีที่พบความจริง รวมทั้งถอนรายชื่อของผู้นิพนธ์ออกจากส่วนที่เกี่ยวข้องกับวารสารวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สุพรรณบุรี และไม่รับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีอีก

8. กรณีที่เป็นบทความวิจัยต้องผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และ สัตว์ (Institutional Review Board: IRB) หรือในคน หรือชื่ออื่นที่เกี่ยวข้องโดยระบุชื่อเรื่อง เลขที่อนุมัติ วันอนุมัติ และวัน สิ้นสุด การอนุมัติภายในเนื้อหาส่วนที่เป็นการพิทักษ์สิทธิ์ หรือแสดงหลักฐานการพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลอื่นและแสดง ให้เห็นว่าได้รับการยินยอมจากตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัยและให้แนบไฟล์เอกสารอนุมัติ IRB และเอกสารที่ เกี่ยวข้อง ในรูปแบบของ pdf ไฟล์

9. ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้นิพนธ์จะได้รับวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท

10. การส่งต้นฉบับ ให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

10.1 ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย มาที่ netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

10.2 เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

10.3 โดยมีค่าธรรมเนียมตีพิมพ์ 5000 บาท/เรื่อง

สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

118 หมู่ 1 ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง

จังหวัดสุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ 72000

โทรศัพท์ 0-35-535250 ต่อ 5206 , 2105 โทรสาร 0-35-535251

มือถือ 085-5415142 E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

ใบสมัครสมาชิกวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

1. ชื่อ-สกุล.....ขอให้จัดส่งวารสารตามที่อยู่ดังนี้
 เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
2. ระยะเวลาบอกรับวารสาร
 เริ่มฉบับที่..... (ฉบับที่1 มกราคม-มิถุนายน หรือ ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม) ปีที่ 2561....
 1 ปี (2 ฉบับ) 200 บาท
 3 ปี (6 ฉบับ) 600 บาท
 4 ปี (นักศึกษา 8 ฉบับ) 800 บาท
3. การชำระเงิน ชำระโดย
 โอนเงินเข้า บัญชี วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
 เลขที่บัญชี 710-0-10043-7 สาขา สุพรรณบุรี
 และส่งหลักฐานการโอนเงินมายัง E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

ส่งใบสมัครสมาชิกวารสารได้โดยตรงหรือส่งทางไปรษณีย์ที่
 กองบรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
 118 หมู่ 1 ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง
 จังหวัดสุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ 72000
 E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

ใบสมัครสมาชิกวารสารสามารถ Download ได้ที่เว็บไซต์ <http://www.snc.ac.th/> หรือติดต่อที่หมายเลขโทรศัพท์
 035-535250 ต่อ 5206 โทรสาร 035-535251 มือถือ 085-5415142