

ที่ปรึกษา (Consultants)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภารัตน์ วงศ์ศรีคุณ Assistant Professor Dr. Suparat Wangsrikhun	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Dean, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร. ฝนดา จันทร์โสภีพันธ์ Associate Professor Dr. Phanida Juntasopeepun	รองคณบดี Associate Dean

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ (Editorial Advisors)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ Professor Emeritus Dr. Wichit Srisuphan	อดีตนายกสภาการพยาบาล Former President of Thailand Nursing and Midwifery Council
ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์ Professor Dr. Pranom Othaganont	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล Thailand Nursing and Midwifery Council Expert
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล Professor Emeritus Dr. Somchit Hanucharurnkul	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล Thailand Nursing and Midwifery Council Expert
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิภาดา คุณาวิกติกุล Professor Emeritus Dr. Wipada Kunaviktikul	สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ Panyapiwat Institute of Management

บรรณาธิการ (Editor)

รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กัณธรักษา Associate Professor Dr. Kannika Kantaruksa	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
---	---

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

รองศาสตราจารย์ ดร.วีระพร ศุทธากรณ์ Associate Professor Dr. Weeraporn Suthakorn	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
---	---

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินดา Professor Dr. Darawan Thapinta	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Faculty of Nursing, Burapha University
ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย Professor Dr. Phechnoi Singchugcha	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน Faculty of Nursing, Christian University
ศาสตราจารย์ ดร.รัชนีวรรณ รอส Professor Dr. Ratchneewan Ross,	School of Nursing, The University of Louisville, USA Ph.D, RN, FTNNS, FAAN
รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง Associate Professor Dr. Supreeda Monkong	School of Nursing, The University of Louisville, USA Ph.D, RN, FTNNS, FAAN
รองศาสตราจารย์ ดร.อรวมน ศรียุกตศุทร Associate Professor Dr. Aurawamon Sriyuktasuth	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University
	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Faculty of Nursing, Mahidol University

รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำป็น	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Associate Professor Dr. Sunee Lagampan	Faculty of Public Health, Mahidol University
รองศาสตราจารย์ ดร.นฤมล เอื้อมณีกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Assoc. Prof. Dr. Naruemon Auemaneekul	Faculty of Public Health, Mahidol University
รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมธานี	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Associate Professor Dr. Areewan Oumtanee	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห้านิรัตติชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
Associate Professor Dr. Teeranut Harnirattisai	Faculty of Nursing, Thammasat University
รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
Associate Professor Dr. Chanokporn Jitpanya	Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing
รองศาสตราจารย์ ดร.อัจนรา สุคนธสรรพ์	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
Associate Professor Dr. Achara Sukonthasarn	School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิศเรศ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
Associate Professor Dr. Wannee Deoisres	Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานูตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Associate Professor Dr. Ampornpan Theeranut	Faculty of Nursing Khon Kaen University
รองศาสตราจารย์ ดร.มาริสา ไกรฤกษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Associate Professor Dr. Marisa Krairiksh	Faculty of Nursing Khon Kaen University
รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธรังสี	สำนักการศึกษาและนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Assoc. Prof. Dr. Wandee Suttharangsee	Education and Innovative Learning Academy, Prince of Songkla University
รองศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Associate Professor Dr. Ploenpit Thaniwattananon	Faculty of Nursing, Prince of Songkla University
รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกันต์ กาละ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Associate Professor Dr. Sasikarn Kala	Faculty of Nursing, Prince of Songkla University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาดา ลักนหทัย	Johns Hopkins University, School of Nursing
Assistant Professor Dr. Nada Lukkahatai,	Ph.D, MSN, RN, FANN
รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรสุนีย์ ทั่งเจริญกุล	Johns Hopkins University, School of Nursing
Associate Professor Dr. Petsunee Thungjaroenkul	Ph.D, MSN, RN, FANN
รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Pimpaporn Klunklin	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Pratum Soivong	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.นงค์คราญ วิเศษกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Nongkran Viseskul	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐยานันต์ สุวรรณคฤหาสน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Nattaya Suwankruhasn	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพนมพร ธรรมไทย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Kwaunpanomporn Thummathai	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี
Assistant Professor Dr. Piyaporn Prasitwattanaseree
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรินทร์ จรุงโรจน์สกุล
Assistant Professor Dr. Waruntorn Jongrungrotsakul
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตตวดี เจริญทอง
Assistant Professor Dr. Jittawadee Rhiantong
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรียกมล ไกรกิจราษฎร์
Assistant Professor Dr. Preeyakamon Krikirat

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University

เจ้าหน้าที่กองบรรณาธิการ (Editorial Staff)

นางอัมพิกา สุวรรณบุตร
Ampika Suwannabut
MR. Michael Cote

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University

นางสาวนิตยา มะโนคำ
Nittaya Manokam
นางจิราภรณ์ คุณวุฒิ
Jiraporn Koonawoot
นางสาวชนิดา ตันพิพัฒน์
Chanida Tonpiphat

(Editorial office) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ 50200
Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200 Thailand
<http://www.TCI-Thaijo.org/index.php/cmunursing>

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับผู้เขียนบทความวิจัยและบทความวิชาการ

พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ชื่อเดิม วารสารพยาบาลสาร: Nursing Journal) ดำเนินการโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการทางด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ โดยเปิดรับบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และผู้สนใจ วารสารมีระบบการจัดการแบบออนไลน์ มีการประเมินคุณภาพบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จำนวนอย่างน้อย 3 ท่าน จากหลากหลายสถาบัน การประเมินคุณภาพเป็นแบบปกปิดสองทาง (Double-blind peer review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนจะไม่ทราบข้อมูลของกันและกัน

วัตถุประสงค์ (Aims)

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ
2. เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าความรู้ทางด้านพยาบาลศาสตร์และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางด้านวิชาการ ระหว่างพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และผู้สนใจ

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์ (Type of Article)

1. **บทความวิจัย (Research article)** หมายถึง งานเขียนที่นำเสนอข้อมูลการวิจัยที่กระชับ อย่างเป็นระบบตามขั้นตอน ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย การอภิปรายผล ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และรายการอ้างอิง ความยาวบทความรวมรายการอ้างอิง 10-15 หน้า สำหรับบทความการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) ความยาวบทความรวมรายการอ้างอิงไม่เกิน 20 หน้า

2. **บทความวิชาการ (Academic article)** หมายถึง งานเขียนที่นำเสนอแนวคิดจากองค์ความรู้ โดยเรียบเรียงเนื้อหาจากผลงานวิชาการในลักษณะการวิเคราะห์วิจารณ์ และนำเสนอประสบการณ์ของผู้เขียน หรือนำเสนอแนวคิดใหม่ เพื่อกระตุ้นให้ผู้อ่านเกิดการพัฒนาความคิด และได้แนวทางในการนำความคิดนั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สังคม บทความประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ บทนำ เนื้อหาสาระ บทสรุป และรายการอ้างอิง ความยาวบทความรวมรายการอ้างอิง 10-15 หน้า

กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่ (Publication Frequency)

วารสารมีกำหนดออก ปีละ 4 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มีนาคม

ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน-มิถุนายน

ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม-กันยายน

ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม-ธันวาคม

จำนวนบทความที่ตีพิมพ์ต่อฉบับ ประมาณ 20 เรื่อง ประกอบด้วย บทความภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

ประกาศการนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์แบบเจนเนอเรทีฟ (Generative Intelligence: GenAI) ในการเขียนบทความ

1. ผู้เขียนไม่สามารถใช้เครื่องมือ AI อ้างอิงในฐานะผู้เขียน (author) หรือผู้เขียนร่วม (co-author) หรืออ้างอิงแพลตฟอร์มเป็นผู้เขียนได้
2. ผู้เขียนจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อเนื้อหาของงานวิจัยที่ตีพิมพ์ทั้งหมด รวมถึงข้อความใด ๆ ที่เครื่องมือ AI เป็นผู้สร้างด้วย
3. ผู้เขียนจะต้องระบุอย่างชัดเจนว่าใช้ GenAI ในขั้นตอนใดของการวิจัย และควรอ้างอิงที่มาของข้อมูลนั้นว่าได้มาจาก GenAI แห่งใด ตามหลักการเขียนอ้างอิงในผลงานวิชาการ หรือทำการเก็บบันทึกคำสั่ง Prompt ที่ได้ใช้หรือขั้นตอนการได้มาซึ่งข้อมูลจากการใช้ GenAI เพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบในภายหลัง เพื่อรักษาไว้ซึ่งความซื่อสัตย์สุจริตทางวิชาการ ทั้งนี้ต้องมีการส่งหลักฐานแนวทางการส่งบทความ
4. ผู้เขียนต้องไม่นำข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ที่ได้จากการประมวลผลโดยใช้ GenAI มาใช้ในลักษณะเป็นการคัดลอกผลงานซึ่งเห็นได้ชัดแจ้งว่าไม่มีมาตรฐานและคุณภาพทางวิชาการ หรือไม่เป็นที่ยอมรับเป็นการทั่วไปและหรือในระดับนานาชาติ และหรือก่อให้เกิดความเสียหายหรือละเมิดต่อผู้อื่น
5. บทความใด ๆ ที่ส่งเข้าพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาว่าการใช้ GenAI นั้น ๆ เหมาะสมหรือไม่ และให้ถือเป็นที่สุด
6. การปฏิบัติเกี่ยวกับการนำ Generative Artificial Intelligence มาใช้ในการเตรียมบทความวิชาการ ให้ปฏิบัติตามนโยบายการใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์แบบเจนเนอเรทีฟ ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประกาศ ณ วันที่ 3 พฤศจิกายน 2566 อย่างเคร่งครัด

จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

บทบาทหน้าที่ของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

1. คัดกรองบทความให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร
2. พิจารณาเลือกผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพบทความที่เหมาะสมในแต่ละเรื่อง และกำกับดูแลการประเมินในรูปแบบ Double blind peer review
3. กำกับดูแลกระบวนการประเมินคุณภาพของบทความในทุกกระบวนการ ก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่
4. หากมีประเด็นปัญหาสำคัญเกิดขึ้นในกระบวนการประเมินคุณภาพของบทความ จะนำเรื่องเข้าพิจารณาในกองบรรณาธิการ เพื่อขอความเห็นร่วมกัน
5. ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้วิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิ และไม่นำบทความหรือผลงานทางวิชาการไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ หรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
6. ไม่นำความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาทางวิชาการ มาตัดสินการรับหรือปฏิเสธบทความ
7. หากตรวจพบบทความที่สงสัยต่อการรายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ได้รับการเผยแพร่มาก่อน ทำการคัดลอกหรือทำซ้ำ การตีพิมพ์แบ่งย่อย (Salami Publication) อย่างไม่เหมาะสม มีสิทธิ์ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความนั้น ๆ เพื่อป้องกันการประพฤติผิดจริยธรรมทางวิชาการและการตีพิมพ์เผยแพร่
8. พัฒนาคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่อง

บทบาทหน้าที่ของผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Duties of Reviewer)

1. ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียน
2. ประเมินคุณภาพบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติ หรือความคิดเห็นส่วนตัว
3. ไม่แสวงหาผลประโยชน์ จากบทความที่ตนเองได้รับมอบหมายให้ทำการประเมิน
4. หากพิจารณาตรวจสอบแล้วพบว่าบทความที่รับมอบหมายให้ประเมินนั้น เป็นบทความที่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และทำการคัดลอก หรือทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่น ต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันที เพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนการเผยแพร่
5. ไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับรู้
6. ประเมินบทความตามระยะเวลาที่กำหนด

บทบาทหน้าที่ของผู้เขียน (Duties of Authors)

1. บทความที่ส่งมาเพื่อเสนอพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และต้องแน่ใจว่าผลงานดังกล่าวไม่ได้ทำการคัดลอก หรือทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่น และของตนเอง รวมทั้งไม่ตีพิมพ์ผลงานเดียวกันต่างภาษา
2. ไม่ส่งบทความเพื่อเสนอพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ พร้อมกันกับส่งที่วารสารอื่น

3. ไม่ส่งบทความที่มีการตีพิมพ์แบ่งย่อย (Salami Publication) อย่างไม่เหมาะสม
4. หากมีการนำผลงานหรือข้อความอ้างอิงผลงานของผู้อื่นในเนื้อหา ต้องจัดทำรายการเอกสารอ้างอิงไว้ท้ายบทความเสมอ และอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ
5. ตรวจสอบการเขียนบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบข้อกำหนดของวารสาร ดังคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ
6. รายนามของผู้วิจัยทั้งหมดที่ปรากฏในบทความวิจัย ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย
7. ปรับแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างเหมาะสม ภายในระยะเวลาที่กำหนด
8. ในกรณีที่ต้องการถอนบทความ ต้องแจ้งบรรณาธิการทราบทันที
9. ผลงานวิจัยในมนุษย์ จะต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ระบุหมายเลขหรือรหัสการรับรองในบทความ และแสดงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยตามปฏิญญาเฮลซิงกิ แนวทางจริยธรรมสากลของสภาองค์การสากลด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ (CIOMS) และแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ดีของ สภาบรรณานุกรม (International Council on Harmonization) ไอซีเอช จีซีพี (ICH GCP) หรือแนวทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ รวมทั้งกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมรายละเอียดต่อไปนี้
 - 9.1 โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันใด และเลขที่ของโครงการที่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย
 - 9.2 กระบวนการขอความยินยอมดำเนินการอย่างไร มีการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างไร
 - 9.3 ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยง
 - 9.4 กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเปราะบางหรือไม่ และมีการปกป้องอย่างไร
 - 9.5 การป้องกันการลบล้างความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ

กระบวนการพิจารณาประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review Process)

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ จะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ท่านต่อ 1 บทความ โดยมีการดำเนินการปกปิดแบบ 2 ทาง (Double blinded) ทั้งชื่อของผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนการพิจารณาประเมินบทความ

การพิจารณาประเมินบทความทุกขั้นตอน ดำเนินการผ่านทางระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ระบบเว็บไซต์ Thai Journal Online (ThaiJO) เพื่อให้การทำงานของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นไปตามมาตรฐานสากล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้เขียนส่งไฟล์บทความไปยังระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัย-เชียงใหม่ ในเว็บไซต์ Thai Journals Online (ThaiJO) URL: <https://www.tci-thaijo.org>
2. บรรณาธิการรับบทความ และแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่าได้รับไฟล์บทความเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
3. กองบรรณาธิการดำเนินการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ในส่วนของเนื้อหาของบทความ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตสาขาวิชาของวารสาร รูปแบบการจัดพิมพ์ รูปแบบการอ้างอิง ประเด็นทางจริยธรรม การคัดลอกผลงาน (Plagiarism) รวมทั้งประโยชน์ในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ
4. ในกรณีบทความมีคุณภาพไม่ผ่านการตรวจคัดกรองเบื้องต้น บรรณาธิการจะดำเนินการแจ้งผู้เขียนให้ปรับแก้ไขบทความให้ถูกต้องภายใน 4 สัปดาห์ หากผู้เขียนไม่สามารถปรับแก้ไขบทความได้ในระยะเวลาที่กำหนด จะถือว่าสิ้นสุดการรับพิจารณาบทความ โดยบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนรับทราบและลบบทความออกจากระบบ
5. ในกรณีบทความผ่านการตรวจคัดกรองเบื้องต้นแล้ว กองบรรณาธิการจะดำเนินการส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องประเมินคุณภาพของบทความ แบบปกปิดสองทาง (Double blind review) โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้เขียนบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิทราบ และไม่เปิดเผยชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้เขียนทราบ และกองบรรณาธิการไม่เปิดเผยทั้งชื่อผู้วิจัยและชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้บุคคลอื่นทราบเช่นกัน
6. เมื่อบทความได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะดำเนินการตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้
 - 6.1 กรณีมีความเห็นให้ตอบรับการตีพิมพ์ (Accept Submission) กองบรรณาธิการจะแจ้งผู้เขียนให้ทราบ และดำเนินการส่งไฟล์บทความเข้าสู่ขั้นตอนการปรับแก้ไขต้นฉบับ การพิสูจน์อักษร และการจัดรูปแบบเอกสารตามต้นฉบับบทความของวารสาร ก่อนนำไปตีพิมพ์เผยแพร่
 - 6.2 กรณีมีความเห็นให้ผู้เขียนแก้ไขบทความ (Revision Require) กองบรรณาธิการจะส่งข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ผู้เขียน เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขบทความ พร้อมทั้งส่งแบบฟอร์มตารางแสดงการแก้ไขให้กับผู้เขียน เพื่อให้ผู้เขียนจัดทำตารางสรุปผลการแก้ไข โดยระบุข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1, 2 และ 3 ในทุกหัวข้อ และส่งกลับมายังกองบรรณาธิการ โดยรายละเอียดการแก้ไขบทความมีดังต่อไปนี้
 - 6.2.1 กรณีให้ปรับปรุงแก้ไขบทความเพียงเล็กน้อย (Minor Revision) เมื่อผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ให้ส่งบทความกลับคืนมายังบรรณาธิการ ภายใน 2 สัปดาห์ เพื่อกองบรรณาธิการจะได้ตรวจสอบผลการแก้ไข ก่อนนำไปตีพิมพ์เผยแพร่
 - 6.2.2 กรณีให้ปรับปรุงแก้ไขบทความในประเด็นสำคัญค่อนข้างมาก (Major Revision) เมื่อผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ให้ส่งบทความกลับคืนมายังบรรณาธิการ ภายใน 4 สัปดาห์ ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิรอบที่ 2 (round 2) เพื่อตรวจสอบผลการแก้ไข ซึ่งหากยังต้องมีการแก้ไขอีก กองบรรณาธิการจะดำเนินการส่งกลับไปให้ผู้เขียนเพื่อแก้ไข หลังจากนั้น จะตรวจสอบผลการแก้ไขจนกว่าบทความมีคุณภาพที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ได้ ซึ่งจำนวนครั้งของการแก้ไขไม่ควรเกิน 3 ครั้ง

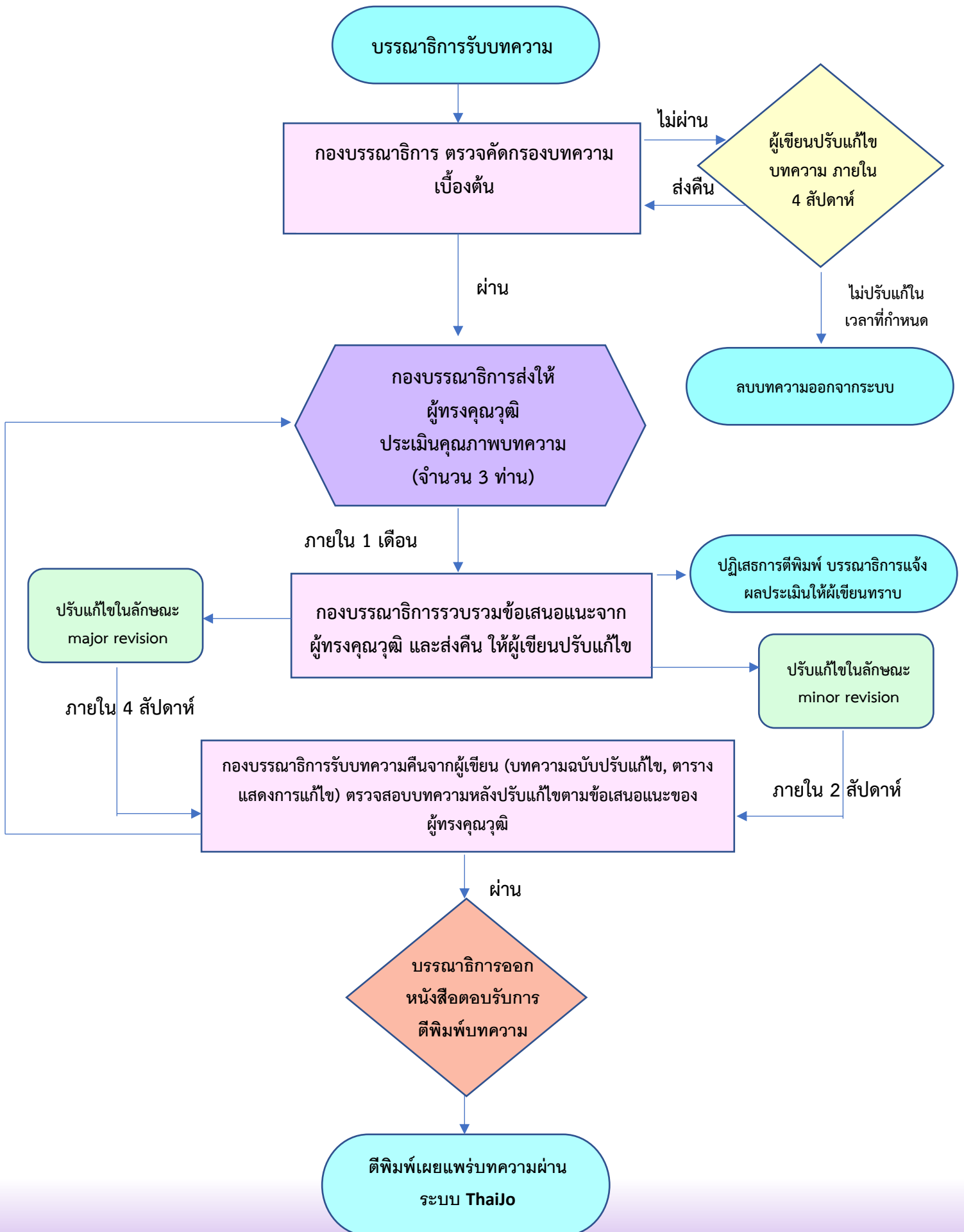
หากผู้เขียนไม่สามารถปรับแก้ไขบทความได้ในระยะเวลาที่กำหนดโดยไม่มีเหตุผล กองบรรณาธิการจะขอลบบทความออกจากระบบ และขอให้ผู้เขียนดำเนินการส่งบทความเข้ามาใหม่ เพื่อกองบรรณาธิการจะได้ดำเนินการประเมินคุณภาพบทความใหม่ในทุกขั้นตอน และผู้เขียนต้องเสียค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์อีกครั้ง

6.3 กรณีมีความเห็นให้ปฏิเสธการรับตีพิมพ์ (Decline Submission) บรรณาธิการจะแจ้งผลการประเมินดังกล่าวให้ผู้เขียนบทความรับทราบ พร้อมทั้งเหตุผลโดยผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO

ตัวอย่างตารางการแก้ไขบทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

หัวข้อประเมิน	คำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ	การแก้ไข/คำชี้แจง
ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความครอบคลุมของบทคัดย่อและ Abstract	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความกระชับของความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความกระชับของวัตถุประสงค์การวิจัย	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความกระชับของคำถามการวิจัย	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
อื่น ๆ (ระบุ)	...	

ขั้นตอนการพิจารณาบทความ
พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



การเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (Article Processing Charges)

วารสารเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ เพื่อเป็นค่าดำเนินการและเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิ

- บทความภาษาไทย 4,000 (สี่พันบาทถ้วน) ต่อ บทความ
- บทความภาษาอังกฤษ 5,000 (ห้าพันบาทถ้วน) ต่อ บทความ

ทางวารสารจะเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ เพียงครั้งเดียว เมื่อบทความผ่านการตรวจคัดกรองเบื้องต้นจากบรรณาธิการเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งจะส่งต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพ

การชำระเงินผ่านบัญชีธนาคารกรุงเทพ ชื่อบัญชี "วารสารพยาบาลสาร" เลขที่บัญชี 968-0-08702-1 ทั้งนี้ พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ ไม่ว่ากรณีใด ๆ

- หมายเหตุ:** - อาจารย์และบุคลากรในสังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์
- พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ไม่มีนโยบายในการรับตีพิมพ์บทความแบบเร่งด่วน

การจัดเตรียมต้นฉบับ

1. สมัครเป็นสมาชิกของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
2. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft Word) โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (single space) พิมพ์บนกระดาษสีขาวขนาดกระดาษ A4 (21×29.7 ซม.) โดยเว้นระยะขอบกระดาษบน 3.81 ซม. ขอบล่าง 2.54 ซม. ขอบซ้าย 3.81 ซม. และขอบขวา 2.54 ซม. ความยาวต้นฉบับรวมการอ้างอิง 10-15 หน้า
3. การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน สำหรับการใช้อักษรย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนครั้งแรก และใช้คำย่อที่เป็นมาตรฐาน

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัยและบทความวิชาการ

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องระบุทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร สำหรับชื่อเรื่องภาษาอังกฤษพิมพ์พยัญชนะตัวแรกของทุกคำโดยใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำเชื่อม ตัวอย่างเช่น Components of Innovative Work Behavior Among First-line Nurse Managers in Private Hospitals and Government Hospitals

ชื่อผู้เขียน (Author Name) ต้องระบุชื่อผู้เขียนทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย ไม่ใส่ยศหรือตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับของการมีส่วนร่วม พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคน สำหรับ e-mail ระบุเฉพาะผู้รับผิดชอบหลักของบทความ (Corresponding author) นอกจากนี้ให้ใส่เครื่องหมายดอกจัน (*) ต่อส่วนท้ายนามสกุลผู้เขียน และต่อท้ายชื่อเรื่องในกรณีเป็นวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา

วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาให้ระบุชื่อหลักสูตร รวมทั้งสาขาวิชา ทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย

ตัวอย่าง

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ (Abstract) เขียนแยกภาษาอังกฤษ และภาษาไทย โดยบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 300 คำ และภาษาไทยไม่ควรเกิน 400 คำ เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษและภาษาไทยต้องสอดคล้องกัน การใช้ภาษาให้เหมาะสมเป็นประโยชน์สื่อความหมายได้ชัดเจนอย่างกระชับ และไม่มีการอ้างอิงในบทคัดย่อ

บทความวิจัย เขียนบทคัดย่อพอสังเขปเกี่ยวกับ ความสำคัญ รูปแบบการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย และประโยชน์ของงานวิจัย

บทความวิชาการ เขียนบทคัดย่อพอสังเขปเกี่ยวกับ เนื้อหาสาระที่สำคัญ วัตถุประสงค์ของการเขียนบทความ และบทสรุป

คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำที่กำหนดขึ้นเพื่อช่วยในการสืบค้นเข้าถึงบทความ ควรเป็นคำที่สั้น กระชับ ได้ใจความ และมีความหมาย ระบุทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย จำนวน 3-5 คำ

ส่วนที่ 2 ส่วนเนื้อหาของบทความ

บทความวิจัย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์การวิจัย

สมมติฐานการวิจัย (การวิจัยเชิงทดลอง)

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
 การเก็บรวบรวมข้อมูล
 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

การอภิปรายผล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

บทความวิชาการ

บทนำ (Introduction)

เนื้อหา

บทสรุป (Conclusions)

ส่วนที่ 3 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง (Citation and References lists)

1. การอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ American Psychological Association (APA) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 (7th ed.) โดยมีการอ้างอิงในเนื้อหา และการอ้างอิงในเอกสารอ้างอิงท้ายบท
2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 5 ปี ยกเว้นหนังสือ หรือตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎี หรือปรัชญา
3. รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ปรับเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ แล้วให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ
4. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 30 รายการ
5. ผู้เขียนมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 อย่างเคร่งครัด

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation)

การเขียนอ้างอิงชื่อบุคคลในเนื้อหา ในกรณีที่เป็นคนไทยให้ระบุชื่อ ตามด้วยนามสกุล เป็นภาษาไทยไว้นอกวงเล็บ และภายในวงเล็บให้ระบุเฉพาะนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น กรณีการกันรักษา (Kantaruksa, 2024) หากผู้ถูกอ้างอิงเป็นชาวต่างประเทศให้ระบุเฉพาะนามสกุล เช่น แบนดูรา (Bandura, 1977) เป็นต้น

การเขียนอ้างอิงท้ายบท (References list)

1. การเรียงลำดับเอกสารอ้างอิง ให้เรียงนามสกุลของผู้เขียนตามลำดับพยัญชนะ A ถึง Z
2. กรณีผู้เขียนคนแรกเป็นคนเดียวกันและมีผลงานหลายเรื่อง ให้เรียงลำดับผลงานตามลำดับปีที่พิมพ์ โดยเริ่มจากปีที่พิมพ์ก่อน

3. เรียงลำดับผลงานที่มีผู้เขียนคนเดียวก่อนผลงานที่มีผู้เขียนร่วมถึงแม้จะพิมพ์ก่อน โดยเรียงลำดับตามอักษรของนามสกุล

4. กรณีมีผู้เขียนหลายคน ให้เรียงลำดับตามอักษรของนามสกุลผู้เขียนคนแรกและคนต่อ ๆ ไปตามลำดับ

5. การอ้างอิงผู้เขียนคนเดียวกัน หรือหลายคนที่มีผลงานหลายเรื่องในปีเดียวกัน ให้เรียงลำดับตามอักษรของชื่อเรื่อง (ไม่รวมคำว่า A หรือ The) โดยใช้อักษร a, b, c ตามลำดับปีที่พิมพ์

ตัวอย่างรูปแบบการเขียนอ้างอิงท้ายบทจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มีดังนี้

1. การเขียนอ้างอิงจากวารสาร

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารเชิงวิชาการที่เป็นรูปเล่ม

Krikitrat, P., & Sriarporn, P. (2022). Encouraging fathers to support breastfeeding: The role of nurse-midwife. *Nursing Journal CMU*, 49(1), 329-339. (in Thai)

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ระบุหมายเลขรหัส doi

Robinson, P. (2021). Long COVID and breathlessness: An overview. *British Journal of Community Nursing*, 26(9), 438-443. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2021.26.9.438>

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ไม่ได้ระบุหมายเลขรหัส doi

World Health Organization. (2022). *WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard*. <https://covid19.who.int/>

ตัวอย่างการอ้างอิงในกรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 19 คน (ให้ระบุผู้เขียนคนที่ 1-19 ทุกคน หลังจากนั้นให้ใส่สัญลักษณ์จุด ... สามจุด โดยเว้นระยะ 1 ช่วงตัวอักษรในตำแหน่งหน้าจุดและหลังจุด และปิดท้ายด้วยชื่อผู้เขียนคนสุดท้าย)

Kalnay, E., Kanamitsu, M., Kistler, R., Collins, W., Deaven, D., Gandin, L., Iredell, M., Saha, S., White, G., Woollen, J., Zhu, Y., Chelliah, M., Ebisuzaki, W., Higgins, W., Janowiak, J., Mo, K. C., Ropelewski, C., Wang, J., Leetmaa, A., ... Joseph, D. (1996). The NCEP/NCAR 40-year reanalysis project. *Bulletin of the American Meteorological Society*. 77(3), 437-471. <http://doi.org/fg6rf9>

2. การเขียนอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

Murdaugh, C. L., Pender, N. J., & Parsons, M. A. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). Pearson.

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงหนังสือที่มีบรรณาธิการ

Cunningham, F., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Spong, C. Y., & Casey, B. M. (Eds.). (2022). *Williams Obstetrics* (26th ed.). McGraw Hill.

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงบทในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

Suwonnarop, N., Piyopasakul, W., & Panitrat., R. (2016). Thailand: Nursing theory and theory-based education, practice, and research. In J. J. Fitzpatrick & A. L. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Global perspectives* (5th ed., pp. 198-212). Pearson Education.

3. การเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงวิทยานิพนธ์ที่ได้จากเว็บไซต์

Axford, J. C. (2007). *What constitutes success in Pacific Island community conserved areas?* [Doctoral dissertation, University of Queensland, Brisbane, Australia].
<http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:158747>

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงวิทยานิพนธ์ที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์

Knight, A. (2001). *Exercise and osteoarthritis of the knee* [Unpublished master's thesis]. Auckland University of Technology.

4. การอ้างอิงจากรูปภาพหรือแผนภาพ

รูปภาพหรือแผนภาพควรเป็นต้นฉบับที่ผู้เขียนจัดทำเอง หากนำมาจากแหล่งอื่น ควรได้รับอนุญาตจากเจ้าของ และอ้างอิงแหล่งที่มาตามรูปแบบ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 สำหรับคำบรรยายให้พิมพ์ได้ภาพ

การส่งบทความต้นฉบับ

1. ผู้เขียนต้องลงทะเบียน (Register) เป็นสมาชิกของระบบ ThaiJo หรือหากเป็นสมาชิกของระบบThaiJo แล้วสามารถ log in เข้าสู่ระบบได้ และปฏิบัติตามคู่มือการใช้งานระบบ เพื่อดำเนินการส่งบทความผ่านเว็บไซต์พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามขั้นตอน โดยสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำการใช้งานระบบวารสารของผู้เขียนของระบบ ThaiJo ได้
2. ดาวโหลดแบบฟอร์มการขอส่งบทความ ผ่านทางหน้าเว็บไซต์ระบบ ThaiJo ของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ URL: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing> โดยกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

3. ผู้เขียนส่งเอกสารผ่านทางหน้าเว็บไซต์ระบบ ThaiJo ดังนี้
 - 3.1 บทความต้นฉบับเป็นไฟล์ word นามสกุล (.docx)
 - 3.2 แบบฟอร์มการนำส่งบทความของวารสาร
 - 3.3 แบบฟอร์มรับทราบข้อกำหนดก่อนส่งตีพิมพ์
 - 3.4 สำหรับบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ผู้เขียนต้องส่งสำเนาเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กองบรรณาธิการพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เลขที่ 110/406 ถนนอินทวิโรด ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
เบอร์ติดต่อ 053-949100

<p>Diabetes Self-management Behaviors and Influencing Factors Among Elderly Patients with Type 2 Diabetes Post-COVID-19 Pandemic in Wenzhou, China</p> <p>พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและปัจจัยที่มีอิทธิพลในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการระบาดของของโควิด-19 ในเมืองเหวินโจว ประเทศจีน</p> <p>Weijing Zhang เหวยเสียน จาง</p> <p>Rungrat Srisuriyawet รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์</p> <p>Saifone Moungku สายฝน ม่วงคุ่ม</p>	<p>1-12</p>
<p>Work Engagement and Organizational Citizenship Behavior of Nurses in the Referral Hospital, the Republic of Kiribati</p> <p>ความผูกพันในงานและพฤติกรรมกรเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาลในโรงพยาบาลรับ-ส่งต่อ สาธารณรัฐคิริบาส</p> <p>Baaua Tawita แบ ทาวิต้า</p> <p>Thitinut Akkadechanunt ฐิติณัฐ อัคคะเดชอนันต์</p> <p>Somjai Sirakamon สมใจ ศิระกมล</p>	<p>13-26</p>
<p>Length of Hospital Stay, Quality of Discharge Teaching, and Readiness for Hospital Discharge Among First-Time Mothers, the Republic of Burundi</p> <p>ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในมารดาครั้งแรก สาธารณรัฐบुरुнди</p> <p>Francois Haragakiza ฟรองซัวส์ ฮารากากิซา</p> <p>Nonglak Chaloumsuk นงลักษณ์ เฉลิมสุข</p> <p>Piyanut Xuto ปิยะนุช ชูโต</p>	<p>27-38</p>
<p>The Development of a Dietary Behavioral Modification Model for Persons with Type 2 Diabetes in Nakhon Ratchasima Province</p> <p>การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดนครราชสีมา</p> <p>Lukawee Piyabanditkul ลักวี ปิยะบัณฑิตกุล</p> <p>Siwaporn Sompeerapun ศิวาพร สมพีรพันธุ์</p>	<p>39-51</p>

<p>Situational Analysis of Practices Among Nurse Practitioners Transferring to Local Administrative Organizations in Chiang Mai Province</p> <p>การวิเคราะห์สถานการณ์การปฏิบัติของพยาบาลเวชปฏิบัติที่โอนย้ายสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่</p> <p>Boontarika Rattanang บุญตริกา รัตนัง</p> <p>Sivaporn Aungwattana ศิวพร อึ้งวัฒนา</p> <p>Wilawan Tuanrat วิลาวณิชย์ เตือนราษฎร์</p>	<p>52-65</p>
<p>Quality of Primary Health Care Services Provided by Health Personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals after the Transfer of Responsibilities to the Kalasin Provincial Administrative Organization</p> <p>คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์</p> <p>Teerasak Poojomjae ธีรศักดิ์ ภูจอมแจ้</p> <p>Arunnee Jaitieng อรุณณี ใจเที่ยง</p> <p>Lukawee Piyabanditkul ลักษณ์วี ปิยะบัณฑิตกุล</p>	<p>66-78</p>
<p>Effects of a Family Caregivers Empowerment Program on Rehabilitation Practices in Intermediate Patients with Mobility Impairment in a Community</p> <p>ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน</p> <p>Arthitaya Chalongsaisit อาทิตยา ฉลองชัยสิทธิ์</p> <p>Rangsiya Narin รังสิยา นารินทร์</p> <p>Sivaporn Aungwattana ศิวพร อึ้งวัฒนา</p>	<p>79-94</p>
<p>The Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program Based on PITS Education on Self-Management Behaviors in People with Uncontrolled Type II Diabetes for Slowing Renal Impairment and Improving Clinical Outcomes</p> <p>ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ได้เพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก</p> <p>Wanida Srisang Na Ayutthaya วนิดา ศรีสังข์ ณ อยุธยา</p> <p>Rungrat Srisuriyawet รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์</p> <p>Pornnapa Homsin พรนภา หอมสินธุ์</p>	<p>95-110</p>

<p>Effect of a Self-Regulation Enhancing Program via Tele-nursing on Health Behaviors Among Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in Communities</p> <p>ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน</p> <p>Supamas Kongtita สุภมาส กองดีดี๊ะ</p> <p>Decha Tumdee เดชา ทำดี</p> <p>Sivaporn Aungwattana ศิวพร อั้งวัฒนา</p>	<p>111-124</p>
<p>The Effects of a Digital Enhanced-learning Program on Teenage Pregnancy Prevention Practices Among Middle School Girls in a Community</p> <p>ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน</p> <p>Charuwan Danpo จารุวรรณ แดนโพธิ์</p> <p>Sivaporn Aungwattana ศิวพร อั้งวัฒนา</p> <p>Wilawan Tuanrat วิลาวรรณ เตือนราษฎร์</p>	<p>125-137</p>
<p>Factors Associated with Work-Related Health Risks Among Nursing Instructors</p> <p>ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของอาจารย์พยาบาล</p> <p>Rungkant Plykaew รุ่งกานต์ พลายแก้ว</p> <p>Prapatsorn Aksornpan ประภัสสร อักษรพันธ์</p>	<p>138-151</p>
<p>Effect of a Play Therapy Program on Preoperative Anxiety Among School-Age Patients</p> <p>ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน</p> <p>Phatcharaporn Watcharasin พัชรพร วัชรสินธุ์</p> <p>Pimpaporn Klunklin พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น</p> <p>Nethong Namprom เนตรทอง นามพรม</p>	<p>152-167</p>

<p>The Effect of a Health Literacy Enhancement Program on Early Childhood Development Among Primary Caregivers in Ethnic Groups</p> <p>ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในผู้ดูแลหลักกลุ่มชนชาติพันธุ์</p> <p>Kunnara Maneekunwong กุลนรา มณีคันธวงษ์</p> <p>Katemanee Moonpanane เกศมณี มุลพานันท์</p> <p>Nathamon Wuttiapan ณฐมน วุฒิพันธุ์</p> <p>Khanittha Pitchalard ขนิษฐา พิศฉลาด</p> <p>Chuntana Reangsing ฉันทนา แรงสิงห์</p> <p>Srisuruk Kietmaneerut ศรีสุรักษ์ เกียรติมนิรัตน์</p> <p>Salisa Kodyee ศลิษา โกดีย์</p> <p>Pimkanabhon Trakooltorwong พิมคณภรณ์ ตระกูลต่อวงศ์</p>	<p>168-183</p>
<p>Effect of a Supportive-Educative Nursing Program on Self-Care Behaviors of Adolescents with SLE</p> <p>ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี</p> <p>Benjamas Nuangkanta เบญจมาศ เนืองกันทา</p> <p>Nuttanicha Sriboonyawattana ณัฐธนิษา ศรีบุญวัฒน์</p> <p>Nethong Namprom เนตรทอง นามพรม</p>	<p>184-199</p>
<p>Nurses' Competency in Caring for Patients with Multidrug-Resistant Organism Infections, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital*</p> <p>สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่</p> <p>Aroonsri Mungmuang อรุณศรี มุงเมือง</p> <p>Thitinut Akkadechanunt ฐิติณัฐ อัคคะเดชอนันต์</p> <p>Somjai Sirakamon สมใจ ศิระกมล</p>	<p>200-214</p>

Career Adaptability and Career Satisfaction of Nurses in University Hospitals in the Northern Region ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพและความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเขตภาคเหนือ	215-228
Pornphan Jitpukdee พรพรรณ จิตต์ภักดี Kulwadee Abhicharttibuera กุลวดี อภิชาติบุตร Orn-anong Wichaikhum อรอนงค์ วิชัยคำ	
Effectiveness of the Catheter-Associated Urinary Tract Infection Prevention Program Among Nurses in Female Medical Wards ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับ การคาสายสวนปัสสาวะในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง	229-246
Thanyapat Laophichianphong ธัญพัฒน์ เหล่าพิเชียรพงษ์ Nongyao Kasatpibal นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล Nongkran Viseskul นงค์ครานู วิเศษกุล	
Development of Video Media for Nurses on Prevention of Surgical Site Infection following Abdominal Surgery การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล	247-259
Nattanicha Yokin นัทธนิชา โยคิน Wanchai Lertwatthanawilat วันชัย เลิศวัฒนวิลาส Akeau Unahalekhaka อะเคื้อ อุณหเลขกะ	
Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women with Preterm Labor at Nakoreping Hospital การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลนครพิงค์	260-277
Omjai Sittichamlong อ้อมใจ สิทธิจำลอง Chanchira Klomma จันทร์จีรา กลมมา	

Effect of a Psychosocial Support Program on Child Care Self-Efficacy and Postpartum Depression in First-Time Mothers 278-292

ผลของโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก

Kuntida	Kunlapatsangtong	กฤษณา	กุลภัทร์แสงทอง
Wanna	Phahuwatanakorn	วรรณภา	พาหุวัฒนกร
Piyanun	Limruangrong	ปิยนันท์	ลิ้มเรืองรอง
Wimolnun	Putdivarnichapong	วิมลนันท์	พุดวิณิขพงศ์

The Development and Effects of Nursing Care According to King's Theory of Goal Attainment with a Virtual Reality Program on Skills Required for Substance Relapse Prevention Among Patients with Amphetamine Addiction during the Rehabilitation Phase 293-307

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

Anchalee	Jetwaranon	อัญชลี	เจตวรานนท์
Orawan	Nukaew	อรวรรณ	หนูแก้ว
Kraiwut	Srijan	ไกรวุฒิ	ศรีจันทร์

The Cost of Nurse Turnover in Thailand: Nursing's Role and Management Strategies	308-318		
ต้นทุนการลาออกของพยาบาลไทย: บทบาทพยาบาลและกลยุทธ์การจัดการ			
Wipada	Kunaviktikul	วิภาดา	คุณาวิกติกุล
Chomphunut	Singmanee	ชมพูนุท	สิงห์มณี
Designing Learning and Teaching to Develop an Entrepreneurial Mindset: A Case Study of the Bachelor of Nursing Science Program	319-333		
การออกแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนากรอบแนวคิดเชิงผู้ประกอบการ: กรณีศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต			
Areewan	Klunklin	อารีวรรณ	กลั่นกลั่น
Wassana	Uppor	วาสนา	อุปปื่อ
Development of Latex Pressure-Redistribution Mattresses to Enhance the Capacity for Pressure Injury Management	334-342		
การพัฒนาที่นอนยางพารากระจายแรงกดทับเพื่อเสริมศักยภาพในการจัดการปัญหาแผลกดทับ			
Siriratana	Juntaramano	สิริรัตน์	จันทรมะโน
Boontham	Nithi-Uthai	บุญธรรม	นิธิอุทัย
Wannapa	Pipattanawong	วรรณภา	พิพัฒน์ธนวงศ์
Nursing Care for Pediatric Patients with Tracheostomy Tubes Through Family-Centered Care: A Case Study Analysis	343-354		
การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: วิเคราะห์กรณีศึกษา			
Jarawan	Thaibandit	จารูวรรณ	ไทยบัณฑิต



สารจากบรรณาธิการ

พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2568 เป็นฉบับสุดท้ายของปีที่ 52 วารสารได้ดำเนินการเผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการ โดยพัฒนาปรับปรุงให้มีคุณภาพตลอดมา ส่งผลให้วารสารผ่านการรับรองคุณภาพและได้รับการจัดอันดับให้อยู่ในกลุ่มที่ 1 ฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ระหว่าง พ.ศ. 2568-2572 บทความที่นำเสนอทั้งหมดได้ผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ในรูปแบบ Double-blinded review ทำให้บทความแต่ละเรื่องมีคุณภาพสามารถนำไปใช้อ้างอิงทางวิชาการ และนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลได้

วารสารฉบับนี้ ได้นำเสนอบทความที่หลากหลายและน่าสนใจ จำนวน 25 เรื่อง เนื่องจากมีผู้เขียนสนใจส่งบทความเพื่อเสนอตีพิมพ์เผยแพร่จำนวนมากขึ้น ดังนั้น เพื่อให้การเผยแพร่บทความมีความทันสมัย กองบรรณาธิการจึงได้พิจารณาเพิ่มจำนวนบทความที่เผยแพร่จากเดิมฉบับละ 20 เรื่อง เป็น 25 เรื่องในฉบับที่ 4 นี้ โดยได้นำเสนอบทความภาษาอังกฤษ 3 เรื่อง และบทความภาษาไทย 22 เรื่อง สำหรับบทความภาษาอังกฤษ เป็นบทความวิจัยด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 เรื่อง ด้านการบริหารการพยาบาล 1 เรื่อง และด้านการผดุงครรภ์ 1 เรื่อง ในส่วนบทความภาษาไทย เป็นบทความวิจัย 18 เรื่อง และบทความวิชาการ 4 เรื่อง ซึ่งบทความวิจัยประกอบด้วย บทความด้านเวชปฏิบัติชุมชนและเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย 8 เรื่อง ด้านการพยาบาลเด็ก 3 เรื่อง ด้านการบริหารทางการพยาบาล 2 เรื่อง ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ 2 เรื่อง ด้านการผดุงครรภ์ 2 เรื่อง ด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 เรื่อง ในส่วนของบทความวิชาการ เป็นบทความทางด้านการบริหารทางการพยาบาล 1 เรื่อง การศึกษาพยาบาล 1 เรื่อง การดูแลผู้ที่มีแผลกดทับ และการพยาบาลเด็ก อย่างละ 1 เรื่อง บทความทั้งหมดนี้ ผู้สนใจสามารถ download ได้ในระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณ ผู้อ่านที่ให้ความสนใจ ผู้เขียนบทความที่ให้เกียรติส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความกรุณาถ้อยแถลงบทความตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และในโอกาสส่งท้ายปีเก่า พ.ศ. 2568 และต้อนรับปีใหม่ พ.ศ. 2569 กองบรรณาธิการขออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านนับถือ จงดุ่มครองให้ทุกท่านมีสุขภาพที่แข็งแรง และประสบแต่ความสุข ตลอดไป

รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา

บรรณาธิการ



Diabetes Self-management Behaviors and Influencing Factors Among Elderly Patients with Type 2 Diabetes Post-COVID-19

Pandemic in Wenzhou, China*

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและปัจจัยที่มีอิทธิพล
ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการระบาดของ
ของโควิด-19 ในเมืองเหวินโจว ประเทศจีน*

Weijing	Zhang**	เหวยเสียน	จาง**
Rungrat	Srisuriyawet***	รุ่งรัตน์	ศรีสุริยเวศน์***
Saifone	Moungku****	สายฝน	ม่วงคุ้ม****

Abstract

In the aftermath of the COVID-19 pandemic, despite healthcare recovery and digital health additions, diabetes self-management behavior (DSMB) among elderly patients in China remains poor, resulting in increased complications, mortality, and economic burden. This predictive correlational study investigated diabetes self-management behavior among elderly type 2 diabetes mellitus patients post-COVID-19 in Wenzhou, China, examining potential predictors including health literacy, perceived diabetes self-efficacy, and social support. Purposive sampling was conducted with 109 early elderly patients, aged 60-69 years, from the diabetes outpatient department at the First Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University. Data was collected using questionnaires including the Diabetes Self-Management Behavior Scale, Health Literacy Management Scale for Chronic Diseases, Diabetes Self-efficacy Scale, and Social Support Rating Scale. Data analysis was conducted using descriptive statistics and multiple linear regression.

The findings revealed that diabetes self-management behavior in elderly patients was at a low level ($M = 34.53$, $SD = 9.65$). Perceived diabetes self-efficacy was the only factor that could significantly predict diabetes self-management behavior ($\beta = 0.837$, $p < .001$), explaining 65.8% of the variance in diabetes self-management behavior. Neither health literacy ($\beta = -0.070$, $p = 0.377$) nor social support ($\beta = 0.045$, $p = 0.535$) demonstrated significant predictive value.

The findings indicate that within the rapidly changing Chinese cultural context after the COVID pandemic, healthcare for elderly diabetic patients should prioritize building patients' confidence in managing their own condition.

Keywords: Elderly; Self-efficacy; Self-management behavior; Type 2 diabetes mellitus

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Burapha University

** Graduate student of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Burapha University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University;

e-mail: rungrat@go.buu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

Received 28 April 2025; Revised 10 July 2025; Accepted 17 July 2025



Diabetes Self-management Behaviors and Influencing Factors Among Elderly Patients with Type 2 Diabetes Post-COVID-19 Pandemic in Wenzhou, China

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและปัจจัยที่มีอิทธิพลในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการระบาดของโควิด-19 ในเมืองเหวินโจว ประเทศจีน

บทคัดย่อ

หลังการระบาดใหญ่ของโควิด-19 แม้จะมีการฟื้นตัวของบริการทางการแพทย์ และการเพิ่มขึ้นของการดูแลสุขภาพผ่านอินเทอร์เน็ต พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศจีนยังคงอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ อัตราการเสียชีวิต และภาระทางเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้น การศึกษาสหสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงหลังการระบาดของโควิด-19 ในเมืองเหวินโจว สาธารณรัฐประชาชนจีน และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 109 คน จากแผนกผู้ป่วยนอกเบาหวานของโรงพยาบาลในเครือแห่งแรกของมหาวิทยาลัยการแพทย์ เป็นผู้ป่วยสูงวัยตอนต้น อายุ 60-69 ปี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับโรคเรื้อรัง แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ multiple linear regression

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานในผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ($M = 34.53, SD = 9.65$) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการเบาหวาน เป็นปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.837, p < .001$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนในพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวาน ได้ถึงร้อยละ 65.8 ในขณะที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = -0.070, p = 0.377$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.045, p = 0.535$) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา ชี้ให้เห็นภายใต้บริบทวัฒนธรรมจีนที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วหลังการระบาดของโควิด การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุเบาหวาน ควรให้ความสำคัญกับการสร้างความมั่นใจของผู้ป่วยในการจัดการกับภาวะโรคของตนเอง

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง โรคเบาหวานชนิดที่ 2

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรสูตตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรสูตตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา e-mail: rungrat@so.buu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



Diabetes Self-management Behaviors and Influencing Factors Among Elderly Patients with Type 2 Diabetes Post-COVID-19 Pandemic in Wenzhou, China

พฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและปัจจัยที่มีอิทธิพลในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการระบาดของโควิด-19 ในเมืองเหวินโจว ประเทศจีน

Background and significance

Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a chronic metabolic disorder characterized by insulin resistance and impaired insulin secretion, and a critical public health issue globally (American Diabetes Association, 2023). China has the largest diabetic population globally. Elderly individuals aged 60 and above constitute 40.0-50.0% of the diabetic population in China with only 30.8-50.6% of elderly patients meeting the recommended Glycosylated Hemoglobin, Type A1C (HbA1c) levels (HbA1c<7.0%) (Li et al., 2020). Poor glycemic control exacerbates the risk of macrovascular and microvascular complications, including cardiovascular disease, diabetic nephropathy, retinopathy, and neuropathy, leading to increased disability, mortality, and healthcare costs (Lu & Gao, 2021).

Diabetes Self-Management Behavior (DSMB) refers to a series of preventive and therapeutic activities that diabetic patients undertake under the guidance of medical staff, aiming to control blood sugar levels and prevent or delay the occurrence of complications. DSMB encompasses aspects such as diet, exercise, smoking cessation management, blood glucose monitoring, foot care, medication administration, and psychosocial management (American Diabetes Association, 2018; Chinese Diabetes Society, 2021). Effective self-management can assist diabetic patients in controlling blood glucose levels, maintaining glycated hemoglobin levels, slowing down disease progression, reducing complications, improving medication compliance, enhancing quality of life, and increasing diabetes knowledge.

The COVID-19 pandemic impaired diabetes management, with studies showing elevated blood glucose levels in diabetic patients (Sun et al., 2020). China has entered a "post-epidemic era" characterized by disease fluctuations and potential localized outbreaks. Research in Zhejiang Province found poor self-management among elderly T2DM patients due to post-epidemic impacts (Wang & Zhao, 2022). Despite healthcare service restoration, ongoing resource constraints and infection control measures continue disrupting elderly diabetic patients' self-management. Patients face difficulties accessing appointments and timely consultations. Healthcare providers have adopted digital platforms including telemedicine and online services to reduce patient clustering and infection risks while improving service efficiency. However, elderly diabetic patients' limited technological proficiency creates barriers to these digital solutions, potentially worsening diabetes self-management. Additionally, prolonged pandemic-related stress may reduce patients' confidence in diabetes management, leading to resistance toward maintaining proper self-care behaviors.

Previous research demonstrates significant relationships between health literacy (HL), self-efficacy, social support, and DSMB, finding that HL positively correlates with DSMB while showing a negative correlation with HbA1c levels (Dai et al., 2017). Multiple studies have identified HL as a crucial indicator for effective DSMB (Zhu & Zhou, 2022). Self-efficacy is a crucial belief influencing self-management behaviors (Yu et al., 2018). Higher self-efficacy is associated with greater confidence in disease management, facilitating the development and maintenance of healthy self-management practices and ultimately improving survival quality. Additionally, it has been demonstrated that increased family support correlates with enhanced diabetes awareness among



Diabetes Self-management Behaviors and Influencing Factors Among Elderly Patients with Type 2 Diabetes Post-COVID-19 Pandemic in Wenzhou, China

พฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและปัจจัยที่มีอิทธิพลในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการระบาดของโควิด-19 ในเมืองเหวินโจว ประเทศจีน

patients, fostering more positive attitudes toward the condition and reducing negative emotional responses (Tang et al., 2019).

However, inconsistency exists in previous studies regarding the relationship between HL and DSMB (Zhu & Zhou, 2022). At the same time, China covers a vast territory, and there are differences, such as culture, life, and economy, among various regions, which leads to disparities in the self-management behaviors for diabetes in different areas. The prevalence rate of diabetes in eastern China has reached 12.2%. Although diabetes is on the rise in both urban and rural areas, the gap is narrowing. However, the prevalence rate in cities remains relatively high (Li et al., 2020). Therefore, the distinct regional determinants of Wenzhou including dietary habits, social support, economics, and medical accessibility highlight the need for context-specific studies.

Self-management behavior is different from lifestyle modification. Self-management refers to the comprehensive skill set for managing health, while lifestyle modification represents the specific behavioral changes as part of that management approach. Therefore, this study focuses on elderly patients aged 60-69 years in Wenzhou, China. The young elderly represent a critical demographic for early intervention, as they are more likely to benefit from preventive measures and self-management behavior. By exploring the roles of HL, self-efficacy, and social support in DSMB, this study aims to provide insights into effective strategies for improving diabetes management among elderly patients in Wenzhou. The findings will inform healthcare providers and policymakers in designing targeted interventions to enhance DSMB, reduce complications, and improve the quality of life for this vulnerable population.

Research objectives

To investigate DSMB and to examine potential predictors of DSMB, including HL, perceived diabetes self-efficacy, and social support among elderly patients with T2DM post-COVID-19 pandemic in Wenzhou, China.

Conceptual framework

The study was guided by the individual and family self-management theory (IFSMT) (Ryan & Sawin, 2009), integrated with the literature review. It emphasized the interaction of contextual factors (HL and social support), process factors (self-efficacy), and outcomes (DSMB). HL helps in making informed health decisions, self-efficacy reflects confidence in disease management, and social support provides emotional and practical resources. These variables might be able to predict DSMB, the dependent variable.



Diabetes Self-management Behaviors and Influencing Factors Among Elderly Patients with Type 2 Diabetes Post-COVID-19 Pandemic in Wenzhou, China

พฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและปัจจัยที่มีอิทธิพลในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการระบาดของโควิด-19 ในเมืองเหวินโจว ประเทศจีน

Methodology

A predictive correlational research design was applied in this study.

Population and sample

The population of the study was elderly patients with type 2 diabetes aged between 60-69 years old who visited the diabetes outpatient department (OPD) at the First Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University in the Wenzhou metropolitan area.

The sample size was calculated using G*power 3.1.9.7. Linear multiple regression analysis was selected as the statistical test type. The sample size was increased by using a small effect size of 0.12 (Gray & Grove, 2020), with $\alpha = 0.05$, power = 0.80, and the number of predictors set at 3. Based on the power analysis, this study required at least 95 participants. Considering for missing or incomplete data, the sample size was increased by 15% to reduce errors. Therefore, the total sample size was 109.

One hundred and nine patients with T2DM aged 60-69 years were recruited through purposive sampling from the department between January and September 2024. The inclusion criteria were as follows:

1. Diagnosed with T2DM for ≥ 6 months.
2. Able to understand and communicate in the Chinese language.
3. No acute metabolic complications in the past 6 months (diabetic ketoacidosis: DKA), hyperosmolar hyperglycemic syndrome (HHS), severe hypoglycemic coma with blood glucose < 2.8 mmol/L and impaired consciousness, or lactic acidosis).
4. No severe cognitive impairment or documented dementia/Alzheimer's disease.
5. No end-stage organ failure (excluding ESRD, Child-Pugh Class C cirrhosis, or NYHA Class III-IV heart failure).
6. Absence of physical disabilities impacting self-management (no severe motor dysfunction, wheelchair use, or bedridden status).

Researchers placed recruitment posters at the hospital entrance and diabetes clinic. They screened patients at the diabetes clinic outpatient department via medical records, inviting those who met the inclusion criteria to participate. After obtaining informed consent, the researchers administered questionnaire surveys to participants.

Research instruments

The study involved collecting data through self-reported questionnaires after obtaining informed consent, with the entire process completed within 25 minutes.

The research utilized five main instruments, which were all in Chinese versions:

1. The Demographic Data Questionnaire (DDQ) was developed specifically for the study; it collected socioeconomic, demographic, and health-related information, including lifestyle habits and medical history.
2. The Diabetes Self-care Activities Scale (SDSCA) used the Chinese translations by Toobert et al. and Wan et al. (Wan et al., 2008). This 11-item scale measures self-care behaviors across six domains:



Diabetes Self-management Behaviors and Influencing Factors Among Elderly Patients with Type 2 Diabetes Post-COVID-19 Pandemic in Wenzhou, China

พฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและปัจจัยที่มีอิทธิพลในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการระบาดของโควิด-19 ในเมืองเหวินโจว ประเทศจีน

general diet, special diet, exercise, blood glucose monitoring, foot care, and medication. Items are rated on an 8-point scale (0-7), with higher scores indicating better self-management behavior. Average scores were classified as poor (≤ 4.1), medium (4.2-5.5), or good (≥ 5.6). Test-retest reliability was 0.83 ($p < 0.01$) in Wan et al.'s study and 0.89 ($p < 0.01$) in this study.

3. The Health Literacy Management Scale (HeLMS) adapted Sun et al.'s original version (Sun et al., 2012) to assess health literacy across eight dimensions: attitudes towards health, understanding, social support, socioeconomic factors, access to general health services, communication with health service providers, proactivity, and health information use. The 25-item scale uses a 5-point Likert format (1 = very difficult/very reluctant to 5 = no difficulty/very willing). Higher scores indicate better health management abilities. Cronbach's alpha coefficient was 0.89, originally, and 0.95 for this study.

4. The Diabetes Self-efficacy Scale (DSES) was translated into Simplified Chinese by Wan and Shang (Wan & Shang, 2009). This 26-item scale uses a 5-point Likert format (1-5), with higher scores indicating better self-efficacy. Cronbach's alpha coefficient was 0.894 in Wan and Shang's study and 0.91 in this study.

5. The Social Support Rating Scale (SSRS) was developed by Xiao (Xiao, 1994). This 10-item Chinese scale measures social support across three dimensions: objective, subjective, and utilization of support. Items are rated on a 4-point scale, with higher scores indicating greater social support. Cronbach's alpha coefficient was 0.89-0.94 in Xiao's study and 0.79 in this study.

Chinese versions of all instruments were used, having been tested and validated in previous studies with good validity and optimal reliability as indicated by Cronbach's alpha values. In this study, 30 participants were used to examine instrument reliability, and test-retest reliability for the SDSCA was retested.

Ethical considerations

Ethical approval was obtained from Burapha University's IRB (G-HS072/2566) and Wenzhou Medical University's Research Ethics Committee (KY2023-235, approved October 28, 2023). Participants provided informed consent after receiving comprehensive study information. Data were anonymized and securely stored with researcher-only access, and will be destroyed one-year post-publication.

Data collection

The researcher screened participants at a diabetes outpatient clinic and obtained written informed consent. Data were collected through a combination of self-administered questionnaires (51 patients) and reading questionnaires and answering (58 patients). To reduce bias, the measures included using a large-font questionnaire with section-by-section completion, standardized reading questionnaires, and respecting participants' preferences (e.g., skipping sensitive questions or pausing interviews). Self-reported data, such as glucose monitoring and medication use, were cross verified with medical records. Given elderly participants' potential visual or literacy challenges, researchers conducted 30-minute standardized reading questionnaires while documenting physical measurements (e.g., blood pressure, height, weight) from medical records. Questionnaires were checked for completeness on-site, and participants received small gifts as compensation, with care



Diabetes Self-management Behaviors and Influencing Factors Among Elderly Patients with Type 2 Diabetes Post-COVID-19 Pandemic in Wenzhou, China

พฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและปัจจัยที่มีอิทธิพลในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการระบาดของโควิด-19 ในเมืองเหวินโจว ประเทศจีน

taken to ensure the process did not disrupt regular patient visits.

Data analysis

SPSS Statistics 17 was used for data analysis. Data analysis was conducted using descriptive statistics and multiple linear regression. All assumptions were met including normality (Kolmogorov-Smirnov test, $p > .05$), no multivariate outliers (Mahalanobis distance $\chi^2 < 12.84$), and no multicollinearity (VIF < 5 , correlations $< .85$).

Results

The participants ($n = 109$) were predominantly female (53.2%), married (94.5%), and unemployed (62.4%), with a mean age of 64.3 years. Most participants lived with family or friends, and had independent daily living skills, low literacy levels, and monthly family incomes below 10,000 RMB. Regarding health status, 36.7% were overweight and 4.6% were obese, with 27.5% currently drinking alcohol and 21.1% smoking.

Regarding history of illness, most participants (70.6%) had diabetes for over 10 years, with 91.7% having comorbidities and 60.6% experiencing complications. The study revealed widespread poor diabetes management, with target HbA1c levels reached by only 14.7% of participants.

Overall diabetes self-management behaviors were inadequate among participants ($M = 34.53$, $SD = 9.65$). All behavioral domains including diet management, exercise engagement, glucose monitoring, and foot care showed suboptimal scores ($M = 1.73$ - 3.37). Medication compliance was the exception, demonstrating substantially higher performance ($M = 6.34$) relative to other activities (Figure 1).

Multiple linear regression findings demonstrated that diabetes self-efficacy emerged as the sole significant determinant of self-management practices ($\beta = .837$, $p < .001$), accounting for 65.8% of variance in self-management behaviors (Adj $R^2 = 65.8\%$, $F(3,105) = 70.12$, $p < .001$). Neither health literacy for diabetes ($\beta = -.070$, $p = .377$) nor social support ($\beta = .045$, $p = .535$) significantly influenced self-management outcomes (Table 1).

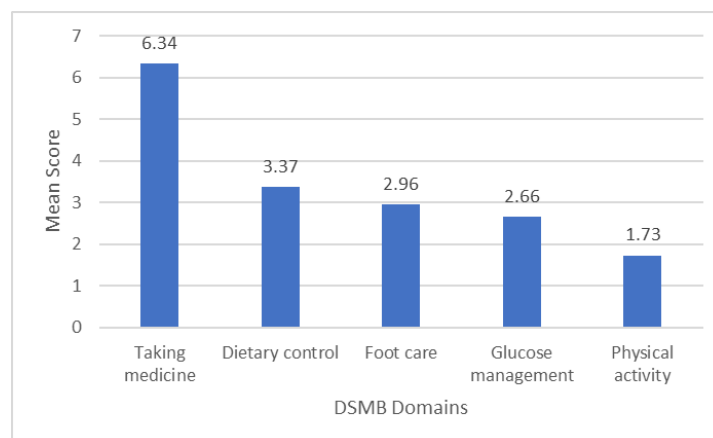


Figure 1 Mean scores of DSMB domains



Diabetes Self-management Behaviors and Influencing Factors Among Elderly Patients with Type 2 Diabetes Post-COVID-19 Pandemic in Wenzhou, China
พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและปัจจัยที่มีอิทธิพลในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการระบาดของโควิด-19 ในเมืองเหวินโจว ประเทศจีน

Table 1 Summary of regression analysis for variables predicting diabetes self-management among the elderly with T2DM in the post COVID-19 pandemic in Wenzhou, China (n = 109)

Predicting variables	B	SE	β	t	p-value
Health literacy	-0.034	0.038	-0.07	-0.887	0.377
Self-efficacy	0.509	0.042	0.837	12.176	0.000
Social support	0.084	0.135	0.045	0.622	0.535
Constant	-7.299	3.878		-1.882	0.063

$R^2 = .667$, $Adj R^2 = .658$, $F_{(3, 105)} = 70.12$, $P\text{-value} < .001$, $S.E. = 5.648$

Note. B = unstandardized coefficient, SE = standard error, β = standardized coefficient, t = t-value, R^2 = coefficient of determination, F = F-statistic, S.E. = standard error of the estimate

Discussion

Diabetes self-management behaviors

An analysis of elderly type 2 diabetes patients in post-COVID Wenzhou identified poor self-management behaviors ($M = 34.53$, $SD = 9.65$), with contributing factors conceptualized through Individual and Family Self-Management Theory (Ryan & Sawin, 2009). The study population, characterized by advanced age (mean = 64.28 years) and limited educational attainment, demonstrated significant challenges in utilizing emerging digital health technologies, particularly WeChat-based diabetes management applications, despite enhanced technological infrastructure through 5G networks that enabled healthcare providers to deliver remote diabetes education and monitoring services (Ying et al., 2020).

Family support structures proved inadequate despite high rates of marriage (94.5%) and cohabitation with relatives (92.7%), as adult children experienced competing demands from eldercare responsibilities, child-rearing duties, and employment pressures (Chen et al., 2024). Socioeconomic factors compounded these difficulties, including unemployment (affecting 62.4% of participants), income limitations (73.4% earning less than 5,000 RMB monthly), and insufficient insurance coverage (only 19.3% had comprehensive plans). Research demonstrates that higher socioeconomic status is associated with improved diabetes self-management outcomes (Yang, 2024). Educational barriers were prevalent, with 41.3% of participants lacking primary education, which research indicates impairs patients' ability to comprehend and implement diabetes management strategies (Jin, 2024).

Disease chronicity emerged as an additional challenge, with 70.6% of participants having managed diabetes for 11-30 years, leading to treatment fatigue and reduced adherence motivation (Ryan & Sawin, 2009). Poor self-management practices resulted in suboptimal clinical outcomes, including uncontrolled glycemic levels, obesity (41.3% overweight) influenced by regional dietary patterns emphasizing high-carbohydrate consumption (Huang, 2019), persistent harmful behaviors



Diabetes Self-management Behaviors and Influencing Factors Among Elderly Patients with Type 2 Diabetes Post-COVID-19 Pandemic in Wenzhou, China

พฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและปัจจัยที่มีอิทธิพลในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการระบาดของโควิด-19 ในเมืองเหวินโจว ประเทศจีน

such as smoking (21.1%) and alcohol use (27.5%), in addition to inadequate healthcare engagement evidenced by 69.7% missing scheduled appointments. The study demonstrates that technological barriers, family system strain, economic hardship, educational deficits, and disease chronicity synergistically contributed to compromised diabetes self-management among elderly patients in post-pandemic Wenzhou.

Self-Efficacy as a Predictor of Diabetes Self-Management Behaviors

The findings of this investigation align with the study's hypotheses, confirming that diabetes self-efficacy serves as a significant predictor of self-management behaviors among elderly patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) during the post-COVID-19 pandemic in Wenzhou, China. Diabetes self-efficacy is conceptualized as individuals' confidence in their ability to utilize knowledge and skills effectively to maintain optimal glycemic control and prevent diabetes-related complications (Zhang et al., 2022). Within the theoretical framework of Individual and Family Self-Management Theory, diabetes self-efficacy exerts primary influence on the proximal outcomes of self-management behaviors.

Bandura's social cognitive theory posits that self-efficacy is developed through four primary sources: mastery experiences, vicarious learning, verbal persuasion, and physiological and emotional states. Among these factors, research demonstrates that mastery experiences constitute the most influential determinant of self-efficacy development. Specifically, successful experiences enhance efficacy expectations, whereas repeated failures diminish confidence in one's capabilities (Liu & Li, 2024). As individuals' efficacy expectations strengthen, their motivation to exert greater effort in self-management activities correspondingly increases. When patients with diabetes develop a conviction that their condition is manageable and cultivate confidence in their self-management competencies, the likelihood of improved self-management behaviors significantly increases.

Empirical evidence from multiple investigations supports the observed relationship between self-efficacy and diabetes management outcomes. A comprehensive study examining 489 patients with type 2 diabetes demonstrated that self-efficacy exerts both direct behavioral influences and indirect effects on health outcomes through its mediating role in self-management skill acquisition and application (Zhang et al., 2023). The significant association between self-efficacy and clinical outcomes has been further validated through longitudinal research, which established that diabetes patients who developed enhanced self-efficacy achieved substantially improved physical health outcomes following a two-year period of structured self-management interventions (Xia et al., 2022). These convergent findings underscore the critical importance of self-efficacy as both a predictor and mediator of successful diabetes self-management among elderly patients.

Conclusion

This study provides compelling evidence that diabetes self-efficacy is the primary determinant of self-management behaviors among elderly patients with type 2 diabetes in post-COVID Wenzhou, China. Self-efficacy outweighed traditional predictors like health literacy and social support, challenging



Diabetes Self-management Behaviors and Influencing Factors Among Elderly Patients with Type 2 Diabetes Post-COVID-19 Pandemic in Wenzhou, China

พฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและปัจจัยที่มีอิทธิพลในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการระบาดของโควิด-19 ในเมืองเหวินโจว ประเทศจีน

conventional intervention approaches and highlights the unique needs of elderly Chinese populations.

Applications of research findings

The results advocate for self-efficacy-focused interventions rather than traditional health literacy approaches. Practice-based training that builds confidence through achievable diabetes management tasks may be more effective than complex digital health education for elderly Chinese populations.

Suggestions for further research

Research priorities should focus on developing and testing culturally adapted self-efficacy enhancement interventions specifically designed for elderly Chinese patients with type 2 diabetes. Given the unique finding that self-efficacy outweighed traditional predictors, studies should examine the mechanisms underlying this relationship and identify optimal strategies for building diabetes management confidence within Chinese cultural frameworks.

References

- American Diabetes Association. (2018). 4. Lifestyle management: Standards of medical care in diabetes-2018. *Diabetes Care*, 41(Suppl. 1), S38-S50. <https://doi.org/10.2337/dc18-S004>
- American Diabetes Association. (2023). 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of care in diabetes-2023. *Diabetes Care*, 46(Suppl. 1), S68-S96. <https://doi.org/10.2337/dc23-S005>
- Chen, J., Yan, R., & Xu, K. (2024). "One old and one small" pressure highlights how to deal with the worries of a moderately aging society? 005. <https://link.cnki.net/doi/10.28723/n.cnki.nsjbd.2024.003456>
- Chinese Diabetes Society. (2021). Guideline for the prevention and treatment of type 2 diabetes mellitus in China (2020 ed.). *Chinese Journal of Diabetes Mellitus*, 13(4), 315-409. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn115791-20210221-00095>
- Dai, Y., Liu, W., Li, J., & Li, M. (2017). Study on the correlation between health literacy and self-management ability in type 2 diabetic patients. *Journal of Guangxi University of Chinese Medicine*, 20(03), 15-20.
- Gray, J. R., & Grove, S. K. (2020). *Burns and Grove's the practice of nursing research - e-book: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences. <https://books.google.co.uk/books?id=HmbyDwAAQBAJ>
- Huang, M. (2019). A probe into Wenzhou special snack of Zhejiang Province and its prevailing reasons. *Journal of Nanning Polytechnic*, 24(6), 5-7.
- Jin, D. (2024). Analysis of self-management behavior status and its influencing factors in elderly patients with hypertension comorbidity. *Journal of Doctors Online*, 14(10), 19-24. <https://next.cnki.net/>



Diabetes Self-management Behaviors and Influencing Factors Among Elderly Patients
with Type 2 Diabetes Post-COVID-19 Pandemic in Wenzhou, China
พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและปัจจัยที่มีอิทธิพลในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 หลังการระบาดของโควิด-19 ในเมืองเหวินโจว ประเทศจีน

- Li, Y., Teng, D., Shi, X., Qin, G., Qin, Y., Quan, H., Shi, B., Sun, H., Ba, J., Chen, B., Du, J., He, L., Lai, X., Li, Y., Chi, H., Liao, E., Liu, C., Liu, L., Tang, X., & ... Shan, Z. (2020). Prevalence of diabetes recorded in mainland China using 2018 diagnostic criteria from the American Diabetes Association: National cross sectional study. *British Medical Journal*, *369*, m997. <https://doi.org/10.1136/bmj.m997>
- Liu, H., & Li, J. (2024). Application effect of nursing method based on self-efficacy theory in patients with type 2 diabetes mellitus during medication. *Chinese Journal of Drug Abuse Prevention and Treatment*, *30*(11), 2053-2055. <https://doi.org/10.15900/j.cnki.zylf1995.2024.11.026>
- Lu, F., & Gao, Y. (2021). Occurrence and factors affecting common complications in patients with type 2 diabetes. *Chinese Journal of Public Health Engineering*, *20*(05), 746-747+750. <https://doi.org/10.19937/j.issn.1671-4199.2021.05.013>
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, *57*(4), 217-225.e6. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>
- Sun, H., Peng, H., & Fu, H. (2012). The reliability and consistency of health literacy scale for chronic patients. *Fudan University Journal of Medical Sciences*, *39*(3), 268-272. <https://doi.org/10.3969/j.issn.1672-8467.2012.03.009>
- Sun, X., Shi, F., Ma, J., Yang, M., Liu, W., Wang, L., & Liu, W. (2020). Study on glycemic profiles and emotional scales in diabetic patients after the outbreak of COVID-19. *Chinese Journal of Endocrinology and Metabolism*, *36*(8), 673-677. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn311282-20200611-00431>
- Tang, J., Yang, Q., Li, X., Wu, W. W., Li, Q., Niu, D., Bao, X., Ding, P., & Xu, L. (2019). Study on guiding effect of mental health of elderly patients with type 2 diabetes in community Chinese. *Journal of General Practice*, *17*(3), 433-435+507. <https://doi.org/10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.000701>
- Wan, Q., & Shang, S. (2009). Study on reliability and validity of self-efficacy scale for diabetes mellitus patients. *Chinese Nursing Research*, *23*(17), 1589-1590. https://caod.oriprobe.com/articles/16688196/Study_on_reliability_and_validity_of_self_efficacy.htm
- Wan, Q., Shang, S., Lai, X., & Pan, J. (2008). A study on the reliability and validity of the self-management behaviour scale for patients with type 2 diabetes. *Chinese Journal of Practical Nursing*, *24*(7), 26-27. https://caod.oriprobe.com/articles/13385028/Study_on_the_reliability_and_validity_of_summary_o.htm
- Wang, Y., & Zhao, Y. (2022). Analysis of the status quo of self-efficacy and health knowledge cognition among diabetic patients in Shaoxing City and the influencing factors. *Chinese Journal of Public Health Management*, *38*(5), 647-650. <https://doi.org/10.19568/j.cnki.23-1318.2022.05.0019>



Diabetes Self-management Behaviors and Influencing Factors Among Elderly Patients
with Type 2 Diabetes Post-COVID-19 Pandemic in Wenzhou, China
พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและปัจจัยที่มีอิทธิพลในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 หลังการระบาดของโควิด-19 ในเมืองเหวินโจว ประเทศจีน

- Xia, Z., Jiang, Y., Mao, F., Dong, W., Zhang, W., & Dong, J. (2022). Quality of life and its influencing factors among diabetic patients two years after a self-management intervention in six Provinces and cities in China: A follow-up study. *Chinese Journal of Public Health, 38*(3), 285-290. <https://doi.org/10.11847/zgggws1131688>
- Xiao, S. Y. (1994). The theoretical basis and research application of social support rating scale. *Journal of Clinical Psychiatry, 4*, 98-100.
- Yang, J. (2024). *Social support and health self-management in older patients with diabetes mellitus type 2 mellitus Relationship and mediation role studies*. <https://link.cnki.net/doi/10.26980/d.cnki.gcczc.2024.000275>
- Ying, J., Ran, X., & Zhong, L. (2020). Reflections on the diagnosis and treatment of diabetes during COVID-19 pandemic. *Journal of Chengdu Medical College, 15*(3), 293-296. <https://link.cnki.net/urlid/51.1705.R.20200324.1056.004>
- Yu, Y., Duan, X., Yang, L., & Xie, H. (2018). A correlation between self-efficacy, self-management behavior and quality of life in elderly diabetic patients in the community. *Journal of Mudanjiang Medical University, 39*(1), 123-126. <https://doi.org/10.13799/j.cnki.mdjyxyxb.2018.01.042>
- Zhang, X., Feng, S., Zeng, S., Zhao, X., Zhang, B., Zhao, X., Huang, Y., Chen, X., & Wan, B. (2022). Status quo and correlation analysis of electronic health literacy, self-efficacy and self-management behavior in patients with type 2 diabetes. *Journal of Modern Clinical Medicine, 48*(3), 170-174. <https://doi.org/10.11851/j.issn.1673-1557.2022.03.003>
- Zhang, X., Lin, Y., Jiang, Y., Zhang, L., Dong, M., Chi, H., Dong, H., Ma, L., Li, Z., & Chang, C. (2023). Mediating effect of self-efficacy on self-management ability and self-management behavior in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Peking University (Health Sciences), 55*(3), 450-455. <https://doi.org/10.19723/j.issn.1671-167X.2023.03.010>
- Zhu, R., & Zhou, L. (2022). Progress in health literacy in patients with type 2 diabetes. *Progress in Health Literacy in Patients with Type 2 Diabetes, 19*(10), 188-192. <https://doi.org/10.11986/j.issn.1673-873X.2022.010.045>



Work Engagement and Organizational Citizenship Behavior of Nurses
in the Referral Hospital, the Republic of Kiribati*
ความผูกพันในงานและพฤติกรรมกรเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาล
ในโรงพยาบาลรับ-ส่งต่อ สาธารณรัฐคิริบาส*

Baaua	Tawita**	แบ	ทาวิต้า**
Thitinut	Akkadechanunt***	ฐิตินันท์	อัคคะเดชนันต์***
Somjai	Sirakamon****	สมใจ	ศิริกมล****

Abstract

Work engagement of employees is an important factor related to organizational citizenship behavior. This descriptive correlational study aimed to describe the level of work engagement and organizational citizenship behavior and to examine the relationship between work engagement and organizational citizenship behavior among nurses in a referral hospital in Kiribati. A stratified random sampling technique was used to select 89 nurses from every ward of Tungaru Central Hospital (TCH). The research instruments were the demographic data form, the 17-item Utrecht Work Engagement Scale (UWES), and the Organizational Citizenship Behaviour Scale (OCBS). The data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The findings were as follows:

1. The overall work engagement as perceived by nurses was at a high level ($M = 5.16, SD = .62$). The three dimensions of work engagement including vigor, dedication, and absorption were at high levels ($M = 4.94, SD = .77$; $M = 5.60, SD = .54$; and $M = 5.02, SD = .78$, respectively).
2. The overall organizational citizenship behavior as perceived by nurses was at a high level ($M = 5.45, SD = .40$). The five dimensions of organizational citizenship behavior including altruism, civic virtue, conscientiousness, courtesy, and sportsmanship were all at high levels, ($M = 5.59, SD = .46$; $M = 5.24, SD = .56$; $M = 5.41, SD = .58$; $M = 5.58, SD = .47$; and $M = 5.41, SD = .88$, respectively).
3. There was a positive statistically significant relationship between work engagement and organizational citizenship behavior in the referral hospital ($r = .53, p < 0.01$).

This study's findings provide vital evidence for nurse administrators to maintain and support work engagement to improve citizenship behaviors among nurses in a referral hospital, the Republic of Kiribati.

Keywords: Nurses; Organizational citizenship behavior; Referral hospital; The Republic of Kiribati; Work engagement

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: thitinut.a@cmu.ac.th

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 20 September 2024; Revised 28 October 2024; Accepted 5 November 2024



Work Engagement and Organizational Citizenship Behavior of Nurses
in the Referral Hospital, the Republic of Kiribati
ความผูกพันในงานและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาล
ในโรงพยาบาลรับ-ส่งต่อ สาธารณรัฐคิริบาส

บทคัดย่อ

ความผูกพันในงานของพนักงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร การศึกษาเชิงพรรณนาสหสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายระดับความผูกพันในงานและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร และเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในงานกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาลในโรงพยาบาลรับ-ส่งต่อผู้ป่วย สาธารณรัฐคิริบาส พยาบาลจำนวน 89 คน ถูกคัดเลือกจากทุกหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลกลางรับ-ส่งต่อผู้ป่วยทั้งเกาะ โดยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดความผูกพันในงานยูแทรซ 17 รายการ และแบบวัดพฤติกรรม การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's correlation coefficient

ผลการศึกษา มีดังนี้

1. ความผูกพันในงานโดยรวม ตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($M = 5.16, SD = .62$) ความผูกพันในงานทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความกระตือรือร้น ความทุ่มเท และการซึ่มซบในงานอยู่ในระดับสูง ($M = 4.94, SD = .77; M = 5.60, SD = .54; M = 5.02, SD = .78$ ตามลำดับ)

2. พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรโดยรวม ตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($M = 5.45, SD = .40$) โดยพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร ประกอบไปด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การเห็นใจผู้อื่น การมีคุณธรรมของพลเมือง ความมีสติ ความสุภาพ และการมีน้ำใจนักกีฬาอยู่ในระดับสูง ($M = 5.59, SD = .46; M = 5.24, SD = .56; M = 5.41, SD = .58; M = 5.58, SD = .47$ และ $M = 5.41, SD = .88$ ตามลำดับ)

3. ความผูกพันในงานมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาลในโรงพยาบาลรับ-ส่งต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .53, p < .01$)

ผลการวิจัยนี้ เป็นหลักฐานสำคัญสำหรับผู้บริหารพยาบาลในการวางแผนธำรงรักษาและสนับสนุนความผูกพันในงาน เพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาล ในโรงพยาบาลรับ-ส่งต่อ สาธารณรัฐคิริบาส

คำสำคัญ: พยาบาล พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร โรงพยาบาลรับ-ส่งต่อ สาธารณรัฐคิริบาส
ความผูกพันในงาน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: thitinut.a@cmu.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 20 กันยายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 28 ตุลาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 5 พฤศจิกายน 2567



Work Engagement and Organizational Citizenship Behavior of Nurses in the Referral Hospital, the Republic of Kiribati

ความผูกพันในงานและพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาล ในโรงพยาบาลรับ-ส่งต่อ สาธารณรัฐคิริบาส

Background and significance

The World Health Organization (WHO) has found that 27.9 million nurses were working worldwide and predicted a 5.9 million nurse shortage (WHO, 2020). Low and lower-middle-income nations accounted for 89% of these shortages, with significant regional differences (International Council of Nurses [ICN], 2021). In Kiribati, the nurse-to-patient ratio is 2.7 per 1000, which is below the WHO standard of 3:1000 (Drennan & Ross, 2019). This situation has been highlighted by experiences of nurse exhaustion and heavy workload which turn into nurse burnout (Khan et al., 2019). These issues lead to difficulty with the performing of voluntary tasks, also known as organizational citizenship behavior (OCB).

OCB means discretionary individual behavior not directly or explicitly recognized by a formal reward system, and in aggregate, promotes the effective functioning of an organization (Organ, 1988). Improvements in OCB can boost hospital efficacy as healthcare organizations and improve patient satisfaction by influencing staff attitudes and interactions, to promote delivery of high-quality services (Khajoei et al., 2024). In addition, OCB reduces the cost of errors; increases worker productivity, performance, and engagement; promotes collaboration across organizational boundaries; and generally creates a suitable work environment (Khajoei et al., 2024). Understanding nurses' OCB is crucial, both for organizations, and for enhancing patient outcomes.

Work engagement (WE) has been defined as a positive, fulfilling, work-related state of mind. It includes three dimensions: vigor, dedication, and absorption. Vigor refers to high energy and psychological resilience while working, a readiness to invest effort in one's work, and the intention to continue despite difficulties. Dedication is a feeling of significance, passion, inspiration, pride, and challenge to work. Absorption is characterized by being entirely concentrated on work and feeling that time passes quickly and no difficulties can detach oneself from work (Schaufeli et al., 2002). WE among nurses is crucial due to its benefits for nurses, patients, and the organization. Nurses who possess WE have belief and trust in their abilities to accomplish their goals and adjust to others' expectations (Dagher et al., 2015). Additionally, engaged nurses who are happy, joyful, and enthusiastic can perform better at their jobs, have a greater capacity to create their careers, pursue other interests, and spread their engagement to others (Mirzaei, 2013; Ramazannia et al., 2022).

Previously, scholars have investigated OCB among different nursing populations in different settings using different tools (Jafarpanah & Rezaei, 2020; Özlük & Baykal, 2020; Yu et al., 2018). These studies have indicated different levels of WE, ranging from low to moderate to high, depending on the differences in culture, setting, or place of study. However, there are a lack of studies on OCB among nurses in Kiribati, especially at referral hospitals.

In Kiribati, nurses are 51.3% of the health workforce. However, this nursing workforce has experienced ongoing challenges of high turnover rates, nursing shortages, and nurses' resignations. The Kiribati healthcare system experienced a 25.2% nursing turnover rate, primarily due to overseas labor opportunities (Terubea, 2023). In addition, Kiribati nurses have encountered



Work Engagement and Organizational Citizenship Behavior of Nurses in the Referral Hospital, the Republic of Kiribati

ความผูกพันในงานและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาล ในโรงพยาบาลรับ-ส่งต่อ สาธารณรัฐคิริบาส

a lack or unavailability of resources and insufficient space to work at the workplace. Moreover, nurses working in rural areas have limited opportunities for training and education to continue their professional development (Terubea, 2023). This situation indicates that nurses may have a problem with engagement in their work. According to Christian et al. (2011), engaged nurses are more likely to complete tasks effectively because they pay attention to the task and dedicate themselves to their work, perform extra-role behaviors that immediately benefit other individuals at work, and follow all organizational ethics and standards resulting in practice as a good member of the organization. Although previous empirical evidence has found a low to high positive correlation between WE and OCB (Liu et al., 2023; Ng et al., 2019; Ojo et al., 2022), the instruments applied were different, and the degree of correlation was inconsistent.

In Kiribati, working in Tungaru Central Hospital (TCH) is increasingly complex and inherently stressful due to the increased number of referrals from the outer islands. As TCH is the biggest and only referral hospital in Kiribati, increased admissions rates, increased numbers of NCD cases, and long lengths of hospital stay are common problems (Kiribati Ministry of Health and Medical Services, 2015). The existence of a burden of disease along with the multiple required duties tends, resulting in overworked nurses who must work in a stressful environment (Kiribati Ministry of Health and Medical Services, 2022). They may be frequently unaware of organizational updates and changes. Furthermore, nurses work long shifts without enough breaks, which may impact their capacity to provide bedside nursing care (The Guardian, 2021).

These problems can be mitigated by nurses having a teamwork spirit and showing a willingness to give a helping hand to colleagues. Given these circumstances, it is necessary to describe WE and OCB among nurses and to examine their relationship among nurses in Kiribati. The results of this study will provide strong evidence to support the nursing profession in Kiribati.

Objectives

This study aimed to describe the level of work engagement and organizational citizenship behavior and to examine the relationship between work engagement and organizational citizenship behavior among nurses at the referral hospital in the Republic of Kiribati.

Conceptual framework

The concept of WE is based on Schaufeli et al. (2002) and refers to a positive, fulfilling, work-related state of mind characterized by vigor, dedication, and absorption. The concept of OCB was based on Organ (1988), which includes discretionary behavior not directly or explicitly recognized by a formal reward system and which in aggregate, promotes the effective functioning of an organization. OCB includes five dimensions: 1) altruism, 2) civic virtue, 3) conscientiousness, 4) sportsmanship, and 5) courtesy. According to Blau's (1964) social exchange theory, organizations that provide a meaningful and safe climate for employees are more likely to have engaged employees who demonstrate organizational citizenship behaviors. Additionally,



Work Engagement and Organizational Citizenship Behavior of Nurses
in the Referral Hospital, the Republic of Kiribati
ความผูกพันในงานและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาล
ในโรงพยาบาลรับ-ส่งต่อ สาธารณรัฐคิริบาส

according to a literature review and test of the relationship between work engagement and job performance conducted by Christian et al. (2011), engaged nurses are more likely to complete tasks effectively.

Methodology

This study utilized a descriptive correlational research design.

Population and sample

The target population was 162 nurses working in Tungaru Central Hospital (TCH), the main referral hospital in the Republic of Kiribati.

The sample size was determined using power analysis by setting an alpha of .05, power of 0.80, and effect size of 0.30 (Cohen, 1992). The final sample size was 101 after adding a possible 20% for sample loss. The inclusion criteria were nurses who had one year of experience at TCH while exclusion criteria included nurse administrators, nurses on vacation or leave, nurses attending long-term education courses, and nurses involved in reliability testing. Stratified random sampling was applied to select nurses. The required number of nurses from each unit of TCH was calculated by setting the hospital's unit as strata and selecting the final participants from the name list of each unit using the lottery method.

Research instruments

The research instrument included three parts. Permission for use was obtained from each instrument developer. All parts of the instrument were in English.

1. A demographic questionnaire consisting of 9 items was developed by the researchers to obtain the participant's age, gender, marital status, education level, years of nursing experience, years of experience in the present unit, training in the past two years, employment status, and working unit name.

2. The 17-item Utrecht Work Engagement Scale (UWES) was created by Schaufeli et al. (2002) and included three dimensions: vigor (6 items), dedication (5 items), and absorption (6 items), which were rated on a 7-point Likert scale ranging from 0 (never) to 6 (always). The score interpretation is categorized into five levels, overall (very low (≤ 1.93), low (1.94-3.06), moderate (3.07-4.66), high (4.67-5.53), and very high (≥ 5.54), and for each dimension: vigor (very low ≤ 2.17 , low (2.18-3.20), moderate (3.21-4.80), high (4.81-5.60), very high ≥ 5.61); dedication (very low ≤ 1.60 , low (1.61-3.00), moderate (3.01-4.90), high (4.91-5.79), very high ≥ 5.80); and absorption (very low ≤ 1.60 , low (1.61-2.75), moderate (2.76-4.40), high (4.41-5.35), very high ≥ 5.36) (Schaufeli & Bakker, 2004).

3. The Organizational Citizenship Behavior Scale (OCBS) was developed by Podsakoff et al. (1990) and consists of 24 items with five dimensions: altruism (5 items), civic virtue (4 items), conscientiousness (5 items), courtesy (5 items), and sportsmanship (5 items). Each item is rated on a 7-point Likert scale ranging from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree). The sportsmanship dimension contains reverse-coded items. Scores are classified as low (1.00-3.00), moderate (3.01-



5.00), and high (5.01-7.00) (Polit, 2010).

The construct validity of the 17-item UWES was tested using confirmatory factor analysis by the instrument developers and the three-factor model fit the data (Schaufeli et al., 2002). For the 24-item OCB scale, construct validity was established by confirmatory factor analysis, and the factor loadings of all items were greater than 0.5 (Podsakoff et al., 1990). Both instruments were applied without modifications, and the validity was not tested again for this study. The internal consistency Cronbach's alpha coefficients of the 17-item UWES, its dimensions of vigor, dedication, and absorption, and the OCB scale were 0.93, 0.88, 0.58, 0.83, and 0.80, respectively.

Ethical considerations

This study received ethical approval from the Faculty of Nursing, Chiang Mai University (Approval No. 133/2023). The hospital administrator granted permission to collect the data. The participants agreed to be involved after they received the information on the study aims, procedures, questionnaires, confidentiality and anonymity, and their right to deny participation.

Data collection

The researcher explained the research objectives and data collection method to two research coordinators who then distributed the questionnaires to participants once they had agreed to participate in the study and requested they return the questionnaires within two weeks. The return rate of the questionnaire was 99 (87.09%) out of 101, and 89 completed questionnaires were used for data analysis.

Data analysis

The data on both variables were distributed normally and analyzed by descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation test. The correlation coefficient ($r < 0.3$) was regarded as a weak relationship, $0.30 \leq r \leq 0.50$ as a moderate relationship, and $r > 0.50$ as a strong relationship (Gray et al., 2017).

Results

In this study, most nurses were female (84.27%), and 78.65% of participants were married. Around half of them (46.70%) were between 20-29 years of age, 46.07% had 2-10 years of experience in nursing, and 49.44% had 1-2 years of experience in the present unit. Nearly all of the nurses (92%) held a diploma degree in nursing while 60.67% had not received training in the past two years.

1. The overall perceived WE level of nurses at TCH was at a high level ($M = 5.16$, $SD = 6.2$). Nurses also perceived each dimension of WE at a high level: vigor ($M = 5.60$, $SD = .54$), dedication ($M = 4.94$, $SD = .77$), and absorption ($M = 5.02$, $SD = .77$) (Table 1).



Work Engagement and Organizational Citizenship Behavior of Nurses
in the Referral Hospital, the Republic of Kiribati
ความผูกพันในงานและพฤติกรรมกรเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาล
ในโรงพยาบาลรับ-ส่งต่อ สาธารณรัฐคิริบาส

Table 1 Mean, Standard Deviation, and Level of Work Engagement of Nurses (n = 89)

Work Engagement	M	SD	Level
Overall	5.16	.62	High
Vigor	4.94	.77	High
Dedication	5.60	.54	High
Absorption	5.02	.78	High

2. The perceived overall OCB of nurses at TCH was at a high level (M = 5.45, SD = .40). Regarding each dimension of OCB, nurses perceived these at a high level: altruism (M = 5.41, SD = .58), civic virtue (M = 5.24, SD = .56), conscientiousness (M = 5.41, SD = .88), courtesy (M = 5.58, SD = .47), and sportsmanship (M = 5.59, SD = .40) (Table 2).

Table 2 Mean, Standard Deviation, and Level of Organizational Citizenship Behavior of Nurses (n = 89)

OCB	M	SD	Level
Overall	5.45	.40	High
Sportsmanship	5.41	.88	High
Courtesy	5.58	.47	High
Conscientiousness	5.41	.58	High
Civic Virtue	5.24	.56	High
Altruism	5.59	.46	High

3. There was a significantly strong and positive correlation between WE and OCB among nurses at TCH, the referral hospital of the Republic of Kiribati ($r = 0.53, p < 0.01$). In addition, vigor ($r = 0.46, p < 0.01$) and dedication ($r = 0.39, p < 0.01$) were moderately and positively related to OCB while absorption was strongly and positively related to OCB ($r = 0.54, p < 0.01$) (Table 3).

Table 3 Pearson's Correlation Coefficient between Overall and Each Dimension of WE and OCB of Nurses (n = 89)

Work Engagement (WE)	Correlation Coefficient (r)	Level
Overall	0.53**	Strong
Vigor	0.46**	Moderate
Dedication	0.39**	Moderate
Absorption	0.54**	Strong

** p value < 0.01



Discussion

1. The overall WE among TCH nurses was at a high level ($M = 5.16$, $SD = .63$) (Table 1), similar to a previous study by Alkorashy and Alanazi (2023) among Saudi Arabian nurses. However, this finding is incongruent with that of a study among US nurses by Wei et al. (2023). A possible reason for the high level of WE among TCH nurses in Kiribati can be explained by marital status. Married nurses are more engaged due to their obligation to financially support their families (Yeşilyurt et al., 2023); most of the participants in this study (78.65%) were married. According to Muroi et al. (2023), financial rewards can influence the WE of nurses.

In Kiribati, there was a new increased salary scale for all I-Kiribati government employees, including nurses, together with a benefit of \$3,000 (Leave Grant) at the beginning of each year. Moreover, the effective human resources management, caring, and flexibility of nurse managers enhanced WE (Al Mamari & Groves, 2023); the nurse managers in TCH created flexible working schedules for nurses. Furthermore, a good relationship among Kiribati nurses is usually present as they consider their working unit a typical home for them, and they operate as one team with common goals to take care of their patients. According to Al Mamari and Groves (2023), optimal teamwork and interprofessional relationships increase the WE of nurses.

Regarding each dimension of WE, nurses had a high level of vigor ($M = 4.94$, $SD = .77$) (Table 1) in this study, which means that nurses had superior levels of energy and mental resilience while working along with the willingness to invest effort in one's work, and persistence, even in the face of difficulties. This finding was consistent with a previous study in Saudi Arabia by Alkorashy and Alanazi (2023). The possible reasons may be the training programs for nurses and the induction briefing program for new nurses who have just joined the profession. This personal and organizational support enables nurses to perceive that they are being cared for and boosts their energy to keep going with their tasks as nurses. In addition, the nurses' working experience may be another reason, as 46.07% had 2-10 years of experience in nursing. Years of experience provide nurses more opportunities to learn about the little-known facets of their jobs and become experts at these; this increased knowledge enables them to become completely involved in their profession and triggers the development of resilience in the face of difficulties (Alkorashy & Alanazi, 2023).

Regarding the dimension of dedication, TCH nurses had a high level ($M = 5.60$, $SD = .54$) (Table 1). A possible reason may be due to the good network between the in-charge nurse and her staff as well as among nurse colleagues and extending to nurses and patients and patient's relatives, which encourages the spirit of dedication (Sabetsarvestani et al., 2022). In this study, nurses showed a high level of absorption ($M = 5.02$, $SD = .77$) (Table 1). One reason specific to Kiribati could be that nurses typically had two days off following a night shift. In addition, the monthly roster includes three days off, which are rotated among nurses; so, they have three consecutive days to rest, recharge, and fully concentrate on their work.



Work Engagement and Organizational Citizenship Behavior of Nurses
in the Referral Hospital, the Republic of Kiribati
ความผูกพันในงานและพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาล
ในโรงพยาบาลรับ-ส่งต่อ สาธารณรัฐคิริบาส

2. Nurses at TCH perceived an overall OCB at a high level ($M = 5.45$, $SD = .40$) (Table 2) which can be explained by the leadership of the nurse manager. The leader's role is to make sure that each employee feels secure and supported, to feel like part of the organization. Leaders or managers take care of interpersonal relationships at work and employee satisfaction, and chances for OCB are greater (Veličkovska, 2017). In Kiribati, nurses pursue management and leadership degrees, and they may have knowledge, skills, and awareness regarding effective leadership behavior. In addition, people are more prepared to work and are happier when they are employed by an organization where there is a high degree of trust and feel that they are an important and useful component of that organization. Employees who trust managers, coworkers, and the organization they work for can demonstrate higher OCB levels and improve relationships by increasing their cooperation at all levels (Tekingündüz et al., 2015).

Induction programs for new nurses and other relevant training are routinely conducted in Kiribati to reinforce the personal resources of the nurses. This would enable nurses to be more competent to implement their work effectively, giving them a sense of job satisfaction and a perception that the organization showed concern and support for them. In addition, altruism, a dimension of OCB, was at a high level in this study ($M = 5.59$, $SD = .46$) (Table 2). The possible reason could be the culture of Kiribati, the immense value of friendship, and strong bonds within families, where living with extended families is a happy wonderful experience to stay together and to help and support each other (Tourism Authority of Kiribati, 2020).

Kiribati nurses at TCH had a high level of civic virtue ($M = 5.24$, $SD = .56$) (Table 2). A possible reason could be related to personal feedback and supervisory communication, as employees with positive impressions of the organization's fairness and satisfaction with supervisory communication and personal feedback are more likely to help voluntarily and exhibit civic virtues (Liu et al., 2022). In this study, nurses had a high level of courtesy ($M = 5.58$, $SD = .47$) (Table 2) with a possible reason being related to the personal resources of nurses concerning their capability to conduct effective communication which is a foundation for interpersonal relationships and a determinant of promoting respect and dignity (Dithole et al., 2017). Additionally, nurses had a high level of conscientiousness in this study ($M = 5.41$, $SD = .58$) (Table 2) with possible reasons related to the capacity to effectively manage one's life and surroundings whereby you have the free will to manage things according to priorities, abide by regulations, and be able to accomplish the aims for the day, one at a time (Ryff, 1989). In this study, nurses had a high level of sportsmanship ($M = 5.41$, $SD = .88$) (Table 2). This behavior supports a positive climate at work because of more polite behavior and cooperation with others. This may be due to the fact that these nurses considered the hospital as their special place, like a home. They had an interest in it and tried not to find mistakes at the hospital where they worked.

3. This study revealed a significant, strongly positive relationship between the WE and OCB of nurses ($r = .53$, $p < 0.01$) (Table 3), consistent with a previous study by Ng et al. (2019). According



Work Engagement and Organizational Citizenship Behavior of Nurses
in the Referral Hospital, the Republic of Kiribati
ความผูกพันในงานและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาล
ในโรงพยาบาลรับ-ส่งต่อ สาธารณรัฐคิริบาส

to Christian et al. (2011), engaged nurses are more likely to complete tasks to the highest standard and adhere to organizational ethics and standards due to their attentiveness, dedication, and performance of extra-role behavior that directly benefits other employees, which enables them to function as valuable members of an organization. In addition, it could be related to the fact that following the COVID-19 pandemic, Kiribati has received much support in terms of materials as well as training to enable adaptable, continuous, robust nursing care to its citizens. Moreover, mental and psychological support training has greatly contributed to soothing Kiribati nurses' anxieties within the work environment. Employees' sense of engagement is more likely to be reciprocated by voluntarily participating in their organization's non-mandatory activities when they perceive genuine organization support regarding growth chances (Ensher et al., 2001).

In addition, the current study found a moderate positive relationship between vigor and OCB ($r = 0.46, p < 0.01$) (Table 3). According to Maisyuri and Ariyanto (2021), employees who have a high spirit of enthusiasm for doing work tend to be able to improve their performance and organizational effectiveness. Additionally, dedication had a moderate positive relationship with OCB among nurses in this study ($r = 0.39, p < 0.01$) (Table 3). Employees being devoted are more inclined to invest their resources and act more freely to display extra-role behavior than others. When employees are more dedicated to their work, they will be more likely to engage in behaviors that are altruistic, conscientious, and virtuous (Christian et al., 2011). Absorption had a strong positive correlation with OCB in this study ($r = 0.54, p < 0.01$) (Table 3). Employees with high levels of absorption can entirely focus on their work, and this may have an impact on how well they perform at work. The sense of comfort felt by employees due to teamwork and a sense of kindred established in their work environment makes them enjoy the work they do, so they would find it difficult to get away from their work, leading to higher performance (Maisyuri & Ariyanto, 2021).

Applications of research findings

1. The findings can provide baseline information for administrators to formulate hospital policies and support organizational factors for enhancing the WE and OCB of nurses.
2. Nursing administrators can apply the study's findings to raise awareness and encourage nurses to maintain their OCB and strengthen strategies for WE.
3. Administrators should ensure that their Ministry of Health supports WE and OCB, through job characteristics, role clarity, material resources, collaboration, reward and recognition, perceived social support, compensation fairness, job security, and development. With this support, WE and OCB among nurses will remain.
4. Administrators should encourage nurses to be proud of their work and to be enthusiastic, as nurses perceived a high mean score of OCB.
5. Nursing administrators should develop a system to manage the absence of nurses in terms of helping the absentees' behaviors and rescheduling staff nurses to maintain productivity in each ward.



6. Nurse managers should monitor the impact of nursing staff actions on co-workers to improve OCB among nurses.

Recommendations for further research

Further research should examine the WE and OCB of nurses in other types of hospitals in Kiribati, such as health centers and public health clinics. In addition, exploring the factors related to OCB among nurses in Kiribati needs to be further researched.

Acknowledgment

The authors are grateful to the Thailand International Cooperation Agency (TICA) for their full support for the first author's master's study and thesis. Moreover, we sincerely thank the participants and others who contributed throughout the research process.

References

- Alkorashy, H., & Alanazi, M. (2023). Personal and job-related factors influencing the work engagement of hospital nurses: A cross-sectional study from Saudi Arabia. *Healthcare (Basel)*, *11*(4), 572. <https://doi.org/10.3390/healthcare11040572>
- Al Mamari, H., & Groves, P. S. (2023). Work engagement among acute care nurses: A qualitative study. *Nursing Research and Practice*, *2023*(1), 2749596. <https://doi.org/10.1155/2023/2749596>
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. John Wiley & Sons. https://ia601504.us.archive.org/31/items/in.ernet.dli.2015.118920/2015.118920.Exchange-And-Power-In-Social-Life_text.pdf
- Christian, M. S., Garza, A. S., & Slaughter, J. E. (2011). Work engagement: A quantitative review and test of its relations with task and contextual performance. *Personnel Psychology*, *64*(1), 89-136. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2010.01203.x>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>
- Dagher, G. K., Chapa, O., & Junaid, N. (2015). The historical evolution of employee engagement and self-efficacy constructs: An empirical examination in a non-western country. *Journal of Management History*, *21*(2), 232-256. <https://doi.org/10.1108/JMH-05-2014-0116>
- Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, A. O., & Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: Promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing*, *16*, 74. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0268-5>
- Drennan, V. M., & Ross, F. (2019). Global nurse shortages-the facts, the impact and action for change. *British Medical Bulletin*, *130*(1), 25-37. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldz014>



Work Engagement and Organizational Citizenship Behavior of Nurses
in the Referral Hospital, the Republic of Kiribati
ความผูกพันในงานและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาล
ในโรงพยาบาลรับ-ส่งต่อ สาธารณรัฐคิริบาส

- Ensher, E. A., Grant-Vallone, E. J., & Donaldson, S. I. (2001). Effects of perceived discrimination on job satisfaction, organizational commitment, organizational citizenship behavior, and grievances. *Human Resource Development Quarterly, 12*(1), 53-72. [https://doi.org/10.1002/1532-1096\(200101/02\)12:1%3C53::AID-HRDQ5%3E3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1532-1096(200101/02)12:1%3C53::AID-HRDQ5%3E3.0.CO;2-G)
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8th ed.). Elsevier. <https://shorturl.asia/8dkaT>
- International Council of Nurses. (2021). *International Council of Nurses policy brief: The global nursing shortage and nurse retention*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention.pdf
- Jafarpanah, M., & Rezaei, B. (2020). Association between organizational citizenship behavior and patient safety culture from nurses' perspectives: A descriptive correlational study. *BMC Nursing, 19*(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00416-y>
- Khajoei, R., Jokar, M., & Vasli, P. (2024). Nurses' experiences of the attributes of the organizational citizenship behavior: A qualitative content analysis. *BMC Health Services Research, 24*(1), 538. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10939-8>
- Khan, F., Rasli, A., Yasir, M., & Khan, Q. (2019). Interaction effect of social support: The effect of workload on job burnout among universities academicians: Case of Pakistan. *International Transaction Journal of Engineering, Management, & Applied Sciences & Technologies, 10*(13), 1-13. <https://tuengr.com/V10A/10A13JM.pdf>
- Kiribati Ministry of Health and Medical Services. (2015). *Ministry Strategic Plan 2016 to 2019*. <https://shorturl.asia/9fMjn>
- Kiribati Ministry of Health and Medical Services. (2022). *National Health Strategic Plan 2020 to 2023*. <https://shorturl.asia/hYiHN>
- Liu, L., Shi, J., & Chan, R. L. Y. (2022). *The impact of organizational justice on organizational citizenship behavior and turnover intention in China* [Paper presentation]. The 35th-2022 ANZAM Conference, Griffith Business School, Gold Coast, Australia.
- Liu, Z., Chen, C., Cui, H., & Hu, Y. (2023). The relationship between nurses' social network degree centrality and organizational citizenship behavior: The multiple mediating effects of job satisfaction and work engagement. *Heliyon, 9*(9), e19612. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19612>
- Maisyuri, R. S. I., & Ariyanto, E. (2021). The affect of vigor, dedication and absorption on the employee performance at Pt. Mandiri Utama Finance. *Dinasti International Journal of Management Science, 2*(4), 689-702. <https://dinastipub.org/DIJMS/article/view/819>
- Mirzaei, R. (2013). *Modeling the socioeconomic and environmental impacts of nature-based tourism to the host communities and their support for tourism: Perceptions of local population, Mazandaran, North of Iran* [Doctoral dissertation, Justus Liebig University Giessen]. <https://jilupub.uni-giessen.de/server/api/core/bitstreams/0ebda565-7e1f-4c41-b70e-b7d1651d86eb/content>



Work Engagement and Organizational Citizenship Behavior of Nurses
in the Referral Hospital, the Republic of Kiribati
ความผูกพันในงานและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาล
ในโรงพยาบาลรับ-ส่งต่อ สาธารณรัฐคิริบาส

- Muroi, K., Ishitsuka, M., Hachisuka, T., Shibata, I., Ikeda, T., Hori, D., Doki, S., Takahashi, T., Sasahara, S. i., & Matsuzaki, I. (2023). Factors associated with work engagement of nurses during the fifth wave of the COVID-19 Pandemic in Japan: Web-based cross-sectional study. *JMIR Formative Research*, 7, e45830. <https://doi.org/10.2196/45830>
- Ng, L. P., Choong, Y. O., Kuar, L. S., Tan, C. E., & Teoh, S. Y. (2019). Job satisfaction and organizational citizenship behaviour amongst health professionals: The mediating role of work engagement. *International Journal of Healthcare Management*, 14(3), 797-804. <https://doi.org/10.1080/20479700.2019.1698850>
- Ojo, S., Abdulazeez, O. A., & Oluwole, T. H. (2022). Work engagement and organisational citizenship behaviour among nurses in Lautech Hospital, Osogbo, Osun State. *Journal of Employment Relations and Human Resource Management*, 3(1), 59-71. <https://doi.org/10.36108/ljerhrm/2202.03.0150>
- Organ, D. W. (1988). *Organizational citizenship behavior: The good soldier syndrome*. Lexington Books/D. C. Heath and Com.
- Özlük, B., & Baykal, Ü. (2020). Organizational citizenship behavior among nurses: The influence of organizational trust and job satisfaction. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 28(3), 333-340. <https://doi.org/10.5152/fnfn.2020.19108>
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Moorman, R. H., & Fetter, R. (1990). Transformational leader behaviors and their effects on followers' trust in leader, satisfaction, and organizational citizenship behaviors. *The Leadership Quarterly*, 1(2), 107-142. [https://doi.org/10.1016/1048-9843\(90\)90009-7](https://doi.org/10.1016/1048-9843(90)90009-7)
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). Pearson.
- Ramazannia, F., Chenari, A., & Habibi, S. (2022). Presenting a model for innovative organizational culture in the Islamic Azad University of Mazandaran Region based on transformational leadership style, professional ethics, and quality of work life. *Iranian Journal of Educational Sociology*, 5(4), 79-91. <https://doi.org/10.61186/ijes.5.4.79>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Sabetsarvestani, R., Geçkil, E., & Shirazi, Z. H. (2022). Dedication in nursing: A concept analysis. *Nursing and Midwifery Studies*, 11, 62-70. https://nmsjournal.kaums.ac.ir/article_157020_ee30beb815d121501bf79a1aebc65db5.pdf
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Utrecht work engagement scale: Preliminary manual. https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWES_English.pdf
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71-92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>



Work Engagement and Organizational Citizenship Behavior of Nurses
in the Referral Hospital, the Republic of Kiribati
ความผูกพันในงานและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของพยาบาล
ในโรงพยาบาลรับ-ส่งต่อ สาธารณรัฐคิริบาส

- Tekingündüz, S., Top, M., Tengilimoğlu, D., & Karabulut, E. (2015). Effect of organizational trust, job satisfaction, individual variables on the organizational commitment in healthcare services. *Total Quality Management & Business Excellence*, 28(5–6), 522–541. <https://doi.org/10.1080/14783363.2015.1099428>
- Terubea, M. I. (2023). *Exploring factors influencing motivation and retention of nurses in Kiribati- a qualitative study*. Pacific Heads of Nursing and Midwifery Meeting, Nadi, Fiji. [https://phd.spc.int/sites/default/files/p-related-files/2023-11/PHONM% 202.2_Factors%20that%20Influence%20Motivation%20and%20Retention%20of%20Nurses%20and%20Kiribati.pdf](https://phd.spc.int/sites/default/files/p-related-files/2023-11/PHONM%202.2_Factors%20that%20Influence%20Motivation%20and%20Retention%20of%20Nurses%20and%20Kiribati.pdf)
- The Guardian. (2021). *There is just a lake with crocodiles: Hope and homesickness for Kiribati nurse in the outback*. <https://www.theguardian.com/world/2021/dec/07/pacific-nurses-in-the-desert-kiribati-brain-drain-is-outback-australias-gain>
- Tourism Authority of Kiribati. (2020). *Kiribati tourism review 2020*. <https://corporate.visitkiribati.travel/download/kiribati-tourism-review-2020/?wpdmdl=2024&refresh=66f0db08b359b1727060744>
- Veličkovska, I. (2017). Organizational citizenship behavior- definition, determinants and effects. *Engineering Management*, 3(1), 40-51. https://menadzment.tfbor.bg.ac.rs/english/wp-content/uploads/sites/2/2017/02/3_1_40-51.pdf
- Wei, H., Horsley, L., Cao, Y., Haddad, L. M., Hall, K. C., Robinson, R., Powers, M., & Anderson, D. G. (2023). The associations among nurse work engagement, job satisfaction, quality of care, and intent to leave: A national survey in the United States. *International Journal of Nursing Science*, 10(4), 476-484. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.09.010>
- World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs, and leadership*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- Yeşilyurt, T., Göktepe, N., Türkmen, E., & Yalçın, B. (2023). The relationship between nurses' individual, work-related variables, colleague solidarity, and work engagement: A cross-sectional study. *Journal of Nursology*, 26(4), 246-252. <https://doi.org/10.5152/JANHS.2023.23547>
- Yu, H. Y., Lou, J. H., Eng, C. J., Yang, C. I., & Lee, L. H. (2018). Organizational citizenship behaviour of men in nursing professions: Career stage perspectives. *Collegian*, 25(1), 19-26. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.02.003>



Length of Hospital Stay, Quality of Discharge Teaching, and Readiness for Hospital Discharge Among First-Time Mothers, the Republic of Burundi*
 ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และความพร้อม
 ในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในมารดาครั้งแรก สาธารณรัฐบुरुнди*

Francois	Haragakiza**	ฟรองซัวส์	ฮาราากากิซา**
Nonglak	Chaloumsuk***	นงลักษณ์	เฉลิมนสุท***
Piyanut	Xuto****	ปิยะนุช	ซูโต****

Abstract

Readiness for hospital discharge is a key moment for ensuring that postpartum women and newborns receive the support they need to care for themselves and their babies at home. This descriptive correlational research aimed to explore the length of hospital stay, quality of discharge teaching, and readiness for hospital discharge among first-time mothers in the Republic of Burundi. The relationship between these factors was also determined. The participants were 101 first-time postpartum women in three general hospitals in the Republic of Burundi. Research instruments were translated into Kirundi, and included the Demographic Data Form, the Length of Hospital Stay Questionnaire, the Quality of Discharge Teaching Scale- New Mother Form, and the Readiness for Hospital Discharge Scale- New Mother Form. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation.

The results of this study revealed that all of the first-time mothers (100%) were discharged from hospitals within 24 hours after childbirth with a median of 12 hours (IQR: 9.00-15.50 hours). Almost all of the first-time mothers (96.04%) perceived the quality of discharge teaching at a low level with a median score of 1.15 (IQR: 0.35-4.60). All first-time mothers (100%) perceived readiness for hospital discharge at a low level with a median score of 0.82 (IQR: 0.68-1.05). The quality of discharge teaching was moderately positively correlated with readiness for hospital discharge ($r = .459, p < 0.001$). The length of hospital stay was not correlated with readiness for hospital discharge.

These results provide baseline information regarding length of hospital stay, quality of discharge teaching, and readiness for hospital discharge during the discharge transition. Nurse-midwives should develop strategies to enhance the quality of discharge teaching to improve readiness for hospital discharge among first-time mothers.

Keywords: First-time mother; Length of hospital stay; Quality of discharge teaching; Readiness for hospital discharge; The Republic of Burundi

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;

e-mail: nonglak.c@cmu.ac.th

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 24 June 2024; Revised 25 October 2024; Accepted 6 November 2024



Length of Hospital Stay, Quality of Discharge Teaching, and Readiness for Hospital Discharge Among First-Time Mothers, the Republic of Burundi
ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในมารดาครั้งแรก สาธารณรัฐบรูไน

บทคัดย่อ

ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นช่วงเวลาสำคัญ เพื่อให้แน่ใจว่าสตรีหลังคลอดและทารกแรกเกิดได้รับการสนับสนุนที่จำเป็นในการดูแลตนเองและทารกที่บ้าน การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในมารดาครั้งแรก สาธารณรัฐบรูไน และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรกจำนวน 101 ราย ในโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 3 โรงพยาบาล สาธารณรัฐบรูไน เครื่องมือการวิจัยได้รับการแปลเป็นภาษาบรูไน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล แบบวัดคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายฉบับมารดาครั้งแรก และแบบวัดความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลฉบับมารดาครั้งแรก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Spearman's rank correlation

ผลการวิจัยพบว่า มารดาครั้งแรกทั้งหมด (ร้อยละ 100) ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด โดยมีค่ามัธยฐาน 12 ชั่วโมง (IQR: 9.00-15.50 ชั่วโมง) มารดาครั้งแรกเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.04) รับรู้เกี่ยวกับคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายในระดับต่ำ โดยมีค่ามัธยฐาน 1.15 (IQR: 0.35-4.60) มารดาครั้งแรกทั้งหมด (ร้อยละ 100) รับรู้เกี่ยวกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระดับต่ำ โดยมีค่ามัธยฐาน 0.82 (IQR: 0.68-1.05) คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($r = .459, p < 0.001$) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงถึงข้อมูลพื้นฐานของระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในระยะการเปลี่ยนผ่านของการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ควรพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย เพื่อเสริมสร้างความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในมารดาครั้งแรก

คำสำคัญ: มารดาครั้งแรก ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล สาธารณรัฐบรูไน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: nonglak.c@cmu.ac.th
**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Background and significance

The postpartum period is a critical phase for both mothers and newborns. The maternal mortality ratio (MMR) is remarkably higher in low- and middle-income countries (WHO, 2023). In Burundi, a low-income country, MMR remains the highest in the region with 494 deaths per 100,000 live births (WHO, 2023). Most maternal deaths in Burundi occur within 48 hours after birth, mainly due to hemorrhage and infection (Ministère à la Présidence chargé de la Bonne Gouvernance et du Plan et al., 2017). Burundi also struggles with a neonatal mortality rate of 23 deaths per 1,000 births, the highest in sub-Saharan Africa (SSA) (UNICEF, 2021), mainly due to infection/septicemia during the neonatal period (Moise, 2018).

In Burundi, all health care institutions have a mandate to follow the postnatal care guidelines from the WHO (2014) which state that mothers and newborns should receive care in the facility for at least 24 hours after an uncomplicated vaginal delivery. However, hospital capacity strain has led many hospitals to implement early hospital discharge. As a result, Burundi had the third lowest percentage (43.80%) of women receiving a postpartum check while in the facility following childbirth compared to 33 countries in SSA (Benova et al., 2019). It has been shown that a higher level of discharge readiness can significantly reduce incidence of puerperal complications and neonatal diseases (Jing et al., 2017). Thus, readiness for hospital discharge is a key moment in ensuring that postpartum women receive support for the transition to home care.

Readiness for hospital discharge refers to the perceived ability of a postpartum woman to self-manage personal and health care needs in the home environment (Weiss & Lokken, 2009). Compared to multiparous mothers, first-time mothers face physiological and psychological difficulties to transition into motherhood. As a result, primiparous mothers have reported less readiness for discharge than multiparous mothers (Weiss & Lokken, 2009). A study in Turkey pointed out that 15.30% of postpartum women were unready for hospital discharge (Şenol et al., 2017). Hospital discharge before a mother is ready places them at a greater risk of detrimental health outcomes and increases the likelihood of adopting poor health behaviors during the postpartum period (Lain et al., 2015). There are some factors influencing the discharge readiness of postpartum mothers including age (Yanikkerem et al., 2018), number of pregnancies and children (Şenol et al., 2017), type of delivery (Yanikkerem et al., 2018), length of hospital stay (Weiss et al., 2004), quality of discharge teaching (Krikirat et al., 2020), and postpartum support (Şenol et al., 2017). However, these studies targeted both primiparous and multiparous postpartum women.

Length of hospital stay refers to the number of hours that a postpartum woman spends in the hospital between birth and discharge. Although a stay of at least 24 hours after an uncomplicated delivery has been endorsed by the WHO (2014), a study in SSA countries revealed that 15.5% of postpartum women stayed in the hospital less than 24 hours, irrespective of the mode of delivery (Tsigah-Ahmed et al., 2022). Shorter lengths of stay were associated with a reduction in assistance received after birth, and then lower perceived discharge readiness (Weiss et al., 2004). However, this is inconsistent with a study in Ghana which found that a longer length of hospital stay was



Length of Hospital Stay, Quality of Discharge Teaching, and Readiness for Hospital Discharge Among First-Time Mothers, the Republic of Burundi

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในมารดาครั้งแรก สาธารณรัฐบรูไน

negatively associated with discharge readiness score (Lau et al., 2023).

The quality of discharge teaching refers to the perceptions of a postpartum mother regarding the education provided by health care providers during hospitalization in preparation for discharge home and coping with the posthospitalization period (Weiss & Lokken, 2009). A study in Turkey found that around 69.4% of postpartum women received information from midwives or nurses about their own care and their baby's care (Şenol et al., 2017). High-quality discharge education can improve patients' readiness for hospital discharge (Meleis et al., 2000). A study on Thai postpartum mothers found that the quality of discharge teaching had a high positive correlation with readiness for hospital discharge ($r = .513, p < .01$) (Krikirat et al., 2020).

Most previous studies conducted in middle- and high-income countries targeted both primiparous and multiparous postpartum women. There are very few focused on first-time mothers who may have different discharge readiness perceptions when compared to multiparous mothers. The relationship between length of hospital stay and readiness for hospital discharge is inconsistent, so more investigation is needed. Moreover, there is a lack of research in Burundi, where the maternal and neonatal death is the highest rate in SSA. This study provided essential information for nurses and health care providers to improve the length of hospital stay, the quality of discharge teaching, and readiness for hospital discharge to promote first-time mothers and infants' health outcomes in Burundi.

Research Objectives

1. To examine the length of hospital stay, the quality of discharge teaching, and the readiness for hospital discharge among first-time mothers in Burundi.
2. To explore the relationship between the length of hospital stay, the quality of discharge teaching, and readiness for hospital discharge among first-time mothers in Burundi.

Conceptual framework

Meleis' middle-range theory of transitions (Meleis, 2010) provides a relevant conceptual framework for first-time mothers' adaptation to changes in discharge factors during the transition home after childbirth. This theory focuses on four elements: nature of transitions, transition conditions, nursing therapeutics, and patterns of response. Length of hospital stay was derived from the nature of the transitions which indicated assistance received after birth, and then related to perceived discharge readiness (Weiss et al., 2004). The quality of discharge teaching was derived from nursing therapeutics which can allay concerns and boost confidence levels, improving readiness for hospital discharge (Weiss & Lokken, 2009). Readiness for hospital discharge was derived from patterns of response which was the outcome of the transition (Weiss & Lokken, 2009). A longer length of hospital stay and higher quality of discharge teaching may be related to higher readiness for hospital discharge among first-time mothers.



Methodology

A descriptive correlational study was done among first-time mothers in three general hospitals in the Republic of Burundi.

Population and sample

Participants were recruited by the purposive sampling method according to the following criteria: 1) being first-time mothers aged 20 years or over; 2) having vaginal delivery with a full term healthy living child; 3) having no diagnosis of obstetric and medical complications; 4) having no diagnosis of mental health problems; 5) having the ability to communicate in Kirundi language; and 6) willing to take part in the study. The sample size was determined through power analysis with $\alpha = .05$ and an effect with power = 0.80. The correlation coefficient of 0.30, a medium effect which is widely acceptable in nursing research, was considered sizeable (Cohen, 1992). The calculated sample size was 84, and with 20% added for the possible loss of participants (Polit & Beck, 2012), the total number of the sample size was 101.

Research instruments

1. The demographic data form was developed by the researcher. It contains 8 questions on age, religion, marital status, educational level, occupation, family income, family member's relationships, and feeding method for the baby.

2. The Length of Hospital Stay Questionnaire was developed by the researcher. This was calculated as the time of discharge from the hospital minus the time of the complete neonatal delivery and was interpreted as very early discharge (≤ 24 hours), early discharge (25-48 hours), or late discharge (> 48 hours) (American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002).

3. The Quality of Discharge Teaching Scale–New Mother Form (QDTS-NMF) was developed by Weiss and Lokken (2009). It consists of 20 items with two subscales. The content subscale includes 7 parallel questions on content received and content needed (only the received score is included in the scale calculations, even though it is part of the subscale analysis). The delivery subscale consists of 13 items. A 10-point Likert-scale format from 0 (none) to 10 (a great deal) was used. According to the grading standards, each subscale is categorized into four levels: 9–10 (very high), 8–8.9 (high), 7–7.9 (moderate), and <7 (low) (Weiss et al., 2014).

4. The Readiness for Hospital Discharge Scale–New Mother Form (RHD-NMF) was developed by Weiss and Lokken (2009). It contains 22 items composed of four subscales: Personal status (8 items), Knowledge (7 items), Coping Ability (3 items), and expectation support (4 items). A 10-point Likert-scale format, from 0 (not at all) to 10 (totally), was used. According to grading standards, each subscale is categorized into four levels representing 9–10 (very high), 8–8.9 (high), 7–7.9 (moderate) and <7 (low) (Weiss et al., 2014).

After receiving permission, all instruments were translated into Kirundi following the back translation process (WHO, 2022). The first step was conducting a forward translation into the Kirundi language by the first translator who was certified in both English and Kirundi language.



Length of Hospital Stay, Quality of Discharge Teaching, and Readiness for Hospital Discharge Among First-Time Mothers, the Republic of Burundi

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในมารดาครั้งแรก สาธารณรัฐบรูไน

The second step was the back translation of the Kirundi version into an English version by a bilingual second translator who had not seen the original instruments before. Then, translation discussion was held to ensure that the meaning of the original text was clear. The reliability was tested with 15 mothers who had similar characteristics to the participants in the current study. The Cronbach alpha reliabilities of the QDTS-NMF and RHD-NMF were 0.85 and 0.84, respectively.

Ethical considerations

The study was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand (Code 105/2023) and by the Burundi Research Ethics Committee (No/ref.: 2023/DGCHUK.2157/11.5). Permission for data collection was obtained from each general hospital in Burundi. All participants who agreed to participate in this study were required to sign a written consent form, independently, after details of the study were explained and clarification was made. They were informed that whether or not they participated, their treatment as patients would not be affected, and that they could withdraw from the study at any time and for any reason. In addition, only a code number was used for data analysis. Voluntariness, privacy, and confidentiality were ensured.

Data collection

After obtaining permission from the director of each hospital, the researcher selected two research assistants who were registered nurses and had experience in conducting research. They were given information about the objectives of the study, the inclusion or exclusion criteria for potential subjects, informed consent, and the data collection process. Later, the researcher demonstrated how to select participants who fit the inclusion criteria and the method for administering the questionnaires. After meeting with participants, eligible and potential participants were approached to explain the research objectives and benefits of the study. After the consent form was signed, the participants were invited to complete self-report questionnaires which took approximately 30-35 minutes. The response rate for the 101 participants was 100%.

Data analysis

Data was analyzed using the SPSS statistical software package, and the significance level was set at .05. The demographic data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation. The scores for the QDTS-NMF and RHD-NMF were analyzed using range, mean, standard deviation, frequency, and percentage. The Kolmogorov-Smirnov test was used to test the normal distribution of all variables and revealed non-normal distribution of the data. Spearman's rank correlation test was then used to examine the correlation between the length of hospital stay, the quality of discharge teaching, and readiness for hospital discharge. In the analysis of the correlation between two variables, $r < 0.3$ was considered as a low correlation, $r = 0.3$ to 0.5 reflected a moderate correlation, and $r > 0.5$ was regarded as a high correlation.



Length of Hospital Stay, Quality of Discharge Teaching, and Readiness for Hospital Discharge Among First-Time Mothers, the Republic of Burundi
 ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในมารดาครั้งแรก สาธารณรัฐบुरुнді

Results

According to the demographic data, the majority of participants (93.06%) were aged between 20-29 years old with a mean age of 25.05 (SD = 3.97). More than half (56.40%) were Christian. Most participants were married (86.14%), and 53.47% had reached primary education. Most participants were housewives (78.22%) with a monthly family income of 34.96-174.79 US dollars. Almost all participants (96.04%) had a cooperative relationship with family members. Exclusive breastfeeding (94.06%) was the most common feeding method for their babies.

All participants were discharged very early. The median length of hospital stay was 12 hours (interquartile range [IQR]: 9.00-15.50 hours) (Table 1).

Table 1 Level of the Length of Hospital Stay Among the Participants (n = 101)

Length of Hospital Stay (hours)	Frequency (n)	Percentage (%)	Level
Median length of stay in hours = 12 (interquartile range: 9.00-15.50)			
≤ 24	101	100	Very early discharge

Almost all of the first-time mothers (96.04%) perceived the quality of discharge teaching at a low level with a median score of 1.15 (IQR: 0.35-4.60). Regarding each subscale, the level of content needed (M = 2.10, SD = 1.98), the content received (M = 2.03, SD = 2.32), and the delivery (M = 2.51, SD = 2.40) were also at a low level (Table 2).

Table 2 Level of Quality of Discharge Teaching Among the Participants (n = 101)

Quality of Discharge Teaching	Range	M ± SD	Level	
			Low n (%)	Moderate n (%)
Median score = 1.15 (interquartile range: 0.35-4.60)				
Content needed subscale	0.00-7.14	2.10 ± 1.98	100(98.01)	1(0.99)
Content received subscale	0.00-7.43	2.03 ± 2.32	98(97.03)	3(2.97)
Delivery subscale	0.00-7.31	2.51 ± 2.40	96(95.05)	5(4.95)
Total scale (the content received and delivery)	0.00-7.15	2.34 ± 2.30	97(96.04)	4(3.96)

All participants (100%) perceived readiness for hospital discharge at a low level with a median score of 0.82 (IQR: 0.68-1.05). Regarding each dimension, the level of personal status (M = 1.31, SD = 1.33), knowledge (M = 1.16, SD = 1.13), coping ability (M = 1.20, SD = 1.32), and expected support (M = 1.28, SD = 1.28) were also at a low level (Table 3).



Length of Hospital Stay, Quality of Discharge Teaching, and Readiness for Hospital Discharge Among First-Time Mothers, the Republic of Burundi
ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในมารดาครั้งแรก สาธารณรัฐบुरुнди

Table 3 Level of Readiness for Hospital Discharge Among the Participants (n = 101)

Readiness for Hospital Discharge	Range	M±SD	Level
			Low n (%)
Median score = 0.82 (interquartile range: 0.68-1.05)			
Personal status	0.00-5.50	1.31 ± 1.33	101(100.00)
Knowledge	0.00-5.14	1.16 ± 1.13	101(100.00)
Coping ability	0.00-6.00	1.20 ± 1.32	101(100.00)
Expected support	0.00-6.00	1.28 ± 1.28	101(100.00)
Total score	0.18-4.68	1.24 ± 1.21	101(100.00)

The results revealed that the quality of discharge teaching was moderately positively correlated with readiness for hospital discharge among first-time mothers in Burundi ($r = .459, p < 0.001$). However, there was no significant relationship between the length of hospital stay and the readiness for hospital discharge ($p > .05$) among participants (Table 4).

Table 4 The Relationships between Length of Hospital Stay, Quality of Discharge Teaching, and Readiness for Hospital Discharge Among the Participants (n = 101)

	Readiness for Hospital Discharge	
	Spearman's rank	P-value
1. Length of hospital stay	-.181	.07
2. Overall quality of discharge teaching	.459***	0.000

*** $p < .001$

Discussion

1. All participants in this study were discharged very early, less than the recommended 24 hours based on the WHO guideline. This may be related to several reasons. Firstly, the participants were first-time mothers having a normal delivery without complications. This aligns with a study in Tanzania indicating that discharge within 24 hours after childbirth was considered an institutional norm, with 65.70% of uncomplicated vaginal deliveries routinely discharged within 12 hours and 90% within 24 hours (McMahon et al., 2015). Secondly, the babies of the participants were healthy full-term neonates receiving breastfeeding (94.06%). This is congruent with a study of 92 countries which demonstrated that infants needing greater care played an important role in extending length of stay (Campbell et al., 2016). Thirdly, the participants were hospitalized in three central general hospitals. This could be a facility-based factor as these three general hospitals had a high number of deliveries (1,283 normal deliveries and 772 abnormal deliveries in 2022). The participants were more likely to stay for shorter durations due to a limited supply of beds and insufficient capacity for those who accompanied the women. This finding adds evidence to support a study in Nepal which found that delivery at a facility with a physical space was associated with a longer length of stay (Ikeda et al., 2021).



2. The quality of discharge teaching among first-time mothers in Burundi was at a low level, a result which was lower than the value reported by existing literature in Thailand (Krikirat et al., 2020) and China (Li et al., 2023). This may be related to several reasons. Firstly, as all participants were discharged early, they may not have received enough discharge education from the nurse due to the limited time. Therefore, participants' information needs were unmet. Secondly, all participants were first-time mothers receiving the information for the first time. They might expect the nurses to provide all necessary education and guidance through the teaching process. However, as information was provided to participants in the limited time before discharge, they may have felt hesitant to ask for additional information during this process. Thirdly, the majority of participants attended primary education (53.47%) and were relatively limited in receiving professional knowledge, resulting in a lack of understanding and acceptance of information. This finding is congruent with a study in Jordan which reported that mothers identified an unmet need for education about their own physical self-care and newborn care (Almalik, 2017) and adds evidence to support a qualitative study which found that postpartum mothers expressed a desire for more education on what to expect during the postpartum period (Madray et al., 2022).

3. Readiness for hospital discharge among first-time mothers in Burundi was at a low level which may be related to first-time mothers who had little or no knowledge or experience in dealing with physical and psychological changes of adjustment to motherhood which may inevitably lead to poor mastery of the relevant knowledge of managing care and observing complications, which is then related to unreadiness for hospital discharge. This finding aligns with a study in Turkey demonstrating a statistically lower mean total RHD-NMF score for first-time mothers compared with multiparous mothers ($p = .01$) (Yanikkerem et al., 2018). Secondly, the majority of participants (93.06%) were aged between 20-29 years with primary education (53.47%) and were relatively limited in receiving professional knowledge, resulting in a low score for the knowledge and coping ability subscales. This is congruent with a study which found that women aged 18 to 31 had lower knowledge and coping ability scores than those aged over 32 (Yanikkerem et al., 2018).

4. Quality of discharge teaching was verified to be moderately positively correlated with readiness for hospital discharge ($r = .459, p < .001$), indicating that high-quality discharge education can improve participants' readiness for hospital discharge. This finding supports the relationships proposed by Meleis' middle-range theory of transitions describing how effective health education provided by health care providers can help in improving participants' understanding of their health care literacy and their ability to manage care demands at home (Meleis, 2010). Moreover, it supports a study in Thai postpartum women which showed that teaching quality had a high positive correlation with readiness for hospital discharge ($r = .513, p < .01$) (Krikirat et al., 2020).

5. There was no significant correlation between length of hospital stay and readiness for hospital discharge among first-time mothers in Burundi, differing from previous studies (Lau et al., 2023; Weiss & Lokken, 2009). This inconsistency may be related to the care situation of the hospital settings where all participants were allowed to discharge very early. This means that the decision to discharge



goes beyond readiness for hospital discharge and vice versa. Longer hospital stays may be considered as being for poor maternal or infant health conditions which were uncommon for mothers without complications.

Application of research findings

The quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge among first-time mothers needs to be assessed during the discharge transition. Nurses should promote the readiness to discharge among first-time mothers by manipulating the quality of discharge teaching and emphasizing the teaching content related to the first-time mothers' needs at home and delivery skills. In addition, as all mothers in this study were discharged very early, they may not have received enough discharge education from nurses due to the limited time. Therefore, the WHO recommendation endorsing a minimum 24-hour stay in a healthcare facility after an uncomplicated birth should be considered and implemented.

Suggestions for further research

To expand knowledge, other factors related to readiness for hospital discharge among first-time mothers based on Meleis' middle-range theory of transitions should be explored. In addition, studies on length of hospital stay, quality of discharge teaching, and readiness for hospital discharge among first-time mothers in other levels of health care may be considered.

References

- Almalik, M. M. (2017). Understanding maternal postpartum needs: A descriptive survey of current maternal health services. *Journal of Clinical Nursing, 26*(23-24), 4654-4663. <https://doi.org/10.1111/jocn.13812>
- American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2002). *Guidelines for perinatal care* (5th ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics and Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.
- Benova, L., Owolabi, O., Radovich, E., Wong, K. L. M., Macleod, D., Langlois, E. V., & Campbell, O. M. R. (2019). Provision of postpartum care to women giving birth in health facilities in sub-Saharan Africa: A cross-sectional study using demographic and health survey data from 33 countries. *PLOS Medicine, 16*(10), e1002943. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002943>
- Campbell, O. M. R., Cegolon, L., Macleod, D., & Benova, L. (2016). Length of stay after childbirth in 92 countries and associated factors in 30 low-and middle-income countries: Compilation of reported data and a cross-sectional analysis from nationally representative surveys. *PLOS Medicine, 13*(3), e1001972. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001972>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>



- Ikeda, S., Shibanima, A., Silwal, R. C., & Jimba, M. (2021). Factors associated with the length of stay at health facilities after childbirth among mothers and newborns in Dhading, Nepal: A cross-sectional study. *BMJ Open*, *11*(5), e042058. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042058>
- Jing, L., Bethancourt, C. N., & McDonagh, T. (2017). Assessing infant and maternal readiness for newborn discharge. *Current Opinion in Pediatrics*, *29*(5), 598–605. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000526>
- Krikirat, P., Kantaruksa, K., Liamtrirat, S., & Janjornmanit, B. (2020). Factors predicting readiness for hospital discharge among postpartum mothers. *Nursing Journal*, *47*(1), 13–24. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/240722>
- Lain, S. J., Roberts, C. L., Bowen, J. R., & Nassar, N. (2015). Early discharge of infants and risk of readmission for jaundice. *Pediatrics*, *135*(2), 314–321. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2388>
- Lau, E., Adams, Y. J., Ghiaseddin, R., Sobiech, K., & Ehla, E. E. (2023). Discharge readiness and associated factors among postpartum women in Tamale, Ghana. *Western Journal of Nursing Research*, *45*(6), 539–546. <https://doi.org/10.1177/01939459231152122>
- Li, S., Liu, Y., & Liu, G. (2023). Nursing discharge teaching of hospitalized postpartum women in China: A cross-sectional study. *Gynecology and Obstetrics Clinical Medicine*, *3*(2023), 236–240. <https://gocm.bmj.com/content/gocm/3/4/236.full.pdf>
- Madray, C., Richardson, J., Hornsby, P., Grello, C., Drake, E., & Kellams, A. (2022). Exploring the unmet needs of postpartum mothers: A qualitative study. *The Journal of Perinatal Education*, *31*(2), 71–81. <https://doi.org/10.1891/JPE-2021-00009>
- McMahon, S. A., Mohan, D., LeFevre, A. E., Mosha, I., Mpembeni, R., Chase, R. P., Baqui, A. H., & Winch, P. J. (2015). “You should go so that others can come”; The role of facilities in determining an early departure after childbirth in Morogoro Region, Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *15*, 328. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0763-1>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer. https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, *23*(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Ministère à la Présidence chargé de la Bonne Gouvernance et du Plan (MPBGP), Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS), Institut de Statistiques et d’Études Économiques du Burundi (ISTEEBU), & ICF. (2017). *Troisième enquête démographique et de santé au Burundi 2016–2017*. ISTEEBU, MSPLS, & ICF.



Length of Hospital Stay, Quality of Discharge Teaching, and Readiness for Hospital Discharge Among First-Time Mothers, the Republic of Burundi
ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในมารดาครั้งแรก สาธารณรัฐบรูไน

- Moise, I. K. (2018). Causes of morbidity and mortality among neonates and children in post-conflict Burundi: A cross-sectional retrospective study. *Children, 5*(9), 125. <https://doi.org/10.3390/children5090125>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Principles and methods* (9th ed.). Lippincott, Williams & Wilkins.
- Şenol, D. K., Özkan, S. A., & Şahin, N. H. (2017). An investigation of postpartum mothers' readiness for hospital discharge and the affecting factors. *Journal of Human Sciences, 14*(2), 1484-1491.
- Tsiga-Ahmed, F. I., Jalo, R. I., Ibrahim, U. M., Kwaku, A. A., Umar, A. A., Sanusi, S. M., & Amole, T. G. (2022). Length-of-stay after a health facility birth and associated factors: Analysis of data from three Sub-Saharan African countries. *Ghana Medical Journal, 56*(2), 100-109. <https://doi.org/10.4314/gmj.v56i2.7>
- UNICEF. (2021). *Burundi: Health budget brief 2021–2022*. UNICEF. <https://www.unicef.org/esa/media/10161/file/UNICEF-Burundi-2021-2022-Health-Budget-Brief-EN.pdf>
- Weiss, M., Ryan, P., Lokken, L., & Nelson, M. (2004). Length of stay after vaginal birth: Sociodemographic and readiness-for-discharge factors. *Birth, 31*(2), 93-101. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00286.x>
- Weiss, M. E., Costa, L. L., Yakusheva, O., & Bobay, K. L. (2014). Validation of patient and nurse short forms of the readiness for hospital discharge scale and their relationship to return to the hospital. *Health Services Research, 49*(1), 304-317. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12092>
- Weiss, M. E., & Lokken, L. (2009). Predictors and outcomes of postpartum mothers' perceptions of readiness for discharge after birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 38*(4), 406-417. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01040.x>
- World Health Organization. (2014). *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*. <https://iris.who.int/handle/10665/97603>
- World Health Organization. (2022). *WHO guidelines on translation and adaptation of instruments*. <https://www.studypool.com/documents/9245221/who-guidelines-on-translation-and-adaptation-of-instruments>
- World Health Organization. (2023). *Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>
- Yanikkerem, E., Esmeray, N., Karakuş, A., Üstgörü, S., Baydar, Ö., & Göker, A. (2018). Factors affecting readiness for discharge and perceived social support after childbirth. *Journal of Clinical Nursing, 27*(13-14), 2763-2775. <https://doi.org/10.1111/jocn.14248>



The Development of a Dietary Behavioral Modification Model for Persons with Type 2 Diabetes in Nakhon Ratchasima Province

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดนครราชสีมา

Lukawee Piyabanditkul* ลักษณ์วี ปิยะบัณฑิตกุล*
Siwaporn Sompeerapun** ศิวาพร สมพีรพันธุ์**

Abstract

Type 2 diabetes is a major public health problem. Ineffective disease control resulting from inappropriate dietary behaviors can lead to severe multisystem complications. Therefore, knowledge and modification of dietary behaviors can help reduce the risk of complications in patients with type 2 diabetes. This research and development study aimed to create a dietary behavior modification model for patients with type 2 diabetes and to evaluate its effectiveness on the stages of behavior change, knowledge, and eating behavior. The study proceeded in three phases: situational analysis, model design and development, and pilot testing and evaluation. Participants were patients with uncontrolled blood glucose and family meal managers; simple random sampling was applied to recruit individuals in the Contemplation or Preparation stages. Instruments included assessment tools for stage-of-change, knowledge, and dietary behavior. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann–Whitney U test.

The results from Phase 1 found that over half of the patients demonstrated good nutrition knowledge, whereas most exhibited moderate eating behaviors and remained in the Contemplation stage; dietary habits, attitudes toward diabetes, and household income influenced their readiness to change. In Phase 2, a Transtheoretical-based model (TTM-based model) comprising 13 activities over 5 weeks yielded statistically significant improvements in stage-of-change, knowledge, and eating behavior ($p < .001$), though time and activity formats limited participant understanding and engagement. Accordingly, in Phase 3, the format was revised to an 8-week program consisting of 14 activities, with additional content and methods and a reordering of the activities. Consequently, the intervention group in this phase showed statistical significantly greater improvements in the stage of behavior change, knowledge, and dietary behavior compared with baseline and the control group ($p < 0.001$).

The findings indicate that the developed model effectively enhances knowledge and modifies eating behavior in patients with type 2 diabetes. Therefore, it should be implemented to control the disease and reduce the risk of complications.

Keywords: Behavioral modification; Diabetes; Diabetes management; Dietary behavior; Transtheoretical model

* Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University;

e-mail: plukaw@kku.ac.th

** Registered Nurse Practitioner, Na Yai Subdistrict Health Promoting Hospital, Nakhon Ratchasima Province



บทคัดย่อ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การควบคุมโรคที่ไม่มีประสิทธิภาพเป็นผลมาจากพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลายระบบ ดังนั้น ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร สามารถช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าวต่อลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความรู้ และพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การวิจัยดำเนินการใน 3 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ การออกแบบและพัฒนารูปแบบฯ การทดลองใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และผู้จัดการอาหารในครอบครัว โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากผู้ที่มีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชั้นล่างใจ หรือชั้นตัดสินใจและเตรียมตัว เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แบบวัดความรู้ และแบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งมีความรู้เรื่องโภชนาการในระดับดี ขณะที่พฤติกรรมมารับประทานอาหารส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับปานกลาง และยังคงตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ทิศนคติต่อโรคเบาหวาน และรายได้ของครอบครัว ในระยะที่ 2 ได้พัฒนารูปแบบฯ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย 13 กิจกรรมในระยะเวลา 5 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความรู้ และพฤติกรรมมารับประทานอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านระยะเวลา และรูปแบบกิจกรรมที่เสริมความเข้าใจและการมีส่วนร่วม ในระยะที่ 3 จึงได้ปรับปรุงรูปแบบฯ เป็น 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 14 กิจกรรม โดยเพิ่มเนื้อหา วิธีการและปรับลำดับกิจกรรม ส่งผลให้กลุ่มทดลองในระยะนี้มีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความรู้ และพฤติกรรมมารับประทานอาหารดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น ควรนำไปใช้เพื่อควบคุมโรคและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โรคเบาหวาน การจัดการเบาหวาน พฤติกรรมมารับประทานอาหาร ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

* ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น e-mail: plukaw@kku.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา



The Development of a Dietary Behavioral Modification Model for Persons with Type 2 Diabetes in Nakhon Ratchasima Province

การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดนครราชสีมา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นวิกฤตการณ์สาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มความชุกเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก โดยสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation) คาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยอายุระหว่าง 20-79 ปี จะเพิ่มขึ้นจาก 589 ล้านคนในปี พ.ศ. 2567 เป็น 852.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593 แม้ว่าประชากรโลกจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 25 ในช่วง 25 ปีข้างหน้า แต่จำนวนผู้ป่วยเบาหวานกลับคาดว่าจะเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 45 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของโรคเบาหวานในระดับโลก (International Diabetes Federation [IDF], 2025) สำหรับประเทศไทย สถานการณ์มีความรุนแรงเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยสะสมมากถึง 3.3 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากจำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2564 ถึง 150,000 คน และปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน 300,000 คน (Division of Non-Communicable Diseases, 2023) การควบคุมโรคที่ไม่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลายระบบ เช่น จอประสาทตาเสื่อม โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจ เป็นต้น และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญ คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ได้ตามเป้าหมาย (< 7%) โดยมีผู้ที่ควบคุมได้สำเร็จเพียงร้อยละ 36.5 (Diabetes Association of Thailand, 2019) ซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายในการจัดการโรคเชิงระบบ

พื้นที่วิจัย เป็นตำบลหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา สถานการณ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความน่ากังวลเช่นกัน โดยข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center; HDC) จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2565 พบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 อัตราความชุกของโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง กล่าวคือ 95.97, 102.45 และ 108.30 ต่อประชากร 1,000 คน และมีอัตราอุบัติการณ์ 3.92, 7.01 และ 7.64 ต่อประชากร 1,000 คน ตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนผู้เป็นเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (HbA1C < 7 mg%) มีเพียงร้อยละ 54.98, 53.64 และ 43.56 ตามลำดับ (Health Data Center, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office, 2022) ปัจจัยหลักของปัญหานี้เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการบริโภคอาหารกลุ่มแป้งและน้ำตาลสูง เช่น ข้าวเหนียว อาหารหวาน เครื่องดื่มชูกำลัง และน้ำอัดลมเป็นประจำ โดยไม่จำกัดปริมาณหรือลดความถี่ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร และมีทัศนคติว่าต้องรับประทานข้าวในปริมาณมาก จึงจะมีแรงในการทำงาน และยังขาดความรู้ว่าควรรับประทานอาหารอย่างไร จึงจะพอดีกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่ชี้ให้เห็นถึงการยึดติดในรสชาติ วิถีชีวิต และทัศนคติส่งผลต่อพฤติกรรมดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน (Thongpootorn & Lowirakorn, 2020; Yeemard et al., 2022)

การให้ความรู้ด้านโภชนาการและโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แม้จะได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่การดำเนินโปรแกรมเหล่านี้มักถูกออกแบบเนื้อหาและกิจกรรมที่ใช้แนวทางเดียวกันสำหรับผู้ป่วยทุกคน โดยไม่ได้คำนึงถึงความแตกต่างในระดับความพร้อม ลักษณะพฤติกรรมของแต่ละบุคคลและบริบทของพื้นที่ ส่งผลให้เกิดช่องว่างระหว่างความรู้ที่ได้รับกับการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Namwong et al., 2019) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากแม้มีความรู้เกี่ยวกับอาหารและสุขภาพ แต่ยังขาดการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แท้จริง ซึ่งสาเหตุหนึ่ง คือ โปรแกรมที่นำมาใช้ขาดความเฉพาะเจาะจงและไม่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะราย

งานวิจัยนี้ ได้นำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบกิจกรรม ซึ่งทฤษฎีนี้มีแนวคิดหลักว่าการเปลี่ยนแปลงไม่ใช่เหตุการณ์ครั้งเดียว แต่เป็นกระบวนการที่ต้องผ่านลำดับขั้นความพร้อมที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล กิจกรรมที่สอดคล้องกับขั้นความพร้อมที่มีความเฉพาะเจาะจง มีแนวโน้มส่งเสริมประสิทธิภาพของโปรแกรมมากกว่าการใช้วิธีเดิมที่ออกแบบสำหรับทุกคน (Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska & Velicer, 1997) งานวิจัยที่ผ่านมายืนยันว่า การใช้ทฤษฎี



TTM ในการออกแบบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะด้านโภชนาการและการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ช่วยให้สามารถกำหนดกิจกรรมได้ตอบสนองต่ออุปสรรคหรือแรงจูงใจเฉพาะบุคคล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการดีขึ้น มีแนวโน้มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมลักษณะนี้ (Miezah et al., 2024; Namwong et al., 2019)

ดังนั้น การศึกษาและพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยใช้ทฤษฎี TTM จึงนับเป็นงานวิจัยที่มีศักยภาพสูงในการจัดการปัญหาที่ตรงจุด สอดคล้องกับบริบทวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และลดความเสี่ยงจากโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความรู้ และพฤติกรรมมารับประทานอาหาร

สมมติฐานการวิจัย

หลังการทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารฯ กลุ่มทดลองมีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานอาหารดีขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมมารับประทานอาหารหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยนี้ ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาแบบฯ (Design and Development) และระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ (Pilot Testing) และประเมินผล (Evaluation) (ภาพที่ 1) ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) *ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม* (Stage of change) 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) *ขั้นไม่สนใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม* (Precontemplation) (2) *ขั้นลังเลใจ* (Contemplation) (3) *ขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว* (Preparation) (4) *ขั้นลงมือปฏิบัติ* (Action) และ (5) *ขั้นปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง* (Maintenance) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นหัวใจหลักในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมงานวิจัยนี้ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมอยู่ในขั้นลังเลใจ หรือขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว เนื่องจากสองกลุ่มนี้มีความตระหนักและเจตนาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงมีแรงจูงใจพร้อมรับสิ่งใหม่ ๆ มีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในระยะเวลาการทดลองได้ชัดเจนกว่า 2) *กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม* (Process of change) งานวิจัยนี้ใช้ 7 กระบวนการ ได้แก่ การประเมินผลกระทบต่อตนเอง (Self-reevaluation) การประเมินผลกระทบต่อสังคม (Social reevaluation) การระบายความรู้สึก (Dramatic relief) การหาทางเลือกใหม่ (Counter condition) การเพิ่มความตระหนัก (Conscious raising) การจัดการกับผลที่เกิดขึ้น (Contingency management) และการหาแรงสนับสนุนทางสังคม (Helping relationship) มาใช้ในการออกแบบกิจกรรม (Prochaska et al., 2009) และ 3) *สมดุลการตัดสินใจ* (Decisional balance) เน้นให้ผู้ป่วยประเมินข้อดีข้อเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและลดข้อจำกัดหรืออุปสรรค ส่งผลต่อการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



The Development of a Dietary Behavioral Modification Model for Persons with Type 2 Diabetes in Nakhon Ratchasima Province

การพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

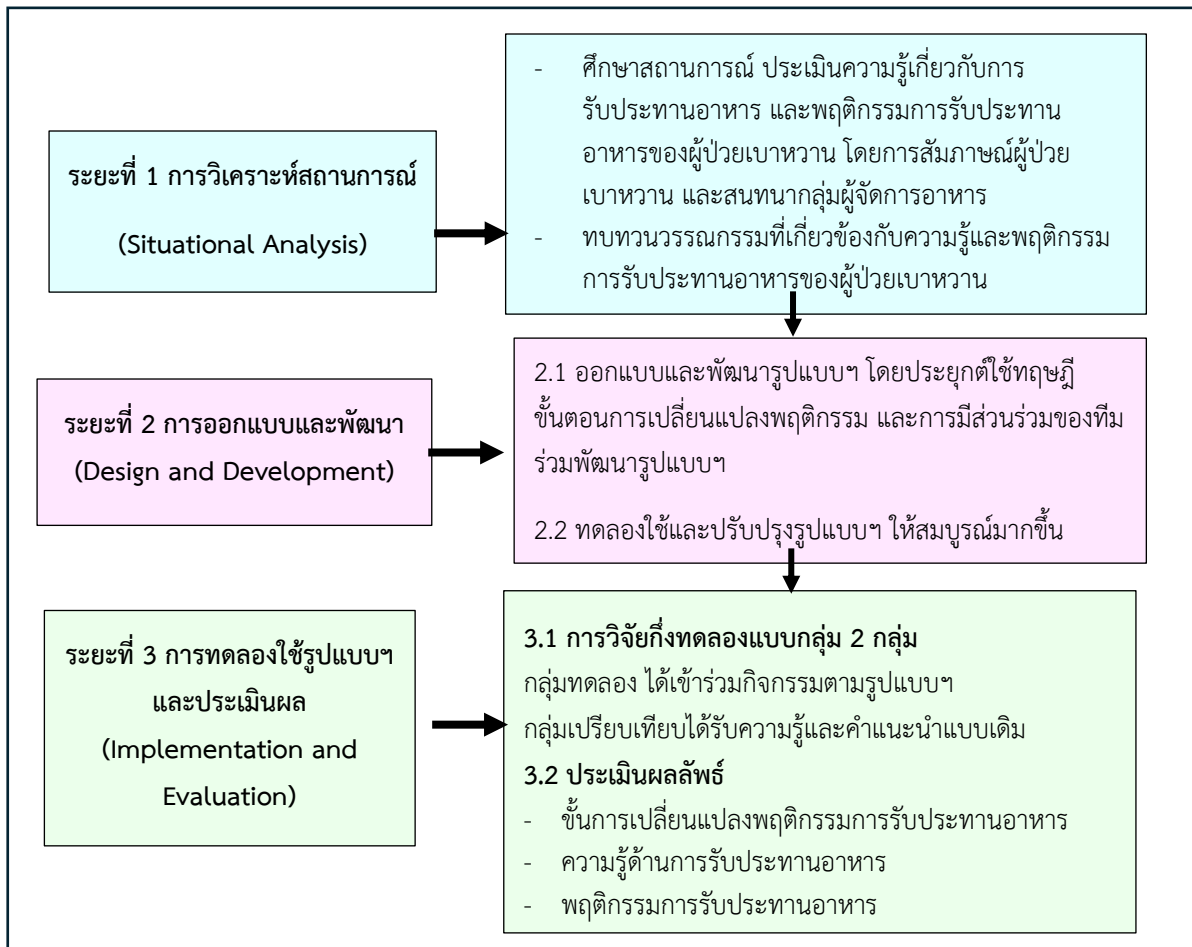
ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ชั้นทะเบียนรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 147 คน และ 2) ผู้จัดการอาหารในครอบครัวของผู้ป่วย จำนวน 147 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ถูกเลือกจากฐานข้อมูลของ รพ.สต. และคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ครั้งสุดท้ายมีค่า 7.0–9.9% มีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชั้นล้างเลใจหรือชั้นตัดสินใจและเตรียมตัว และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถูกประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารด้วยแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ก่อนดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน ถูกเลือกด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายและไม่ใส่คืน (simple random sampling without replacement) และ 2) ผู้จัดการอาหารในครอบครัวของผู้ป่วยที่ถูกเลือก จำนวน 30 คน

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 12 คน ใช้เกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออก เช่นเดียวกับระยะที่ 1 คัดเลือกด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายและไม่ใส่คืน นอกจากนี้มีทีมร่วมพัฒนาารูปแบบฯ ซึ่งเป็นตัวแทนบุคคลที่มีบทบาทในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ที่สามารถสอบถามข้อมูลและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 11 คน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 8 คน ผู้จัดการอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน และนักโภชนาการ 1 คน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบฯ และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบฯ) จำนวน 31 คน และ 2) กลุ่มเปรียบเทียบ (ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ) จำนวน 31 คน เกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออก เช่นเดียวกับระยะที่ 1 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.65 จากผลการวิจัยของ วนิดา สนงูงา และ พุทธิไกร ประมวล (Sompunga & Pramual, 2022) ระดับนัยสำคัญ (α Error probability) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power test) เท่ากับ 0.8 คัดเลือกด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายและไม่ใส่คืน โดยกำหนดให้การหยิบครั้งแรกที่เป็นเลขคี่เป็นกลุ่มทดลอง และการหยิบครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จนครบจำนวน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างไม่ซ้ำกับระยะที่ 2



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารฯ พัฒนาจากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ การทบทวนวรรณกรรม และความคิดเห็นจากทีมร่วมพัฒนารูปแบบฯ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นกรอบแนวคิดและออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่วิจัย

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งเป็น 3 ชุด ได้แก่

2.1. แบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เพื่อประเมินขั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ ขั้นไม่สนใจ ขั้นลังเลใจ ขั้นเตรียมตัว ขั้นลงมือปฏิบัติ และขั้นปฏิบัติต่อเนื่อง โดยใช้คำถามแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ จำนวน 5 ข้อ ตามคำจำกัดความของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ละระยะ เช่น “ท่านคิดว่า จะควบคุมการรับประทานภายใน 6 เดือนข้างหน้า” “ท่านวางแผนไว้ว่าจะเริ่มควบคุมการรับประทานภายใน 1 เดือน”



The Development of a Dietary Behavioral Modification Model for Persons with Type 2 Diabetes in Nakhon Ratchasima Province

การพัฒนาแบบแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดนครราชสีมา

2.2. แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับเก็บข้อมูลในทุกๆ ประจวบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน วิธีการรักษา และระดับน้ำตาลในเลือด 3 ครั้งล่าสุด

2) ความรู้เรื่องโภชนาการ ได้แก่ การเลือกซื้อ การปรุง ความถี่ และปริมาณอาหารที่รับประทาน จำนวน 20 ข้อ แบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ คะแนน 1-20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี (≥ 16 คะแนน) ปานกลาง (12-15 คะแนน) และต่ำ (< 12 คะแนน)

3) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เพื่อประเมินความถี่และลักษณะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบบมาตราวัด 5 ระดับ ไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน) ถึง ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) จำนวน 20 ข้อ รวมคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี (≥ 80 คะแนน) ปานกลาง (60-79 คะแนน) และน้อย (< 60 คะแนน)

2.3. แนวทางการสนทนากลุ่มสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับเก็บข้อมูลในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ครอบคลุม 4 ประเด็นเกี่ยวกับการจัดการอาหาร ได้แก่ การเลือกซื้อ การปรุงอาหาร ปริมาณ และความถี่ในการรับประทานอาหาร รวมถึงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและวิธีการแก้ไขในการจัดการอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นักโภชนาการ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพในชุมชน และนักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนานวัตกรรมและวิจัย ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (S-CVI) เท่ากับ 0.84 โดยความตรงของความรู้เท่ากับ 0.87 และพฤติกรรมเท่ากับ 0.82 และผลการทดสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินความรู้ (KR-20) เท่ากับ 0.77 และแบบประเมินพฤติกรรม (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย HE652164 ลงวันที่ 29 กันยายน 2565 มีการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการให้ความยินยอม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีเงื่อนไขและส่งผลกระทบต่อใด ๆ หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับและถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การนำเสนอข้อมูลถูกนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุสืบค้นถึงตัวตน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ประเมินความรู้และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผ่านการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและการสนทนากลุ่มกับผู้จัดการอาหาร โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 10 คน ใช้เวลา 60 นาที ต่อกลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ระบุปัญหา อุปสรรค และความต้องการเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบฯ ดำเนินการนำเสนอผลการวิเคราะห์ต่อทีมพัฒนารูปแบบฯ เพื่อร่วมกันสอบถามข้อมูล ระดมความคิดเห็นและกำหนดแนวทางการจัดกิจกรรม และนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และประเมินผลโดยเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนและ



หลังการทดลอง และนำเสนอผลการทดลองต่อทีมร่วมพัฒนา เพื่อวิเคราะห์และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบฯ และประเมินผล ผู้วิจัยปรับปรุงรูปแบบฯ ก่อนนำไปทดลองใช้และประเมินผลครั้งที่ 2 โดยออกแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบ 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนหลัง (two-group, pretest-posttest design) โดยกลุ่มทดลอง เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบฯ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าจากพยาบาลและนักโภชนาการ ที่มีรูปแบบการสอนเป็นรายกลุ่มและรายบุคคลแบบเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มผู้จัดการอาหาร ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติวิเคราะห์ IBM SPSS version 28.0 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ได้แก่ Wilcoxon signed rank test เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมภายในกลุ่มเดียวกัน และ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นแบบปกติ (non-normal distribution) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < .05$

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

รูปแบบนี้ถูกพัฒนาขึ้น โดยใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 53.3 มีความรู้เรื่องโภชนาการในระดับดี ขณะที่พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าร้อยละ 76.7 ยังอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 93.5 ยังลังเลใจที่จะปรับพฤติกรรม เช่นเดียวกับกับผู้จัดการอาหารของผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องโภชนาการทั้งด้านประเภท วิธีการประกอบอาหาร การปรุง และปริมาณอาหารที่ควรรับประทาน แต่ยังมีกลุ่มที่จัดอาหารรสเค็ม รสหวาน และรสเผ็ด ให้ผู้ป่วย เนื่องด้วยความคุ้นชินในรสชาติของครอบครัว มีทัศนคติต่อโรคเบาหวานว่าเป็นเรื่องปกติ และมีอุปสรรคจากรายได้ จึงส่งผลกระทบต่อความตระหนักเรื่องอาหาร

จากข้อมูลเหล่านี้ นำสู่ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ ร่วมกับทีมพัฒนารูปแบบ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้รูปแบบฯ ที่หนึ่งประกอบด้วย 13 กิจกรรม ใช้เวลา 5 สัปดาห์ ผลการทดลองใช้พบว่า กลุ่มทดลองมีลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าดีขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านระยะเวลาและรูปแบบกิจกรรมที่เสริมความเข้าใจและการมีส่วนร่วม ในระยะที่ 3 รูปแบบฯ จึงถูกปรับเพิ่มระยะเวลาเป็น 8 สัปดาห์ 14 กิจกรรม โดยปรับเพิ่มกิจกรรมวิธีการดำเนินงาน และลำดับของกิจกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วย และเกิดความต้องการทั้งด้านเนื้อหาและความเข้าใจ กิจกรรม ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานวิเคราะห์ประเมินผลกระทบของพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่ปฏิบัติอยู่ต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย ระหว่างการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ พฤติกรรมแบบเดิมหรือหากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ (Self-reevaluation and social evaluation)

สัปดาห์ที่ 1-2 การเรียนรู้จากตัวแบบ เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงสาเหตุที่ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง (Conscious raising) และเสริมแรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยน (Dramatic relief) รวมทั้งหาแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าและควบคุมระดับน้ำตาลได้



สัปดาห์ที่ 3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มเรื่องอาหารแลกเปลี่ยน และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ นวัตกรรม “ลูกคิดอาหาร เบาหวานคุมได้” คู่มืออาหารแลกเปลี่ยนสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกพัฒนาโดยทีมผู้วิจัย และเล่นเกมการ์ดอาหาร เพื่อเสริมความรู้และความตระหนักว่าพฤติกรรมแบบใดที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 4 การเสริมแรงในการปรับพฤติกรรมด้วยการให้รางวัล (Contingency management)

สัปดาห์ที่ 5-8 การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม (Helping relationship) ด้วยการโทรศัพท์เยี่ยม 2 ครั้ง และการรวมกลุ่ม 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ เพื่อติดตามการปฏิบัติพฤติกรรม ปัญหาอุปสรรค แลกเปลี่ยนวิธีการ และร่วมกันหาทางออก (Counter condition)

2. ประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ผลการทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ในระยะที่ 3 มีรายละเอียด ดังนี้

2.1. ลักษณะทางประชากรและสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน ด้านอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา และมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24 และ 25 กก./เมตร² ตามลำดับ สำหรับลักษณะที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.9) ซึ่งมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 54.8) มีอายุเฉลี่ย 62.9 และ 55.7 ปี ตามลำดับ และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.1 และ 11.5 ปี ตามลำดับ

2.2. ผลลัพธ์จากการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่า

2.2.1. ชั้นของพฤติกรรมมารับประทานอาหารของกลุ่มทดลอง เปลี่ยนจากชั้นลังเลใจเป็นชั้น ตัดสินใจและเตรียมตัวทั้งหมด ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการเปลี่ยนแปลง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบชั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานอาหารก่อนและหลังการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (N = 62)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ก่อนทดลอง (n = 31)		หลังทดลอง (n = 31)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ชั้นลังเลใจ				
กลุ่มทดลอง	29	93.5	0	0.0
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	96.8	30	96.8
ชั้นตัดสินใจและเตรียมตัว				
กลุ่มทดลอง	2	6.5	31	100.0
กลุ่มเปรียบเทียบ	1	3.2	1	3.2

2.2.2. คะแนนความรู้และพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง (ตารางที่ 2)



The Development of a Dietary Behavioral Modification Model for Persons with Type 2 Diabetes in Nakhon Ratchasima Province

การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดนครราชสีมา

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมมารับประทานอาหารของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 31)

ผลลัพธ์	ก่อนการทดลอง M ± SD	หลังการทดลอง M ± SD	Wilcoxon signed rank test	
			Z	p-value
คะแนนความรู้ด้านการรับประทานและควบคุมอาหาร	15.0 ± 1.2	18.0 ± 1.4	-4.737	< .001
คะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร	62.8 ± 5.8	72.6 ± 4.6	-4.869	< .001

2.2.3 คะแนนความรู้และพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมมารับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังทดลอง (N = 62)

คะแนนความรู้ และพฤติกรรม	Mean rank	Sum of Rank	Z	Mann-Whitney U	p-value
ความรู้ด้านการรับประทานอาหารและการควบคุมอาหาร					
กลุ่มทดลอง (n = 31)	41.5	1287.5	-4.5	169.5	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 31)	21.5	665.5			
พฤติกรรมรับประทานอาหาร					
กลุ่มทดลอง (n = 31)	44.4	1376.0	-5.6	81.0	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 31)	18.6	577.0			

การอภิปรายผล

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เป็นความท้าทายที่สำคัญทั้งผู้ป่วยเบาหวานเองและบุคลากรสาธารณสุข การศึกษานี้ ได้นำเสนอรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีจุดเด่นในเชิงทฤษฎีและเชิงบริบท ซึ่งถูกพัฒนาขึ้น 2 ระยะ รูปแบบฯ ที่หนึ่งประกอบด้วย 13 กิจกรรม ใช้เวลา 5 สัปดาห์ ผลการทดลองใช้พบว่า แม้ผู้ป่วยเบาหวานจะมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรม แต่พฤติกรรมมารับประทานอาหารส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระดับเดิม และขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยังไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งให้เห็นว่าระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมยังสั้นและกิจกรรมที่ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาจยังไม่เหมาะสม เมื่อปรับปรุงรูปแบบฯ ได้เพิ่มระยะเวลาเป็น 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 14 กิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพิ่มขึ้น และขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่ชี้ว่าการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 8-12 สัปดาห์ เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น งานวิจัยของ เบญจวรรณ เกียรติ และคณะ (Kerdruen et al., 2025) และ อำพรทิพย์ อุดทาโท (Audtato, 2021) ต่างพบว่า โปรแกรมที่มีระยะเวลานานขึ้นและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ



ผลลัพธ์ดังกล่าว สามารถอธิบายได้จากจุดเด่นสามประการของกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ ประการแรก การออกแบบอิงตามข้อมูลบริบทของผู้ป่วยและผู้จัดการอาหารในครอบครัว ทำให้กิจกรรม สื่อ และแนวทางปฏิบัติ สอดคล้องกับวิถีชีวิตและอุปสรรคเชิงปฏิบัติที่ผู้ป่วยในชุมชนประสบอยู่ จึงเอื้อต่อการยอมรับและการนำไปปฏิบัติจริง จนเกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมในบริบทพื้นที่ศึกษา ประการที่สอง การใช้กรอบทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นกรอบแนวคิดหลัก และการประยุกต์ใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลง เป็นตัวขับเคลื่อนเชิงปฏิบัติ ตามระดับความพร้อม (ขั้นลังเลใจ และขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว) ทำให้กิจกรรมมีความเฉพาะเจาะจง ตัวอย่างเช่น การฝึกนับคาร์โบไฮเดรต การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสริมแรงและกำลังใจ การติดตามเยี่ยมแบบรายบุคคลและกลุ่ม และสื่อปฏิบัติ เช่น “ลูกคิดอาหาร เบาหวานคุมได้” ทำให้ความรู้ถูกแปลงเป็นทักษะปฏิบัติ เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง และเอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัสมน นามวงษ์ และคณะ (Namwong et al., 2019) ที่พบว่า การออกแบบโปรแกรมตามระยะของขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีการวางแผนการดูแลที่เฉพาะ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น สามารถจัดการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ จุฑาทิพย์ โพธิ์สุวรรณ และคณะ (Posuwan et al., 2021) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บริโภคอาหารที่พัฒนาโดยใช้แนวคิด TTM สามารถส่งผลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประการที่สาม การมีส่วนร่วมของทีมในพื้นที่ เช่น อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และนักโภชนาการ ตั้งแต่การ สอบทานข้อมูลจนถึงการทดลองนำร่องและปรับปรุง ทำให้รูปแบบฯ ได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง และปรับให้ สอดคล้องกับบริบทจริง ทีมในพื้นที่จึงเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการนำรูปแบบไปใช้จริงและลดช่องว่าง ระหว่างการวิจัยกับการปฏิบัติ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ชานนท์ เชาว์ดำรงสกุล (Chaodamrongsakul, 2020) ที่พบว่า การออกแบบโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยยึดบริบทและการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ ช่วยเพิ่มคะแนนความรู้และส่งผลให้น้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การติดตามผลการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานอาหารระยะสั้นเป็นข้อจำกัดที่สำคัญ จึงควรมีการติดตามระยะยาว ($\geq 6-12$ เดือน) จัดกิจกรรมเสริมเป็นระยะ ๆ และประเมินการขยายผล เพื่อยืนยันความคงอยู่ของพฤติกรรมและความ เป็นไปได้ในการนำไปใช้ในบริบทอื่น ๆ

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบกับได้รับความรู้และคำแนะนำจากพยาบาลและนักโภชนาการแบบเดิม ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมมารับประทานอาหารทั้งก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การให้ความรู้และคำแนะนำแบบกลุ่มหรือรายบุคคล ตามแนวทางทั่วไป ขาดความเฉพาะเจาะจงและดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานอาหารในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า ซึ่งระบุว่า การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำในลักษณะเดียวกันทุกคน โดยไม่มีการออกแบบกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการ เฉพาะรายหรือไม่มีการติดตามและแรงเสริมอย่างเป็นระบบ มักไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่แท้จริง (Namwong et al., 2019)

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ตามแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้ข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานเป็นตัวตั้ง มีผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นที่ร่วมพัฒนากิจกรรมที่ ครอบคลุมทั้งการเสริมสร้างความรู้ การวิเคราะห์ปัญหา เทคนิคเชิงปฏิบัติ การสร้างแรงจูงใจ แรงสนับสนุนใน ชุมชน และการติดตามอย่างใกล้ชิด ล้วนมีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย เบาหวาน อย่างไรก็ตาม แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพและครอบครัว และการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนมีส่วนสำคัญในการสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นและคงอยู่ได้ในระยะยาว



ข้อจำกัดการวิจัย

1. กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบฯ และประเมินผล มีความแตกต่างกันด้านเพศ อายุเฉลี่ย และระยะเวลาการเจ็บป่วย ซึ่งอาจส่งผลต่อการตีความผลการวิจัย ถึงแม้วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมานแบบไม่พารามิเตอร์ (Wilcoxon signed-rank และ Mann-Whitney U) ซึ่งเหมาะสมกับลักษณะการกระจายข้อมูลและขนาดตัวอย่างที่ศึกษา แต่ยังไม่สามารถปรับผลตามตัวแปรตั้งต้นได้โดยตรง

2. ขนาดตัวอย่างและการคัดเลือกจากพื้นที่จำกัด และการติดตามผลในระยะสั้น จึงจำกัดความทั่วไป (generalizability) ของผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารนี้ ควรนำไปบูรณาการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือคลินิกโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2. การนำเทคโนโลยีในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานไปใช้ในชุมชน จะช่วยส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารในระยะยาว โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมมารับประทานอาหาร อย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือน – 1 ปี

2. ศึกษาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบนี้กับพื้นที่อื่นและขยายกลุ่มตัวอย่างที่มีชั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ โดยออกแบบกิจกรรมให้มีความเฉพาะเจาะจงสอดคล้องกับแต่ละกลุ่ม

References

- Audtato, A. (2021). Development of participatory self-management model in behavior modification for those who can uncontrolled diabetes mellitus at Bandokkhamtai Tambon health promoting hospital in Maeteep Subdistrict, Ngao District, Lampang Province. *Chiangrai Medical Journal*, 13(1), 136. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/247664> (in Thai)
- Chaodamrongsakul, C. (2020). Development of the self-care promoting model for diabetes mellitus patients at Sida Hospital. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 14(35), 314–329. (in Thai)
- Diabetes Association of Thailand. (2019). *Diabetes situation*. <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18031>
- Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. (2023). *Department of Disease Control campaigns for World Diabetes Day 2023: Raising public awareness on diabetes risks and early detection to prevent severe complications*. <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc>
- Health Data Center, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. (2022). *HDC dataset 2022*. [Unpublished internal database]. Health Data Center, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office.



The Development of a Dietary Behavioral Modification Model for Persons with Type 2 Diabetes in Nakhon Ratchasima Province

การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดนครราชสีมา

- International Diabetes Federation. (2025). *IDF Diabetes atlas* (11th ed.). <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
- Kerdruen, B., Thongthaweephokhin, S., & Chatchawanterapong, S. (2025). Effects of a behavioral change motivation program on knowledge about diabetes self-care behavior and blood sugar levels in patients with type 2 diabetes. *Region 3 Medical and Public Health Journal*, 22(1), 44-51. <https://thaidj.org/index.php/smj/article/view/16207> (in Thai)
- Miezah, D., Amoadu, M., Opoku, P. N., Junior, E. M., Zutah, J., Obeng, P., & Sarfo, J.O. (2024). Transtheoretical-Based Model of Intervention for Diabetes and Prediabetes: A Scoping Review. *Journal of Diabetes Research*, 2024(1), 2935795. <http://dx.doi.org/10.1155/2024/2935795>
- Namwong, T., Klinchad, R., Rajchaniyom, S., Khapol, P., & Thongpakdee, N. (2019). Development of promoting self-management model among uncontrolled diabetic patients. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 29(3), 179-193. (in Thai)
- Posuwan, J., Surirak, S., Neamsukonsakoon, S., Choocherd, K., Chalatlod, T., Phadungwiang, A., Huabprasoet, A., Boonpiromanchan, N., & Somporn, K. (2021). Effects of food consumption behavior change program applied with transtheoretical model among patients with type 2 uncontrolled diabetes mellitus in Chonburi Province. *Journal of Council of Community Public Health*, 3(3), 55-65. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/article/view/248434/171734> (in Thai)
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Prochaska, J. O., Johnson, S., & Lee, P. (2009). The transtheoretical model of behavior change. In S. A. Shumaker, J. K. Ockene, & K. A. Riekert (Eds.), *The handbook of health behavior change* (3rd ed., pp. 59-83). Springer.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997) The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. <http://dx.doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Sompunga, W., & Pramual, P. (2022). Development of participatory self-management in behavior modification on glycemic control in uncontrolled type 2 diabetes patients, Sisaket Province. *Research and Development Health System Journal*, 15(1), 273-287. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/257318> (in Thai)
- Thongpootorn, P., & Lowirakorn, S. (2020). Food consumption of diabetic patients with uncontrolled plasma glucose level at diabetic clinic, Kut Chap Hospital, Udon Thani Province. *KKU Journal for Public Health Research*, 13(1), 22-32. (in Thai)
- Yeemard, F., Srichan, P., Apidechkul, T., Luerueang, N., Tamornpark, R., & Utsaha, S. (2022). Prevalence and predictors of suboptimal glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in Northern Thailand: A hospital-based cross-sectional control study. *PLOS ONE*, 17(1), e0262714. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262714>



Situational Analysis of Practices Among Nurse Practitioners Transferring to Local Administrative Organizations in Chiang Mai Province*
 การวิเคราะห์สถานการณ์การปฏิบัติของพยาบาลเวชปฏิบัติที่โอนย้าย
 ศูนย์การปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่*

Boontarika	Rattanang**	บุญทริกา	รัตน์ัง**
Sivaporn	Aungwattana***	ศิวพร	อึ้งวัฒนา***
Wilawan	Tuanrat****	วิลาวณย์	เตือนราษฎร์****

Abstract

The transfer of sub-district health promoting hospitals to local administrative organizations may have an impact on the professional practice of nurse practitioners. This descriptive research study aimed to analyze the practices of nurse practitioners transferred to local administrative organizations. The analysis was performed using Donabedian's systems theory framework which consists of three domains: structure, process, and outcome. The participants consisted of 6 public health administrators for analyzing the structural domain, 10 practicing nurses for analyzing the process domain, and 73 nurse practitioners for analyzing the outcome domain. The research instruments included a semi-structured interview used for the structural and process domains, and a questionnaire used for the outcome domain. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and group classification.

The results found that, regarding the structural domain: 1) characteristics of the organization's public health development policy/plan operated according to the policy of the local administrative organization; 2) resources and tools, including the manual of standards and guidelines for public health work, were developed from multidisciplinary work, and the operations of practical nurses were directly dependent on the Public Health and Environment Division; and 3) in terms of human resources, there has been an increase in the number of professional nursing workforce frameworks being opened. Regarding the process domain, nurse practitioners performed their duties according to their main roles and professional competencies, adjusting the service model to the CUP Split format. The outcome domain also revealed that nurse practitioners who transferred their role reported satisfaction at a high level ($M = 3.90$, $SD = 0.95$).

These results can be used by the executive committee of the PAO as fundamental information for determining public health policies and for developing service models for health promotion, prevention, treatment, and rehabilitation to better align with operators and service recipients.

Keywords: Local administrative organizations; Nurse practitioners; Sub-district health promoting hospital; Transferring

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: sivaporn.a@cmu.ac.th

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 24 July 2024; Revised 19 November 2024; Accepted 28 November 2024



บทคัดย่อ

การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติงานตามวิชาชีพของพยาบาลเวชปฏิบัติ การศึกษาวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ สถานการณ์การปฏิบัติของพยาบาลเวชปฏิบัติที่โอนย้ายสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในจังหวัดเชียงใหม่ วิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของโดนาปีเดียน ประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้าน ผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างด้านโครงสร้าง ศึกษาในกลุ่มประชากรผู้บริหารงานด้านสาธารณสุข จำนวน 6 คน ด้าน กระบวนการ ศึกษาในพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 10 คน และด้านผลลัพธ์ ศึกษาในพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 73 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างใช้สอบถามด้านโครงสร้างและด้านกระบวนการ และ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลเวชปฏิบัติ ใช้ประเมินด้านผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง พรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา จัดประเด็นแยกเป็นหมวดหมู่

ผลการศึกษาพบว่า ด้านโครงสร้าง 1) ด้านลักษณะขององค์กร นโยบาย/แผนพัฒนาสุขภาพด้านสาธารณสุข ดำเนินงานตามนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ด้านทรัพยากรเครื่องมือ คู่มือมาตรฐานและแนวทาง ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขพัฒนาจากสหวิชาชีพ และการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติ ขึ้นตรงกับ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม 3) ด้านทรัพยากรบุคคล มีการเปิดกรอบอัตรากำลังพยาบาลเวชปฏิบัติเพิ่ม มากขึ้น สำหรับด้านกระบวนการ พยาบาลเวชปฏิบัติปฏิบัติงานหลักในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค เบื้องต้น และฟื้นฟูสภาพ ปรับรูปแบบการให้บริการ รพ.สต. แบบ CUP Split ส่วนด้านผลลัพธ์ พยาบาลเวชปฏิบัติ ที่โอนบทบาท มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (M = 3.90, SD = 0.95)

ผลการศึกษานี้ ผู้บริหาร อปท. สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการกำหนดนโยบายด้าน สาธารณสุข นำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการให้บริการด้านสาธารณสุข ในงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคเบื้องต้น ฟื้นฟูสภาพ ให้สอดคล้องกับผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พยาบาลเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การถ่ายโอน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: sivaporn.a@cmu.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 24 กรกฎาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความ 19 พฤศจิกายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 28 พฤศจิกายน 2567



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การกระจายอำนาจในการปกครองส่วนท้องถิ่น เริ่มจากแนวคิดที่ต้องการลดความเหลื่อมล้ำ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ประชาชนมีการปกครองที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของประชาชน (Kettong, 2020) นำมาสู่การถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ยึดหลักการและวัตถุประสงค์ตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 พระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) แผนการกระจายอำนาจฯ และแผนปฏิบัติการฯ คือ มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน การถ่ายโอนภารกิจ ประกอบด้วย 1) ภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2) ภารกิจด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและไม่ติดต่อ และอุบัติเหตุ 3) ภารกิจด้านการรักษาโรค 4) ภารกิจด้านการฟื้นฟูสุขภาพ และ 5) ภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (Ministry of Public Health and Ministry of Interior, 2019)

สถานการณ์การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ทั้งประเทศ ปีงบประมาณ 2566 มีการถ่ายโอนสำเร็จ 3,264 แห่ง ใน 49 จังหวัด (Chotchoungchatchai et al., 2022) โดยในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ เริ่มถ่ายโอนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 และในปีงบประมาณ 2566 ถ่ายโอนให้แก่ อบจ. เชียงใหม่ รวมทั้งสิ้น 62 แห่ง จากการศึกษาหลังการถ่ายโอนภารกิจพบปัญหาและอุปสรรค คือ ยังขาดระบบการบริหารงานบุคคลที่มีหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่ชัดเจน แนวทางมาตรฐานการปฏิบัติงานของ รพ.สต. สังกัด อปท. ในส่วนของการบริหาร รวมถึงระบบการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังมีแนวทางปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน (Association of Provincial Administrative Organization of Thailand, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษากิจการบริการจัดการสถานอนามัยบ้านสันนาเม็ง หลังถ่ายโอนภารกิจจากสาธารณสุขของ สงกรานต์ บุญมา และ ศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวิสุ (Boonma & Wongthanavas, 2013) พบว่า การบริหารจัดการดีขึ้นกว่าเดิมก่อนการถ่ายโอน เทศบาลมีนโยบายสนับสนุนและมีศักยภาพการบริหารจัดการ แต่ประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขและความไม่ต่อเนื่องของการสนับสนุนจากเครือข่ายสาธารณสุข และการศึกษาของ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (Sriratanaban et al., 2023) ที่ศึกษาการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในการจัดบริการสุขภาพประชาชนให้สอดคล้องกับทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ ลดการให้บริการคลินิกต่าง ๆ รวมถึงปิดการให้บริการนอกเวลาราชการ

จากการศึกษามุมมองและความคาดหวังของประชาชนต่อการถ่ายโอน รพ.สต. สู่การบริหารจัดการของ อบท. ของ สลธิธร เทพตระการพร และคณะ (Taptagaporn et al., 2023) พบว่า มีการให้บริการตามภารกิจเหมือนเดิม และสามารถพัฒนางานดีขึ้นจากการได้รับงบประมาณมากขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยังสังกัด อบท. ที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลของการถ่ายโอน การเปลี่ยนแปลงในการจัดระบบบริการสุขภาพประชาชน แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้ซึ่งปฏิบัติงานหลักใน รพ.สต. เพื่อให้บริการสุขภาพประชาชนในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ซึ่งเป็นภารกิจหลักของ รพ.สต. จึงนำมาสู่การศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญในการให้บริการระดับปฐมภูมิ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคเบื้องต้น และฟื้นฟูสุขภาพ อีกทั้งยังให้การสนับสนุนบริการสุขภาพประชาชนตามปัญหาและความต้องการของแต่ละกลุ่มวัย การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่ อบท. อาจมีผลกระทบต่อการทำงานของพยาบาลเวชปฏิบัติ จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษถึงการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติ เมื่อได้รับการถ่ายโอนสู่สังกัด อบท. การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) มาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการศึกษาคุณภาพของการดูแลภาวะสุขภาพ หรือระบบสุขภาพ อาศัยองค์ประกอบหลักที่สัมพันธ์กัน 3 องค์ประกอบ คือ ด้านโครงสร้าง หมายถึง ความพอเพียง



ของทรัพยากรในบริการสุขภาพ ด้านกระบวนการ หมายถึง เทคนิคการดูแลและการปฏิสัมพันธ์ของบุคลากรกับ
ผู้รับบริการ รวมถึงการวินิจฉัยโรค การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันโรค และด้านผลลัพธ์ หมายถึง ผลที่
เกิดจากการดูแลสุขภาพ รวมถึงความพึงพอใจในการรับบริการของผู้รับบริการและครอบครัว โดยองค์ประกอบ
หลักทั้ง 3 ส่วนมีความเชื่อมโยงและมีความสัมพันธ์กัน (Kuntajan et al., 2020)

ผู้วิจัยมีความมุ่งหวังศึกษาถึงการปฏิบัติของพยาบาลเวชปฏิบัติเมื่อได้รับการโอนย้ายบทบาทหน้าที่สู่ อปท.
ในด้านโครงสร้าง กระบวนการการปฏิบัติงานภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ และผลลัพธ์ของพยาบาลเวชปฏิบัติในด้าน
ความพึงพอใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการโอนย้ายบทบาทหน้าที่สู่ อปท. เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูล
พื้นฐานในการสร้างแนวทางให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สามารถปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น และเป็นข้อมูลพื้นฐาน
นำไปสู่การสร้างนโยบายสุขภาพ พัฒนารูปแบบ กระบวนการระบบบริการสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การปฏิบัติของพยาบาลเวชปฏิบัติที่โอนย้ายของพยาบาลเวชปฏิบัติสู่องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีตามวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้

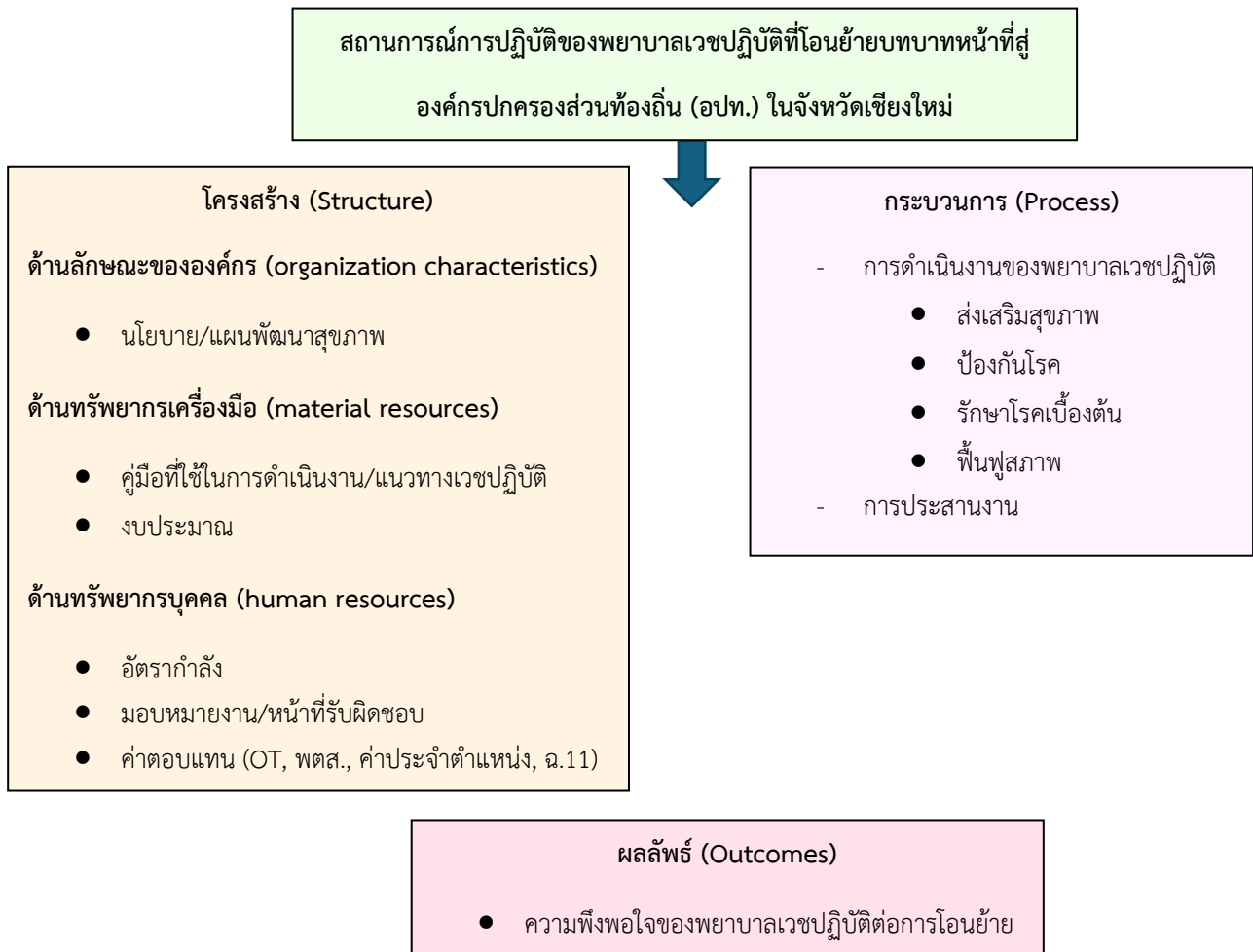
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านโครงสร้างการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น (อปท.) ในจังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านกระบวนการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น (อปท.) ในจังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาลเวชปฏิบัติต่อการโอนย้ายบทบาทหน้าที่สู่องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในจังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ ได้นำแนวคิดจากทฤษฎีระบบของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ซึ่งเป็นทฤษฎี
ประเมินคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพ โดยอาศัยองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน 3 องค์ประกอบ คือ โครงสร้าง
(structure) เป็นการศึกษาถึงลักษณะของปัจจัยหรือสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังต่อไปนี้
คือ 1) ด้านลักษณะขององค์กร ได้แก่ นโยบาย/แผนพัฒนาสุขภาพ 2) ด้านทรัพยากรเครื่องมือ ได้แก่ คู่มือที่ใช้ใน
การดำเนินงาน/แนวทางเวชปฏิบัติ งบประมาณ และ 3) ด้านทรัพยากรบุคคล (human resources) ได้แก่
อัตรากำลัง หน้าที่รับผิดชอบ และค่าตอบแทน สำหรับกระบวนการ (process) เป็นการศึกษาการปฏิบัติงานตาม
ขอบเขตวิชาชีพของพยาบาลเวชปฏิบัติ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การฟื้นฟู
สุขภาพ และการประสานงานของภาคีเครือข่าย ในส่วนผลลัพธ์ (outcome) เป็นการศึกษาความพึงพอใจของ
พยาบาลเวชปฏิบัติในการโอนย้ายบทบาทหน้าที่สู่ อปท. ดังแผนภาพที่ 1



Situational Analysis of Practices Among Nurse Practitioners Transferring to Local Administrative Organizations in Chiang Mai Province
การวิเคราะห์สถานการณ์การปฏิบัติของพยาบาลเวชปฏิบัติที่โอนย้าย
สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การปฏิบัติของพยาบาลเวชปฏิบัติที่โอนย้ายสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ด้านโครงสร้าง ศึกษาในประชากรกลุ่มผู้บริหารงานด้านสาธารณสุข สังกัด อปท. (ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม) ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งหมด 6 แห่ง จำนวน 6 คน
2. ด้านกระบวนการ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลเวชปฏิบัติ ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. สังกัด อปท. ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 คน ใช้กระบวนการ Online Focus group กลุ่มละ 10 คน ต่อกลุ่ม จำนวน 1 กลุ่ม
3. ด้านผลลัพธ์ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลเวชปฏิบัติ ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. สังกัด อปท. ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. สังกัด อปท. ทั้งหมด 74 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย จากการสุ่มจับฉลากรายชื่อ รพ.สต. ที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติในสังกัด อปท. ในพื้นที่ จ.เชียงใหม่ ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 73 คน



เกณฑ์และคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) 1) ยินดีเข้าร่วมตลอดในการศึกษาวิจัย 2) เป็นกลุ่มบุคคลที่ได้รับการถ่ายโอน ในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ก่อนการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถามด้านผลลัพธ์ ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ด้านโครงสร้าง สัมภาษณ์ในกลุ่มประชากร ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุข

1.1 ด้านลักษณะขององค์กร (organization characteristics) ได้แก่ นโยบาย/แผนพัฒนาสุขภาพ

1.2 ด้านทรัพยากรเครื่องมือ (material resources) ได้แก่ คู่มือที่ใช้ในการดำเนินงาน/แนวทางเวชปฏิบัติ

งบประมาณ

1.3 ด้านทรัพยากรบุคคล (human resources) ได้แก่ อัตรากำลัง หน้าที่รับผิดชอบ และค่าตอบแทน

2. แบบสัมภาษณ์ด้านกระบวนการ สัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ได้แก่ งานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การฟื้นฟูสุขภาพ และการประสานงานของภาคีเครือข่าย

3. แบบสอบถามด้านผลลัพธ์ สอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ได้รับการโอนย้ายสู่บทบาทหน้าที่ใน อปท. แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการบังคับบัญชา 2) ด้านลักษณะงาน 3) ด้านความก้าวหน้า 4) ด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน 5) ด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงาน และ 6) ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกได้ 5 ระดับ คือ คะแนน 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด คะแนน 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนน 3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย คะแนน 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้าน มีดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ 025/2567 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากนายก อปท. ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ จากนั้น ผู้วิจัยขอความยินยอมด้วยการขอให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้มีการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล สัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยแบ่งตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิด ดังนี้

1.1 ด้านโครงสร้าง (Structure)

สัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหารงานด้านสาธารณสุข สังกัด อปท. (ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของ อปท.) โดยผู้วิจัยทำการนัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์ในวันทำการ ช่วงเวลาระหว่าง 15.00-16.00 น. โดยจัด



สถานที่ทำการสัมภาษณ์ในห้องประชุมของ อปท. ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่ โดยจัดให้มีความเป็นส่วนตัว ซึ่งมีการขออนุญาตบันทึกข้อมูล โดยใช้เครื่องบันทึกเสียงร่วมกับการบันทึกข้อมูลสำคัญในกระดาษ

1.2 ด้านกระบวนการ (Process)

สัมภาษณ์กลุ่มพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยการทำ Online Focus group ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ต่อกลุ่ม โดยมีแนวคำถามที่ครอบคลุมประเด็น ด้านกระบวนการดำเนินงานของพยาบาลเวชปฏิบัติใน อปท. โดยผู้วิจัยทำการนัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์ในวันทำการ ช่วงเวลาระหว่าง 15.00-15.45 น. โดยจัดสถานที่ทำการสัมภาษณ์ในห้องประชุมของ รพ.สต. บ้านเมืองงาย ที่มีความเป็นส่วนตัว ซึ่งมีการขออนุญาตบันทึกข้อมูล โดยใช้เครื่องบันทึกเสียงร่วมกับการบันทึกข้อมูลสำคัญในกระดาษ

1.3 ด้านผลลัพธ์ (Outcomes)

ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มพยาบาลเวชปฏิบัติ ตอบแบบสอบถามด้านผลลัพธ์ของการโอนย้ายของพยาบาลเวชปฏิบัติสู่บทบาทหน้าที่ใน อปท. ในด้านความพึงพอใจ ในรูปแบบ Google form ผู้วิจัยดำเนินการในการเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการโดยการประชาสัมพันธ์หนังสือ/แผ่นพับผ่านกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของ อปท. ในจังหวัดเชียงใหม่ทุกแห่ง

2. ผู้วิจัยทำการถอดเทป รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และจากการตอบแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และจากการตอบแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ด้านโครงสร้างในกลุ่มผู้บริหารงานด้านสาธารณสุข และด้านกระบวนการในกลุ่มพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. สังกัด อปท. รวมทั้งข้อมูลทุติยภูมิของการดำเนินงานด้านสาธารณสุข นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และการจัดแยกเป็นประเด็นหมวดหมู่

ส่วนที่ 3 ข้อมูลจากแบบสอบถามระดับความพึงพอใจของพยาบาลเวชปฏิบัติต่อการโอนย้ายสู่บทบาทหน้าที่ใน อปท. นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. กลุ่มผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขของ อปท. ($n = 6$) จากการสัมภาษณ์ด้านโครงสร้าง เป็นเพศชาย ร้อยละ 50 และ เพศหญิง ร้อยละ 50 อายุมากกว่า 50 ปี และระหว่าง 46-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 เท่ากัน มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับปริญญาโท ร้อยละ 50 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน มากที่สุด คือ มากกว่า 20 ปี และพบว่า ระยะเวลาที่มีการโอนย้ายมาสังกัด อปท. มากที่สุด คือ ปีงบประมาณ 2551 ร้อยละ 50 รองลงมา คือ ปีงบประมาณ 2545, 2562 และ 2566 คิดเป็นอัตราเท่ากัน คือ ร้อยละ 16.67

2. กลุ่มพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. สังกัด อปท. ($n = 10$) จากการสัมภาษณ์ด้านกระบวนการ เป็นเพศชาย ร้อยละ 10 เพศหญิง ร้อยละ 90 อายุอยู่ในกลุ่มมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 50 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 90 ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 100 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 60 และพบว่า ระยะเวลาที่มีการโอนย้ายมาสังกัด อปท. ปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 60



Situational Analysis of Practices Among Nurse Practitioners Transferring to Local Administrative Organizations in Chiang Mai Province

การวิเคราะห์สถานการณ์การปฏิบัติของพยาบาลเวชปฏิบัติที่โอนย้ายสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่

3. กลุ่มพยาบาลเวชปฏิบัติ ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. สังกัด อปท. จากการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลเวชปฏิบัติต่อการโอนย้าย เป็นเพศชาย ร้อยละ 5.50 และเพศหญิง ร้อยละ 94.50 อายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 30.13 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 86.30 ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 63.01 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 39.72 และมีการโอนย้ายในปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 34.24 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพยาบาลเวชปฏิบัติ ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. สังกัด อปท. จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน และระยะเวลาที่มีการโอนย้ายมาสังกัด อปท. (n =73)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 73)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	5.50
หญิง	69	94.50
อายุ (ปี)		
20-25 ปี	3	4.10
26-30 ปี	9	12.32
31-35 ปี	7	9.58
36-40 ปี	7	9.58
41-45 ปี	10	13.69
46-50 ปี	15	20.54
มากกว่า 50 ปี	22	30.13
(M = 43.51, SD = 10.25)		
(min = 23, max = 56)		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	63	86.30
ปริญญาโท	10	13.69
ตำแหน่งปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	27	36.98
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	46	63.01
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน		
0 ปี-5 ปี	22	30.13
6 ปี-10 ปี	7	9.58
11 ปี-15 ปี	5	6.84
16 ปี-20 ปี	10	13.69
มากกว่า 20 ปี	29	39.72
(M = 14.73, SD = 9.62)		



Situational Analysis of Practices Among Nurse Practitioners Transferring to Local Administrative Organizations in Chiang Mai Province

การวิเคราะห์สถานการณ์การปฏิบัติของพยาบาลเวชปฏิบัติที่โอนย้าย

สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพยาบาลเวชปฏิบัติ ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. สังกัด อปท. จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน และระยะเวลาที่มีการโอนย้ายมาสังกัด อปท. (n =73) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 73)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่มีการโอนย้ายมาสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)		
(ปีงบประมาณ)		
ปีงบประมาณ 2548	1	1.36
ปีงบประมาณ 2557	1	1.36
ปีงบประมาณ 2558	1	1.36
ปีงบประมาณ 2561	2	2.73
ปีงบประมาณ 2562	3	4.10
ปีงบประมาณ 2565	22	30.13
ปีงบประมาณ 2566	25	34.24
ปีงบประมาณ 2567	4	5.47
*บรรจุใหม่ ปีงบประมาณ 2566	14	19.17

ส่วนที่ 2 สถานการณ์การปฏิบัติของพยาบาลเวชปฏิบัติที่โอนย้ายสู่ อปท. ในจังหวัดเชียงใหม่ ในด้านโครงสร้าง และ ด้านกระบวนการ สรุปลผลการศึกษา ดังนี้

ด้านโครงสร้างการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติใน อปท. ในจังหวัดเชียงใหม่

1. ลักษณะขององค์กร ได้แก่ นโยบาย/แผนพัฒนาสุขภาพ การวางแผนพัฒนาสุขภาพ การมีส่วนร่วมของพยาบาลเวชปฏิบัติพบว่า 1) อปท. มีนโยบายในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ยึดตามภารกิจสถานีอนามัยถ่ายโอนได้รับการผลักดันนโยบายจากผู้บริหาร อปท. 2) มีการวางแผนพัฒนาสุขภาพมาจากความต้องการของประชาชนโดยตรง 3) พยาบาลเวชปฏิบัติ มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย นำเสนอผู้บริหารจากปัญหาหรือภาวะสุขภาพของประชาชนที่ได้จากงานรับผิดชอบ

2. ทรัพยากรเครื่องมือ ได้แก่ คู่มือที่ใช้ในการดำเนินงาน/แนวทางเวชปฏิบัติ งบประมาณพบว่า 1) คู่มือ/แนวทางเวชปฏิบัติ พัฒนามาจากทีมสหวิชาชีพ ยึดตามแนวทางมาตรฐาน พยาบาลเวชปฏิบัติปฏิบัติงานในฝ่ายงานบริการสาธารณสุข ขึ้นตรงกับกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของอปท. 2) งบประมาณในการดำเนินงานสาธารณสุข ได้รับการสนับสนุนมาจากหลายภาคส่วน เช่น งบประมาณของ อปท. เงินอุดหนุนสถานีอนามัยถ่ายโอนจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (กปท.) งบประมาณสนับสนุนโดยตรงจาก สปสช.

3. ทรัพยากรบุคคล ได้แก่ อัตรากำลัง การมอบหมายงาน/หน้าที่รับผิดชอบ ค่าตอบแทนพบว่า 1) มีการเพิ่มอัตรากำลังพยาบาลเวชปฏิบัติและสหวิชาชีพมากขึ้น เพื่อเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และสนับสนุนพยาบาลเวชปฏิบัติให้ปรับตำแหน่งที่สูงขึ้น 2) พยาบาลเวชปฏิบัติ มีบทบาทหลักในการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคเบื้องต้น และฟื้นฟูสภาพ ดังเดิม งานที่เพิ่มเติม เป็นการสนับสนุนหน่วยปฐมพยาบาล และร่วมกิจกรรมสำคัญที่ อปท. จัดขึ้น 3) ค่าตอบแทน บางแห่งอัตราค่าตอบแทนนอกเวลาราชการดั้งเดิม ยึดตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินค่าตอบแทนฯ พ.ศ. 2562 บางแห่งอัตราลดลง เนื่องจากสถานการณ์คลังของ อปท. ทั้งนี้เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) และเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 11) มีการเบิกจ่าย ดังเดิม



กล่าวโดยสรุป ด้านโครงสร้าง นโยบายหรือแผนพัฒนาสุขภาพ รพ.สต. สังกัด อปท. มีการดำเนินงานและพัฒนามาจากภารกิจด้านสาธารณสุขของสถานีนอามัยถ่ายโอน และยึดตามความต้องการของประชาชนและปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่เป็นหลัก โดยคู่มือที่ใช้ในการปฏิบัติงาน พัฒนามาจากคู่มือ/แนวทางเวชปฏิบัติมาตรฐานของระดับประเทศ ตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ และได้รับงบประมาณสนับสนุนในการจัดการด้านสุขภาพดั้งเดิม เหมือนก่อนการถ่ายโอน เพียงแต่ได้รับงบประมาณสนับสนุน โดยการโอนตรงมายัง รพ.สต. ถ่ายโอน และได้รับงบประมาณสนับสนุนเนื่องด้วยเป็น รพ.สต.ถ่ายโอน จากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (กปท.) เพิ่มเติม เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพประชาชน

ด้านกระบวนการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติใน อปท. ในจังหวัดเชียงใหม่

1. การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ งานด้านการดูแลอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว โภชนาการ การให้สุขศึกษา อนามัยโรงเรียน ดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนร่วมกับ อสม. ประสานงานร่วมกับภาคีเครือข่าย งานมาตรฐานบริการในคลินิกให้บริการต่าง ๆ มีการเปิดให้บริการดั้งเดิม ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

2. การป้องกันโรค ได้แก่ การดำเนินงานหรือแนวทางการป้องกันการเกิดโรค ระบบการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบว่า 1) มีการดำเนินงานดั้งเดิม ผ่านทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ของ รพ.สต. ร่วมกับ อปท. ในพื้นที่ 2) ใช้ระบบการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) ดั้งเดิม และมีการส่งต่อข้อมูลจากทาง สสอ. เพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เข้าข่ายเกณฑ์ในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

3. การรักษาโรคเบื้องต้น ได้แก่ การตรวจคัดกรองโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การใช้แนวทางเวชปฏิบัติ การพัฒนานวัตกรรมพบว่า 1) มีการตรวจคัดกรองโรคดั้งเดิม รพ.สต. ที่จัดตั้งเป็น รพ.สต. แม่ข่าย (CUP Split) มีการดำเนินงานจัดซื้อวัสดุ-อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจคัดกรองโรคเอง ทั้งนี้ในการสนับสนุนในด้านยา/วัคซีน/เวชภัณฑ์ ได้รับการสนับสนุนจาก รพ.แม่ข่าย (CUP) ดั้งเดิม ผ่านการทำสัญญา (MOU) ระหว่าง รพ. แม่ข่าย (CUP) กับ รพ.สต. ถ่ายโอน 2) รพ.สต. แม่ข่าย (CUP Split) จะมีแพทย์ประจำที่ รพ.สต. ส่งผลให้การักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติลดบทบาทลง 3) แนวทางเวชปฏิบัติ ได้รับสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) ดั้งเดิม ทั้งนี้ รพ.สต. แม่ข่าย มีการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติเองให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ 4) สนับสนุนพยาบาลเวชปฏิบัติในการพัฒนานวัตกรรม สนับสนุนให้พัฒนาศักยภาพและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

4. การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การดำเนินงานคัดกรองผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า 1) พยาบาลเวชปฏิบัติ เยี่ยมบ้านประเมิน-คัดกรองผู้ป่วยในชุมชน ดำเนินงานร่วมกับ อสม. หรือ Care giver และสหวิชาชีพ ดั้งเดิม 2) มีการส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการฟื้นฟูสภาพ ให้นักกายภาพบำบัดของ อปท. โดยตรง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพรวดเร็ว และต่อเนื่อง

5. การประสานงาน ได้แก่ การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูลหรือผลการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข พบว่า 1) รพ.สต. แม่ข่าย มีแพทย์ประจำ ทำให้เพิ่มศักยภาพในการรักษาผู้ป่วย จึงมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพ. แม่ข่าย (CUP) ลดลง ในรายที่ซับซ้อนต้องรับการรักษาในระดับตติยภูมิโดยไม่ต้องผ่าน รพ. แม่ข่าย (CUP) เดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วยิ่งขึ้น 2) มีการส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข ผ่านระบบ Health Data Center (HDC) ดั้งเดิม

กล่าวโดยสรุป ในด้านกระบวนการพบว่า ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค มีการดำเนินงานดั้งเดิม และเพิ่มเติมในส่วนของการได้รับสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ-อุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงานมากขึ้น ด้านการรักษาโรคเบื้องต้น มีการปรับรูปแบบของ รพ.สต. ในรูปแบบของ รพ.สต.แม่ข่าย (CUP Split) ซึ่งมีผลทำให้มีแพทย์ประจำที่ รพ.สต. แม่ข่าย พยาบาลเวชปฏิบัติลดบทบาทในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น สำหรับงานการฟื้นฟูสภาพ พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพได้รวดเร็ว และจำเพาะเจาะจงต่อพยาธิสภาพ



ของโรคของผู้ป่วยได้มากขึ้น และด้านการประสานงาน ด้านการส่งต่อผู้ป่วย สามารถทำได้มากกว่าเดิม โดยสามารถส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ รพ. ระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิได้ โดยไม่จำเป็นต้องผ่าน รพ.แม่ข่ายเดิม (CUP) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอยในการรักษา

ส่วนที่ 3 ด้านผลลัพธ์ ความพึงพอใจของพยาบาลเวชปฏิบัติต่อการโอนย้ายสู่บทบาทหน้าที่ใน อปท.

ระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.90, SD = 0.95) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของพยาบาลเวชปฏิบัติต่อการโอนย้ายสู่บทบาทหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (n = 73)

ความพึงพอใจของพยาบาล	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านการบังคับบัญชา	3.62	0.87	มาก
2. ด้านลักษณะงาน	4.30	0.72	มากที่สุด
3. ด้านความก้าวหน้า	3.81	0.95	มาก
4. ด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน	3.67	0.93	มาก
5. ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน	4.32	0.73	มากที่สุด
6. ค่าตอบแทนและสวัสดิการ	3.47	1.06	มาก
รวม	3.90	0.95	มาก

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์การปฏิบัติของพยาบาลเวชปฏิบัติที่โอนย้ายสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในจังหวัดเชียงใหม่ อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การศึกษา ดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ด้านโครงสร้างการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย ด้านลักษณะขององค์กร (organization characteristics) ด้านทรัพยากรเครื่องมือ (material resources) และด้านทรัพยากรบุคคล (human resources) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 สถานการณ์ด้านลักษณะขององค์กร พบว่า มีการกำหนดนโยบายหรือแผนพัฒนาสุขภาพระดับท้องถิ่น สอดคล้องจากการศึกษาของ นัตรสุมน พฤตปิณโย (Prutipinyo, 2017) กล่าวถึงอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการด้านสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมการดำรงชีวิตที่ดีและการมีสุขภาพของประชาชน ดำเนินงานภายใต้กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม อ้างอิงจากความต้องการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน เสมือนการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ (Sri-ngernyuang et al., 2013) ที่พบว่า บทบาทการทำงาน 2 ใน 3 ของการถ่ายโอน มีการดำเนินงานไม่แตกต่างจากเดิม

1.2 สถานการณ์ด้านทรัพยากรเครื่องมือพบว่า คู่มือที่ใช้ในการดำเนินงาน/แนวทางเวชปฏิบัติ พัฒนาโดยสหวิชาชีพ มีการปรับแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับแผนแม่บทของ อปท. งบประมาณในการดำเนินงานสาธารณสุข ได้รับการสนับสนุนมาจากหลายภาคส่วน เช่น งบประมาณของ อปท. งบอุดหนุนสถานีอนามัยถ่ายโอน และการได้รับสนับสนุนโดยตรงจาก สปสช. ทำให้ รพ.สต. ถ่ายโอน มีประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณ ในการดูแลสุขภาพประชาชนได้มากยิ่งขึ้น ผ่านการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ การเพิ่มศักยภาพในการคัดกรองโรคเบื้องต้น โดยการจัดซื้อ-จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการคัดกรองโรคเองให้ครอบคลุมกับจำนวนกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น



1.3 สถานการณ์ด้านทรัพยากรบุคคล พบว่า มีการเพิ่มอัตรากำลังพยาบาลเวชปฏิบัติ และสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ประชาชนได้รับบริการทางด้านสาธารณสุขได้หลากหลายตามปัญหาสุขภาพที่พบ ทั้งนี้พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถได้รับการสนับสนุนในด้านความก้าวหน้าของตำแหน่งเพิ่มมากขึ้น การมอบหมายงานสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่และสมรรถนะหลักของพยาบาลเวชปฏิบัติ ค่าตอบแทนเบิก-จ่าย อ้างตามระเบียบของกระทรวงมหาดไทย โดยผู้บริหารท้องถิ่นเป็นผู้อนุมัติการเบิกจ่าย

2. สถานการณ์ด้านกระบวนการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การฟื้นฟูสุขภาพ และการดำเนินงานของพยาบาลเวชปฏิบัติ ในด้านการประสานงาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพพบว่า งานด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นบทบาทหลักของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงาน ใน รพ.สต. สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณ จันทรประเสริฐ (Junprasert, 2014) ที่พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติใน รพ.สต. มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคเบื้องต้นในกลุ่มโรค หรืออาการทั่วไป ในภาวะซับซ้อนก่อนส่งต่อ และการฟื้นฟูสุขภาพ ดำเนินงานเชิงรุกและเชิงรับเช่นเดิม ซึ่งการได้รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติม ทำให้สามารถนำมาพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานได้มากยิ่งขึ้น อีกทั้งการจัดตั้งเป็น รพ.สต. แม่ข่าย (CUP Split) สามารถบริหารงบประมาณเอง ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

2.2 ด้านการป้องกันโรคพบว่า ปฏิบัติงานผ่านทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ของ รพ.สต. ดังเดิม กรณีเกิดโรคในพื้นที่มีการประสานงานร่วมกับ อปท. ในพื้นที่ ใช้ระบบรับรายงานโรคติดต่อที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) ดังเดิม

2.3 ด้านการรักษาโรคเบื้องต้นพบว่า มีการดำเนินงานดังเดิม ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ดังเดิม เน้นการครอบคลุมกลุ่มประชากรทั้งหมด ทั้งนี้ รพ.สต. แม่ข่าย (CUP Split) มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ พยาบาลเวชปฏิบัติ จึงปรับลดบทบาทด้านการรักษาโรคเบื้องต้นลง ทั้งนี้ รพ.สต. ที่ไม่มีแพทย์ประจำ การรักษาโรคเบื้องต้นยังคงดำเนินงานหลักโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ เสมือนก่อนถ่ายโอน

2.4 ด้านการฟื้นฟูสุขภาพพบว่า มีการให้บริการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมิน คัดกรองผู้ป่วยดังเดิม เคสที่ซับซ้อน มีการดำเนินงานร่วมกับสหวิชาชีพ ภายหลังการประเมิน สามารถส่งต่อและวางแผนการดูแลร่วมกันในสหวิชาชีพได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสุขภาพที่รวดเร็ว และต่อเนื่อง

2.5 ด้านการประสานงานพบว่า รพ.สต. แม่ข่าย (CUP Split) ที่มีแพทย์ประจำ ซึ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพในการตรวจรักษาโรคให้แก่ผู้ป่วย จึงมีการส่งต่อผู้ป่วยลดลง ทั้งนี้ในเคสที่ซับซ้อน หรือจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สามารถทำเรื่องขอส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้ โดยไม่จำเป็นต้องเข้ารับการตรวจที่ รพ. แม่ข่ายเดิม (CUP) ทำให้ผู้ป่วยได้รับอย่างรักษาที่รวดเร็ว และทันท่วงที การส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข มีแนวทางการส่งต่อข้อมูล โดยใช้ระบบของกระทรวงสาธารณสุขเดิม

3. สถานการณ์ด้านผลลัพธ์ ระดับความพึงพอใจของพยาบาลเวชปฏิบัติต่อการโอนย้ายบทบาทหน้าที่สู่อปท. ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 3.90 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิตยา ไกรวงศ์ และ รัตนา หลีนุ้ม (Kraiwong & Leenum, 2020) และการศึกษาของ เพ็ญพิชชา ล้วนดี และ เยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ (Lwandee & Amrumpai, 2015) ที่พบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลเวชปฏิบัติมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจาก มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 39.72 และเป็นพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ร้อยละ 63.01 จากคุณวุฒิ และประสบการณ์การทำงาน แสดงให้เห็นว่าภายหลังการถ่ายโอน พยาบาลเวชปฏิบัติมีความพึงพอใจ เนื่องด้วยมีการจัดสรรอัตรากำลังมากขึ้น เป็นการเพิ่มศักยภาพในการทำงานและเพิ่มเติมในส่วน



Situational Analysis of Practices Among Nurse Practitioners Transferring to Local Administrative Organizations in Chiang Mai Province

การวิเคราะห์สถานการณ์การปฏิบัติของพยาบาลเวชปฏิบัติที่โอนย้าย

สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่

ของสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้พยาบาลเวชปฏิบัติได้รับแรงกดดันจากการทำงานในหน้าที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อานนท์ กุลธรรมา-นุสรณ์ และคณะ (Kulthanmanusorn et al., 2018) ที่พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในรพ.สต. ถ่ายโอน มีความพึงพอใจในด้านลักษณะงาน ในระดับมากที่สุด เนื่องด้วยมีความสอดคล้องกับความถนัดของวิชาชีพ และ อปท. ให้มอบหมายให้พยาบาลเวชปฏิบัติได้รับโอกาสให้รับผิดชอบงานที่สำคัญ ๆ ส่งผลให้เกิดความท้าทาย ได้ใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติงาน ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน และการมีอำนาจในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม อปท. มีแนวทางในการสนับสนุนความก้าวหน้าในตำแหน่งของพยาบาลวิชาชีพ ก้าวสู่ระดับตำแหน่งที่สูงขึ้น พยาบาลเวชปฏิบัติจึงมีความพึงพอใจด้านความก้าวหน้าในระดับมาก

ทั้งนี้ ในด้านการบังคับบัญชาพบว่า ผู้บริหารมีนโยบายชัดเจน และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติจริงได้ มีความยุติธรรม จึงทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติมีความพึงพอใจในด้านการบังคับบัญชา ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการพบว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการมีระเบียบวันลาประเภทต่าง ๆ ชัดเจน และมีสวัสดิการการรักษาพยาบาลที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติ สามารถนำผลการวิจัยนำเสนอต่อผู้บริหารของ อปท. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้บริหาร อปท. สามารถนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของ รพ.สต. ให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการสุขภาพหลังจากการถ่ายโอนไป อปท. ในผู้รับบริการ
2. ควรศึกษาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขหลังการถ่ายโอน รพ.สต. สู่สังกัด อปท.

References

- Association of Provincial Administrative Organization of Thailand. (2021). *Subdistrict Health Promotion Hospital to Provincial Administrative Organization, another step forward decentralize power to local administrative organizations*. (in Thai)
- Boonma, S., & Wongthanasu, S. (2013). *Studying the management of San Na Meng health center after decentralization of responsibility to the San Na Meng municipality, Sansai District, Chiang Mai Province*. [Master's degree thesis, Khon Kaen University]. <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/56/grc14/files/hmp36.pdf> (in Thai)
- Chotchongchatchai, S., Markchang, K., Uansri., Tanomsridachchai, W., Pattanasiri, T., Ittiphisit, S., Tangcharoensathien, V. & Patcharanarumol, W. (2022). *Process of situation reviewing and health policy and system research providing: The case of transferring sub-district health promoting hospitals to provincial administrative organizations*. Health Systems Research Institute. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5864> (in Thai)
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.



Situational Analysis of Practices Among Nurse Practitioners Transferring to Local Administrative Organizations in Chiang Mai Province

การวิเคราะห์สถานการณ์การปฏิบัติของพยาบาลเวชปฏิบัติที่โอนย้าย

สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่

- Junprasert, S. (2014). Community nurse practitioner and primary health care in Thailand. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 1(1), 57-65. (in Thai)
- Kettong, D. (2020). Decentralization to local government organizations. *Journal of MCU Phetchaburi Review*, 3(2), 46-57. (in Thai)
- Kraiwong, N., & Leenum, R. (2020). Job satisfaction of nurses in Songklanagarind Hospital. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 12(2), 51-66. (in Thai)
- Kulthanmanusorn, A., Saengruang, N., Wanwong, Y., Kosiyaporn, H., Witthayapipop-sakul, W., Srisasalux, J., Putthasri, W., & Patcharanarumol, W. (2018). *Evaluation of the devolved health centers: Synthesis lesson learnt from 51 health centers and policy options*. Health Systems Research Institute. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4866> (in Thai)
- Kuntajan, S., Tuanrat, W., & Aungwattana, S. (2020). Situational analysis on prevention and control of respiratory infectious diseases in Rajaprachanukroh 31 School, Mae Chaem District, Chiang Mai Province. *Nursing Journal*, 47(4), 167-179. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/243623/168421> (in Thai)
- Lwande, P., & Amrumpai, Y. (2015). Job motivation and job satisfaction among nurses in Banphaeo Hospital public organization. *Kuakarun Journal of Nursing*, 22(1), 48-59. (in Thai)
- Ministry of Public Health and Ministry of Interior. (2019). *Guidelines for public health practice regional level between local administrative organizations (Subdistrict Administrative Organization (SAO), Municipality) and the Ministry of Public Health (Subdistrict Health Promotion Hospital)*. https://www.uckkpho.com/download/3784/#google_vignette (in Thai)
- Prutipinyo, C. (2017). *Local government and sanitation, public health and the environment*. Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University. <https://phad.ph.mahidol.ac.th/research/Book/2560/4local%20government.pdf> (in Thai)
- Sri-ngernyuang, L., Siriwan, P., Wongjinda, S., & Chuenchom, S. (2013). *Health center devolution: Lesson learned and policy implications*. Department of Society and Health Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University.
- Sriratanaban, J., Singweratham, N., Komwong, D., Sensai, S., Watchareeboon, T., Saisum, B., Maneechay, M., Pattarateerakun, N., Siewchaisakal, P., & Kaewpijit, U. (2023). *Assessment of population health impacts subsequent to the transfer of Tambon health promoting hospitals (THPH) to the provincial administrative organizations (PAOs) in the fiscal year 2566: Phase 1 warning signs on potential health impacts*. Health Service System Development Research Center, Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5951> (in Thai)
- Taptagaporn, S., Wattanasoei, S., Longkul, J., Ivanovitch, K., & Mongkolsomlit, S. (2023). *People's perspectives and expectations on devolution of health promoting hospital to local administration organization*. Faculty of Public Health Thammasat University. Health Systems Research Institute. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5929> (in Thai)



Quality of Primary Health Care Services Provided by Health Personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals after the Transfer of Responsibilities to the Kalasin Provincial Administrative Organization*

คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์*

Teerasak	Poojomjae**	ธีรศักดิ์	ภูจอมแจ้**
Arunnee	Jaitieng***	อรุณณี	ใจเที่ยง***
Lukawee	Piyabanditkul****	ลัทธิวี	ปิยะบัณฑิตกุล****

Abstract

The transfer of sub-district health promoting hospitals to provincial administrative organizations represents a decentralization of power to local levels, and this has impacted the delivery of services to local populations. This study aimed to examine the quality of primary health care services provided by health personnel in sub-district health promotion hospitals after the transfer of responsibilities to the Kalasin Provincial Administrative Organization. The study was conducted with the entire population of 206 health personnel in 51 sub-district health promoting hospitals. Data were collected using a questionnaire developed by the researchers which applied Donabedian's framework for quality assessment, comprising three sections: 1) personal characteristics, 2) service quality in three domains—structure, process, and outcomes related to staff satisfaction with their own performance, and 3) opinions and suggestions for service quality improvement. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, median, mean, and range. Data from comments and suggestions for service quality improvement were summarized by categorizing and tabulating frequencies.

The results indicated that, after the transfer of responsibilities to the Kalasin Provincial Administrative Organization, overall service quality among health personnel in sub-district health promotion hospitals was rated highly ($M = 3.73$, $SD = .43$). Specifically, the process domain was rated high ($M = 3.88$, $SD = .59$), structural quality was moderate ($M = 3.58$, $SD = .47$), and the outcome domain, measured as staff satisfaction with their own performance, was also high ($M = 3.86$, $SD = .47$).

The findings of this study can serve as a baseline for relevant organizations in providing services and planning service quality improvements for sub-district health promotion hospitals. Recommendations include enhancing structural aspects and developing personnel capacity.

Keywords: Primary care services; Quality; Sub-district health promoting hospital; Transferring

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Graduate student of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University; e-mail: arunja@kku.ac.th

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

Received 7 January 2025; Revised 4 June 2025; Accepted 6 June 2025



Quality of Primary Health Care Services Provided by Health Personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals after the Transfer of Responsibilities to the Kalasin Provincial Administrative Organization

คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นที่มีผลต่อการส่งมอบบริการให้แก่ประชาชนในท้องถิ่น การวิจัยนี้มุ่งศึกษาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษาในประชากรทั้งหมด ที่เป็นบุคลากรสุขภาพจำนวน 206 คน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 51 แห่ง รวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดประเมินคุณภาพของ โดนาปีเตียน ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล 2) คุณภาพบริการ 3 ด้าน คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ได้แก่ ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการปฏิบัติงานของตนเอง และ 3) ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย สำหรับข้อมูลจากข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ สรุปโดยการจัดกลุ่ม และแจกแจงความถี่

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ คุณภาพบริการโดยรวมของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับมาก ($M = 3.73, SD = .43$) จำแนกเป็นด้านกระบวนการอยู่ในระดับมาก ($M = 3.88, SD = .59$) ด้านโครงสร้างอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.58, SD = .47$) และด้านผลลัพธ์ ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($M = 3.86, SD = .47$)

ผลการวิจัยนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการ วางแผนพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโครงสร้าง และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

คำสำคัญ: สุขภาพปฐมภูมิ คุณภาพบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การถ่ายโอน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น e-mail: arunja@kku.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วันที่รับบทความ 7 มกราคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 4 มิถุนายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 6 มิถุนายน 2568



Quality of Primary Health Care Services Provided by Health Personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals after the Transfer of Responsibilities to the Kalasin Provincial Administrative Organization

คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นการปฏิรูปบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย โดยการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นที่มีผลต่อการส่งมอบบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน เดิม รพ.สต. เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้หน่วยบริการประจำ หรือคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (Pinyopornpanich et al., 2022)

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ข้อมูล ณ ตุลาคม 2565 พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 3,264 แห่ง ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดใน 49 จังหวัด จังหวัดกาฬสินธุ์มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 156 แห่ง ถ่ายโอน 51 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 32.69 มีจำนวน 2 แห่ง ที่ถ่ายโอนเฉพาะสถานที่ บุคลากรไม่ได้ถ่ายโอน และอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานบางแห่งไม่เท่าจำนวนที่ให้บริการอยู่เดิม มีจำนวนลดลง (Health Systems Research Institute, 2023) ภายหลังจากการถ่ายโอนมีการเฝ้าระวังผลกระทบต่อประชาชน การควบคุมมาตรฐาน และระบบประกันคุณภาพตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (Bureau of Primary Health Care Support [BPHCS], 2023)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนการถ่ายโอนพบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณเป็นปัญหาด้านโครงสร้างอยู่เดิม หลังการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข สภาพปัญหาพื้นที่ที่ถ่ายโอนไปแล้ว ยังพบปัญหาเชิงโครงสร้างองค์กร และโครงสร้างพื้นฐาน ประกอบด้วย ระบบบริหารงานบุคคล รพ.สต. บางแห่งไม่มีบุคลากรถ่ายโอนไปด้วย บางแห่งมีบุคลากรที่ถ่ายโอนไปเพียง 1-2 คน มีจำนวนที่ลดลง ส่งผลให้มีบางบริการที่ไม่ได้ดำเนินการต่อ งบประมาณไม่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับขนาดจำนวนบุคลากร ต้นทุนต่อหน่วยในแต่ละกิจกรรมที่ให้บริการมีการจัดสรรที่น้อยกว่า รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ (Chareonrungrueangchai et al., 2023) การอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อให้ส่งผลกระทบต่อประชาชนน้อยที่สุด ให้ได้รับประโยชน์สูงสุด เข้าถึงบริการมากขึ้น ตอบโจทย์สอดคล้องตามบริบทความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ บนพื้นฐานคุณภาพในการให้บริการ (Quality) และความปลอดภัย (Safety) (Determining Plans and Process of Decentralization to Local Government Organization Act, 1999)

คุณภาพบริการ (Quality service) เป็นสิ่งสำคัญของสถานพยาบาล ที่สร้างความเชื่อมั่น ความปลอดภัย ความพึงพอใจให้กับผู้ที่มารับบริการ เป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้วัดระดับการบริการ (Sithongsay, 2019) การพัฒนาหรือการปรับปรุงระบบบริการให้มีคุณภาพ เป็นการสร้างประโยชน์ให้กับผู้ที่มารับบริการ การประเมินคุณภาพตามกรอบแนวคิดของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) เป็นการประเมินคุณภาพ 3 องค์ประกอบ ที่สัมพันธ์กัน คือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ซึ่งด้านโครงสร้าง หมายถึง ลักษณะของปัจจัยหรือสิ่งสนับสนุนการดำเนินงานที่อยู่ภายใต้องค์กรในระบบการดูแล ได้แก่ ทรัพยากรเครื่องมือ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวก วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ ทรัพยากรบุคคล ด้านกระบวนการ หมายถึง รูปแบบ ขั้นตอนกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ รวมเทคนิคบริการ การให้ความรู้ การส่งเสริมการดูแลตนเอง และด้านผลลัพธ์ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งจากผู้รับบริการผู้ให้บริการ และความพึงพอใจ



Quality of Primary Health Care Services Provided by Health Personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals after the Transfer of Responsibilities to the Kalasin Provincial Administrative Organization

คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการถ่ายโอน รพ.สต. มีหลายมิติในการศึกษา ทั้งด้านการเตรียมความพร้อม รูปแบบการถ่ายโอน และการติดตามสถานการณ์ระหว่างและหลังการถ่ายโอนพบว่า การถ่ายโอนมีความท้าทายหลายประการ ได้แก่ มิติด้านกำลังคน การควบคุมคุณภาพ การดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพ มิติด้านการเงินการคลัง การจัดสรรงบประมาณมิติด้านยา และเวชภัณฑ์ที่เดิมถูกบริหารจัดการแบบโรงพยาบาลแม่ข่าย (Chotchoungchatchai et al., 2022) ผลการประเมินภาพรวมของระบบบริการปฐมภูมิหลังการถ่ายโอน การเปรียบเทียบการบริการระหว่างก่อนและหลังถ่ายโอนพบว่า ส่วนใหญ่ยังคงเหมือนเดิมกับก่อนการถ่ายโอน (Tumkosit et al., 2024)

จากปรากฏการณ์และการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังมีช่องว่างของการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพบริการภายหลังการถ่ายโอน การควบคุมคุณภาพบริการ ปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการ ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการปฏิบัติงานหลังการเปลี่ยนโครงสร้างบริหาร ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีบทบาทหน้าที่ในการควบคุม ติดตามคุณภาพบริการตามมาตรฐานการสาธารณสุขทุกระดับ และตามแนวคิดการประเมินคุณภาพบริการของโดนาปีเดียน 3 องค์ประกอบ ที่ใช้ในการประเมินโครงสร้างที่มีการเปลี่ยนแปลงด้วยระยะเวลาภายหลัง 1 ปี ของการถ่ายโอน บุคลากรที่ถ่ายโอนยังให้บริการคล้ายเดิม ประชาชนในพื้นที่ยังไม่เห็นความต่างของการบริการ ผลกระทบบริการบางส่วนอาจใช้ช่วงระยะเวลาหนึ่งจึงจะเห็นต่อสุขภาพของประชาชน จึงยังไม่ได้ศึกษาถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้รับบริการที่ต่างกัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพบริการ 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ความพึงพอใจของบุคลากรสุขภาพต่อการปฏิบัติงานของตนเองหลังการถ่ายโอน เพื่อได้ชุดข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ วางแผน ออกแบบ และพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิใน รพ.สต.

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการปฏิบัติงานของตนเอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพบริการของ โดนาปีเดียน (Donabedian, 2003) และการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งโดนาปีเดียน ได้กล่าวถึงการบ่งชี้คุณภาพว่าสามารถประเมินได้จากมาตรฐาน 3 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วยโครงสร้างองค์กร ทรัพยากรบุคคล สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ทางการแพทย์ และงบประมาณ 2) ด้านกระบวนการ ประกอบด้วยขั้นตอนการให้บริการ การให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ และ 3) ด้านผลลัพธ์ ความพึงพอใจของบุคลากรสุขภาพต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง ผลลัพธ์ของระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในมิติของการให้บริการที่ครอบคลุม เข้าถึงได้ง่าย มีความต่อเนื่อง ปลอดภัย เท่าเทียม มีประสิทธิภาพตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)



Quality of Primary Health Care Services Provided by Health Personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals after the Transfer of Responsibilities to the Kalasin Provincial Administrative Organization

คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากร

ศึกษาในประชากรทั้งหมด ได้แก่ บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ 51 แห่ง จำนวน 230 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี ประเภทของบุคลากรสุขภาพมีหลายประเภทที่มีบทบาทต่างกัน ได้แก่ ผอ. รพ.สต. นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานธุรการ แพทย์แผนไทย และพนักงานแผนไทย สมัครใจและยินดีเข้าร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถามคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผู้วิจัยพัฒนาโดยประยุกต์จากแนวคิดการประเมินคุณภาพบริการสุขภาพของโดนาปีเตียน ประเมิน 3 องค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ที่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทาง ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ตำแหน่งในหน่วยงาน ตำแหน่งปัจจุบัน งานหลักที่รับผิดชอบ รายได้ โรคประจำตัว การพัฒนาศักยภาพที่ได้เข้าร่วมหลังการถ่ายโอน จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ แบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง ดี และดีมาก กำหนดคะแนน 1-5 คะแนน จำนวน 85 ข้อ ตามองค์ประกอบ ดังนี้

ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย โครงสร้างองค์กร จำนวน 3 ข้อ ทรัพยากรบุคคล จำนวน 6 ข้อ สวัสดิการ จำนวน 2 ข้อ สิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 15 ข้อ อุปกรณ์ทางการแพทย์ จำนวน 3 ข้อ และงบประมาณ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 33 ข้อ

ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย ขั้นตอนการให้บริการ จำนวน 6 ข้อ และการให้บริการของบุคลากรที่ให้บริการ จำนวน 11 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 17 ข้อ

ด้านผลลัพธ์ ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ประสบการณ์ในการให้บริการ จำนวน 5 ข้อ นโยบายผู้บังคับบัญชา จำนวน 6 ข้อ งานที่ได้รับมอบหมาย ความสำเร็จและความก้าวหน้า จำนวน 6 ข้อ ความมั่นคงในงาน การมีคุณค่าในงาน จำนวน 4 ข้อ ด้านสวัสดิการค่าตอบแทน จำนวน 4 ข้อ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน จำนวน 3 ข้อ และสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน จำนวน 6 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 35 ข้อ

การแปลผลคะแนนแบบสอบถามคุณภาพบริการ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการปฏิบัติงานของตนเอง แปลผลจากค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวม และแต่ละหมวด โดยมีคะแนนเต็ม 5 คะแนน และกำหนดการแปลผลระดับใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง คุณภาพบริการระดับน้อย/ความพึงพอใจน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง คุณภาพบริการระดับปานกลาง/ความพึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง คุณภาพบริการระดับมาก/ความพึงพอใจมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ เป็นคำถามปลายเปิด ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการให้บริการ และด้านผลลัพธ์ ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการปฏิบัติงาน แบบสอบถามนี้ผู้ตอบสามารถให้ข้อเสนอแนะในแต่ละด้านได้มากกว่า 1 เรื่อง



Quality of Primary Health Care Services Provided by Health Personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals after the Transfer of Responsibilities to the Kalasin Provincial Administrative Organization

คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา รายข้อ (I-CVI) 0.80-1.00 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) 0.99 ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น โดยได้นำไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่น คือ บุคลากร ใน รพ.สต. ถ่ายโอน องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น โดยได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลข HE 662310 ลงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 ภายหลังจากการรับรองและได้รับอนุญาตจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ ผอ. รพ.สต. ให้ดำเนินการศึกษาได้ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ชี้แจงให้ทราบถึงการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติงาน และสวัสดิการที่ได้รับ ส่วนการขอคำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เป็นการยินยอมเข้าร่วมวิจัยทั้งแบบให้ลงนามในใบยินยอม และแบบออนไลน์ ไม่มีการเขียนชื่อผู้ตอบในแบบสอบถาม รักษาความลับโดยการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยไม่เผยแพร่ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ส่งถึงนายองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 51 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของแบบสอบถาม ขออนุญาตเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง เข้าพื้นที่ และเก็บข้อมูลในการวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยประสานกับผู้ประสานงานวิจัยองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้อำนวยการ รพ.สต. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และเดินทางไปพบด้วยตนเอง

3. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูล 2 แบบ ได้แก่

3.1 การนำแบบสอบถามไปให้อาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลตอบด้วยตนเองที่ รพ.สต. ที่มีระยะทางน้อยกว่า 50 กิโลเมตร จากตัวจังหวัด มี 6 อำเภอ ได้แก่ เมืองกาฬสินธุ์ กมลาไสย ฆ้องชัย ยางตลาด สามชัย และสหัสขันธ์ ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครบอกวัตถุประสงค์ รายละเอียดด้วยตนเอง ให้อิสระในการตัดสินใจ แจกแบบสอบถามเมื่ออาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งจุดตั้งกล่องที่รับแบบสอบถามคืนไว้ในจุดที่ผู้วิจัยประสานจัดเตรียมไว้

3.2 การส่งแบบสอบถามแบบออนไลน์ สำหรับอาสาสมัคร ที่ รพ.สต. มีระยะทางมากกว่า 50 กิโลเมตร จากตัวจังหวัด มี 8 อำเภอ ได้แก่ ห้วยผึ้ง คำม่วง เขาวง สามชัย นามน กุฉินารายณ์ หนองกุงศรี และสมเด็จ ผู้วิจัยส่งเอกสารทางไปรษณีย์แนบแผ่นประชาสัมพันธ์ ซึ่งแสดงข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย QR Code ที่จะเข้าถึงแบบสอบถามออนไลน์ผ่านกุ๊กเกิ้ลฟอร์ม พร้อมทั้งระบุที่อยู่และช่องทางการติดต่อผู้วิจัยโดยตรงเมื่อเกิดข้อสงสัย

4. เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของข้อมูลในแบบบันทึก หาค่าผิดปกติ ตรวจสอบค่าที่หายไป และนำแบบสอบถามที่ครบสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์



Quality of Primary Health Care Services Provided by Health Personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals after the Transfer of Responsibilities to the Kalasin Provincial Administrative Organization

คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลคุณภาพบริการด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ความพึงพอใจของบุคลากร วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่ามัธยฐาน พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. สรุปข้อมูลข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้ตอบแบบสอบถามโดยการจัดกลุ่มและแจกแจงตามความถี่

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มประชากร 230 ชุด ระหว่างเดือน มีนาคม 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567 ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนมาทั้งสิ้น 206 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 89.56 อัตราการสูญเสียแบบสอบถาม คิดเป็นร้อยละ 10.44 แบ่งเป็น 1) การแจกแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 14 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 6.09 และ 2) แบบออนไลน์จำนวน 10 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 4.35 ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรสุขภาพ รพ.สต. จำนวน 206 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 150 คน (ร้อยละ 72.9) ช่วงอายุที่มีความถี่มากที่สุด ช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 62 คน (ร้อยละ 30.1) ค่ามัธยฐาน 45 ปี อายุสูงสุด 60 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส/คู่ จำนวน 134 คน (ร้อยละ 65) สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 148 คน (ร้อยละ 71.8) เป็นข้าราชการ จำนวน 153 คน (ร้อยละ 74.3) รายได้ต่อเดือน อยู่ในช่วงมากกว่า 45,000 บาท จำนวน 71 คน (ร้อยละ 34.50) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานใน รพ.สต. 6-10 ปี จำนวน 47 คน (ร้อยละ 22.8) เฉลี่ย 14.67 ปี มีประสบการณ์มากที่สุด 39 ปี และประสบการณ์น้อยที่สุด 1 ปี บุคลากรส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 173 คน (ร้อยละ 84) เคยผ่านการอบรมเฉพาะทางก่อนการถ่ายโอน จำนวน 166 คน (ร้อยละ 80.60) และการได้รับการพัฒนาศักยภาพภายหลังการถ่ายโอน จำนวน 131 คน (ร้อยละ 63.60)

ส่วนที่ 2 คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ คุณภาพบริการโดยรวมของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับมาก ($M = 3.73, SD = .43$) จำแนกเป็นคุณภาพบริการสุขภาพด้านโครงสร้างอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.58, SD = .47$) ด้านกระบวนการอยู่ในระดับมาก ($M = 3.88, SD = .59$) และด้านผลลัพธ์ ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($M = 3.86, SD = .47$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าคะแนน พิสัย มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพบริการของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำแนกตามคุณภาพบริการรายด้าน และโดยรวม

คุณภาพบริการ รพ.สต.	ค่าคะแนนของแบบวัด		Median	Mean	SD	ระดับคุณภาพ
	คะแนนเต็ม	Range				
คุณภาพโดยรวม	1 - 5	2.74 - 4.94	3.75	3.73	.43	มาก
- โครงสร้าง	1 - 5	2.70 - 5	3.51	3.58	.47	ปานกลาง
- กระบวนการ	1 - 5	2.35 - 5	4	3.88	.59	มาก
- ผลลัพธ์ความพึงพอใจ	1 - 5	2.54 - 5	3.97	3.86	.47	มาก



Quality of Primary Health Care Services Provided by Health Personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals after the Transfer of Responsibilities to the Kalasin Provincial Administrative Organization

คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

2.1 คุณภาพบริการสุขภาพด้านโครงสร้าง

คุณภาพบริการสุขภาพด้านโครงสร้างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.58, SD = .47$) ด้านโครงสร้างองค์กรอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านงบประมาณ สิ่งแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านสวัสดิการ และด้านอุปกรณ์การแพทย์มีคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าคะแนน พิสัย มัชฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพบริการของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำแนกตามคุณภาพบริการรายด้านโครงสร้าง และโดยรวม

ด้านโครงสร้าง รพ.สต.	ค่าคะแนนของแบบวัด		Median	Mean	SD	ระดับคุณภาพ
	คะแนนเต็ม	Range				
โครงสร้างโดยรวม	1 - 5	2.70 - 5	3.51	3.58	.47	ปานกลาง
- โครงสร้างองค์กร	1 - 5	2.00 - 5	4	3.84	.54	มาก
- ทรัพยากรบุคคล	1 - 5	2.00 - 5	3.67	3.58	.53	ปานกลาง
- สวัสดิการ	1 - 5	1.00 - 5	3	3.37	.74	ปานกลาง
- สิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก	1 - 5	2.40 - 5	3.56	3.61	.58	ปานกลาง
การแพทย์						
- อุปกรณ์ทางการแพทย์	1 - 5	1.00 - 5	3	3.18	.86	ปานกลาง
- งบประมาณ	1 - 5	2.00 - 5	3.75	3.66	.60	ปานกลาง

เมื่อพิจารณารายข้อย่อยของแต่ละด้าน พบประเด็นสำคัญ ดังนี้

ด้านโครงสร้างองค์กร มีการกำหนดโครงสร้างการหมุนเวียนบุคลากรบางวิชาชีพเพื่อปฏิบัติงานตามภารกิจอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.50, SD = .81$) ด้านทรัพยากรบุคคล รพ.สต. มีจำนวนเจ้าหน้าที่ให้บริการเพียงพออยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.89, SD = .99$) ด้านสวัสดิการที่ได้รับจาก อบจ. เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.33, SD = .75$) ด้านสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก มีความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.58, SD = .47$) ด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีอุปกรณ์สำหรับการรักษาแพทย์ทางไกลในการรักษาพยาบาลตลอดเวลาอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.01, SD = 1.08$) ด้านงบประมาณ การจัดสรรงบประมาณ ด้านการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิที่เหมาะสมเพียงพอ และการจัดสรรงบประมาณด้านการพัฒนาโครงสร้าง อาคาร สถานที่ที่เหมาะสม เพียงพอ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.55, SD = .68$)

2.2 คุณภาพบริการสุขภาพด้านกระบวนการ

คุณภาพด้านกระบวนการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.88, SD = .59$) และเมื่อพิจารณารายด้านของกระบวนการพบว่า ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่บุคลากรที่ให้บริการ และด้านขั้นตอนให้บริการมีระดับคุณภาพอยู่ในระดับมาก ($M = 3.96, SD = .64$), ($M = 3.75, SD = .62$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3



Quality of Primary Health Care Services Provided by Health Personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals after the Transfer of Responsibilities to the Kalasin Provincial Administrative Organization

คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 3 ค่าคะแนน พิสัย มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพบริการของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำแนกตามคุณภาพบริการรายด้านกระบวนการ และโดยรวม

ด้านกระบวนการบริการ รพ.สต.	ค่าคะแนนของแบบวัด		Median	Mean	SD	ผลระดับ คุณภาพ
	คะแนนเต็ม	Range				
กระบวนการโดยรวม	1 - 5	2.35 - 5	4	3.88	.59	มาก
- ขั้นตอนการให้บริการ	1 - 5	2.00 - 5	4	3.75	.62	มาก
- การให้บริการของ เจ้าหน้าที่/บุคลากร	1 - 5	2.00 - 5	4	3.96	.64	มาก

2.3 คุณภาพบริการสุขภาพด้านผลลัพธ์ ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการปฏิบัติงาน

คุณภาพบริการสุขภาพด้านผลลัพธ์ ความพึงพอใจของบุคลากรสุขภาพต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.86, SD = .47$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านสวัสดิการค่าตอบแทนมีความพึงพอใจระดับปานกลาง ($M = 3.54, SD = .64$) ส่วนความพึงพอใจด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน งานที่ได้รับมอบหมาย นโยบายของผู้บังคับบัญชาความมั่นคงในงาน สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าคะแนน พิสัย มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพบริการของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำแนกตามคุณภาพบริการรายข้อด้านความพึงพอใจของบุคลากร และโดยรวม

ด้านผลลัพธ์ ความพึงพอใจของ บุคลากร	ค่าคะแนนแบบวัด		Median	Mean	SD	ความพึง พอใจ
	คะแนน	Range				
ความพึงพอใจโดยรวม	1 - 5	2.54 - 5	3.97	3.86	.47	มาก
- ประสิทธิภาพในการให้บริการ	1 - 5	2.00 - 5	4	4.11	.68	มาก
- นโยบายของผู้บังคับบัญชา	1 - 5	2.00 - 5	4	3.91	.58	มาก
- งานที่ได้รับมอบหมายความสำเร็จ และความก้าวหน้า	1 - 5	2.33 - 5	4	3.93	.53	มาก
- ความมั่นคงและคุณค่าในงาน	1 - 5	1.75 - 5	4	3.82	.60	มาก
- สวัสดิการ ค่าตอบแทน	1 - 5	1.50 - 5	3.75	3.54	.64	ปานกลาง
- ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	1 - 5	2.00 - 5	4	3.98	.61	มาก
- สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน	1 - 5	2.00 - 5	3.83	3.68	.58	มาก

ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการโดยภาพรวมจากแบบสอบถาม ทั้งหมด 206 ฉบับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ ทั้งหมด 177 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 85.92 ผู้วิจัยได้สรุปข้อมูลข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยการจัดกลุ่มและแจกแจงตามความถี่ ดังตารางที่ 5



Quality of Primary Health Care Services Provided by Health Personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals after the Transfer of Responsibilities to the Kalasin Provincial Administrative Organization
 คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของข้อคิดเห็นของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพบริการ (N = 177)

ข้อเสนอแนะการพัฒนา	จำนวน	ร้อยละ
ด้านโครงสร้าง		
ปรับปรุงอาคาร สถานที่ เพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวก	122	68.92
เพิ่มบุคลากร	24	13.55
เพิ่มอุปกรณ์ทางการแพทย์	20	11.29
เพิ่มความปลอดภัย	10	5.64
เพิ่มเทคโนโลยีทันสมัยระบบการปรึกษาแพทย์ทางไกล	9	5.08
ด้านกระบวนการ		
เพิ่มศักยภาพบุคลากร	50	28.24
ปรับขั้นตอนการให้บริการ	47	26.55
เพิ่มบริการเชิงรุกในชุมชน	34	19.20
เพิ่มเทคโนโลยี และการให้บริการด้วยระบบการปรึกษาแพทย์ทางไกล	26	14.68
ด้านความพึงพอใจของบุคลากรต่อการปฏิบัติงาน		
เพิ่มสวัสดิการ ค่าตอบแทน	74	41.80
เพิ่มความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน	54	30.50
เพิ่มอุปกรณ์เครื่องมือและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อคนทำงาน	50	28.24

หมายเหตุ แบบสอบถามเป็นคำถามปลายเปิด ผู้ตอบสามารถตอบในแต่ละด้านได้มากกว่า 1 เรื่อง

การอภิปรายผล

คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของบุคลากรสุขภาพใน รพ.สต.

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านโครงสร้างอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.58, SD = .47) ด้านกระบวนการอยู่ในระดับมาก (M = 3.88, SD = .59) และด้านผลลัพธ์ ความพึงพอใจของบุคลากรอยู่ในระดับมาก (M = 3.86, SD = .47) จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ โดยใช้แนวคิดโดนา-บีเดียน (Donabedian, 2003) ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณภาพบริการสุขภาพด้านโครงสร้าง

คุณภาพบริการสุขภาพด้านโครงสร้างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.58, SD = .47) และเมื่อพิจารณาด้านโครงสร้างรายข้อย่อย พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ การหมุนเวียนบุคลากรเพื่อปฏิบัติงาน จำนวนเจ้าหน้าที่ให้บริการ สวัสดิการที่ได้รับ ความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการ สิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ทางการแพทย์ อุปกรณ์ที่ใช้ดำเนินการให้การปรึกษาแพทย์ทางไกล และการจัดสรรงบประมาณ มีคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง และจากข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ ด้านโครงสร้างมีข้อเสนอแนะให้ ปรับปรุงอาคาร สถานที่ เพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวก ร้อยละ 68.92 เพิ่มบุคลากร ร้อยละ 13.55 เพิ่มอุปกรณ์ทางการแพทย์ ร้อยละ 11.29 เพิ่มความปลอดภัย ร้อยละ 5.64 และเพิ่มเทคโนโลยีทันสมัยระบบการปรึกษาแพทย์ทางไกล ร้อยละ 5.08 ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถอภิปรายตามแนวคิดของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ได้ว่า ลักษณะของปัจจัยหรือสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรเครื่องมือมีอิทธิพลต่อกระบวนการให้บริการ คุณภาพบริการที่คืนนั้นจะต้องมีจำนวนบุคลากร อุปกรณ์การแพทย์ใน



Quality of Primary Health Care Services Provided by Health Personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals after the Transfer of Responsibilities to the Kalasin Provincial Administrative Organization

คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

การให้บริการ สวัสดิการ และความปลอดภัยของผู้ให้บริการที่ดี มีเพียงพอ ดังนั้น หากโครงสร้างบุคลากร เครื่องมือทางการแพทย์ เทคโนโลยีทันสมัยในการสนับสนุนระบบการปรึกษาแพทย์ทางไกล และงบประมาณยังไม่เพียงพอ จึงส่งผลให้คุณภาพบริการสุขภาพด้านโครงสร้างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จิระพร ชะโน และคณะ (Chano et al., 2023) ที่ศึกษาข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดความสัมพันธ์เชิงระบบในการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด พบว่า กำลังคนด้านสุขภาพมีความขาดแคลนไม่เป็นไปตามกรอบอัตรากำลังที่กำหนดไว้ตามขนาด รพ.สต. S M L จึงมีความจำเป็นต้องการบริหารจัดการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพเพื่ออภิบาลระบบ และพัฒนาคุณภาพบริการให้ดีขึ้น

ส่วนที่ 2 คุณภาพบริการสุขภาพด้านกระบวนการ

คุณภาพบริการสุขภาพด้านกระบวนการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.88$, $SD = .59$) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่บุคลากรที่ให้บริการ และด้านขั้นตอนให้บริการ มีคุณภาพอยู่ในระดับมาก ผลการศึกษากฎหมายได้ว่า การที่คุณภาพบริการสุขภาพด้านกระบวนการอยู่ในระดับมาก เนื่องจากบุคลากรสุขภาพที่ถ่ายโอนยังคงปฏิบัติงานในพื้นที่เดิม และได้รับการพัฒนาศักยภาพภายหลังการถ่ายโอนมายัง อบจ.กาฬสินธุ์ มีภาคีเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นที่ปรึกษาในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ งานบริการสุขภาพในภาพรวมของการบริการเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยได้รับการดูแลตามมาตรฐานไม่ต่างจากเดิม และมีการดูแลสุขภาพแบบพึ่งพาตนเองมากขึ้น เน้นตามหลักการสร้างนำซ่อม นอกจากนี้ยังได้รับงบประมาณผ่านกลไกขับเคลื่อน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยทาง CUP เป็นผู้จัดสรรยาและเวชภัณฑ์เวชภัณฑ์ เช่นเดิม ผลการศึกษาค้นคว้านี้แตกต่างไปจากการศึกษาวิจัยของ ไชยพัทธ์ ภูริชัยวรนนท์ (Phurichaivoranant, 2023) ที่ศึกษาปรากฏการณ์หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในระยะแรก: กรณีศึกษาจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ด้านคุณภาพในการให้บริการก่อนการถ่ายโอนมีคะแนนอยู่ในระดับมาก หลังการถ่ายโอนมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากการให้บริการของเจ้าหน้าที่มีข้อจำกัดในการรักษาพยาบาล การประสานงานยังไม่มีชัดเจน ส่งผลต่อความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่มีค่าเฉลี่ยลดลงจากก่อนการถ่ายโอน

ส่วนที่ 3 คุณภาพบริการสุขภาพด้านผลลัพธ์ ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการปฏิบัติงาน

คุณภาพบริการด้านผลลัพธ์ ความพึงพอใจโดยภาพรวมของบุคลากรต่อการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($M = 3.86$, $SD = .47$) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ด้านประสบการณ์ในการให้บริการ งานที่ได้รับมอบหมาย ความสำเร็จและความก้าวหน้า ความมั่นคงและคุณค่าในงาน นโยบายของผู้บังคับบัญชา และความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านสวัสดิการ ค่าตอบแทนพบว่า ค่าเฉลี่ยน้อยกว่าข้ออื่น ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิด โดนาบิเดียน (Donabedian, 2003) ได้ว่า คุณภาพบริการด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์ ล้วนส่งผลต่อกัน การศึกษาครั้งนี้ บุคลากรสุขภาพใน รพ.สต. ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 74.3 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วงมากกว่า 45,000 บาท มีประสบการณ์ปฏิบัติงานใน รพ.สต. เฉลี่ย 14.67 ปี ได้รับการพัฒนาศักยภาพภายหลังการถ่ายโอน บุคลากรสุขภาพมีความพึงพอใจกับความมั่นคงในงาน รายได้ มีความพึงพอใจในนโยบายของผู้บังคับบัญชา งานที่ได้รับมอบหมาย ตลอดจนความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน จึงทำให้กระบวนการทำงาน การให้บริการอยู่ในระดับดี มีผลให้คุณภาพบริการดีไปด้วย อย่างไรก็ตามมีข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากบุคลากรสุขภาพในการเพิ่มสวัสดิการ ค่าตอบแทน อุปกรณ์เครื่องมือและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อคนทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมินตรา รวงผึ้ง และคณะ (Ruangpung et al., 2022) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิเขตบริการสุขภาพที่ 4 พบว่า



Quality of Primary Health Care Services Provided by Health Personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals after the Transfer of Responsibilities to the Kalasin Provincial Administrative Organization
คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

ร้อยละ 70 พอใจในการปฏิบัติงานโดยรวมในระดับมาก และในรายด้านพบว่า การมีคุณค่าในการปฏิบัติงาน งานที่ได้รับมอบหมาย ความสำเร็จ และความก้าวหน้าในงาน และสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ส่วนความพึงพอใจต่อสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงาน และสวัสดิการอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพด้านโครงสร้าง เช่น พิจารณาการวางแผน อัตรากำลังบุคลากรทั้งระยะสั้น ในการหมุนเวียนช่วยบริการในเครือข่าย และระยะยาวในการวางแผนบรรจุ แต่งตั้ง สรรหา หรือจ้างพนักงานให้บริการในบางแห่งที่ขาดแคลนวิชาชีพ

2. ผู้บริหารสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เช่น การอบรม ประชุมวิชาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญในการให้บริการ พิจารณาวางแผน ส่งเสริมสนับสนุนงบประมาณแก่บุคลากร

3. ผู้บริหารสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดสวัสดิการ เช่น ที่พักอาศัย ค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน สร้างสิ่งแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวก สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอพร้อมใช้ และให้มีระบบการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางทางไกลในการรักษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ครอบคลุมทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้บริหาร ในหลายมุมมอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือสามารถนำไปสู่การพัฒนานโยบายที่มีประสิทธิภาพได้มากขึ้น

References

- Best, J. W. (1977). *Research in education*. Prentice Hall.
- Bureau of Primary Health Care Support, Ministry of Public Health. (2023). *Quality standards manual for primary health care services 2023: Revised edition for health region offices 1-12*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Chano, J., Seehamongkon, Y., Promarak, T., Chano, S., Chanabut, W., Samerjai, A., Tiengtrong, P., & Tungtawee, C. (2023). *Policy recommendation for organizing systematic relations in transferring sub-district health promoting hospitals to provincial administrative organizations from school transfer lessons learned*. Health Systems Research Institute. <https://shorturl.asia/qSb8h> (in Thai)
- Chareonrungueangchai, K., Ekakkararungroj, C., Rachatan, C., Pratumsumwan, S., Saeraneesophon, T., Kittibovorndit, N., & Teerawattananon, Y. (2023). *A study on the sufficiency of resources and budget of sub-district health promoting hospitals to make policy recommendations in sustainable local transfer (Research report)*. Health Intervention and Technology Assessment Program Foundation. <https://shorturl.asia/JKOPW> (in Thai)



Quality of Primary Health Care Services Provided by Health Personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals after the Transfer of Responsibilities to the Kalasin Provincial Administrative Organization
คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

- Chotchoungchatchai, S., Markchang, K., Uansri, S., Tanomsridachchai, W., Pattanasiri, T., Ittiphisit, S., Tangcharoensathien, V., & Patcharanarumol, W. (2022). *Process of situation reviewing and health policy and system research providing: The case of transferring sub-district health promoting hospitals to provincial administrative organizations*. Health Systems Research Institute. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5864> (in Thai)
- Determining Plans and Process of Decentralization to Local Government Organization Act, B.E. 2542. (1999). *Government Gazette*, 116(114A), 48-66. <https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2542/A/114/48.PDF> (in Thai)
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care* (R. Bashshur, Ed.). Oxford University Press.
- Health Systems Research Institute. (2023). *Dashboard mission transfer teaching hospital SAT*. <https://hsiu.hsri.or.th> (in Thai)
- Phurichaivoranant, C. (2023). Phenomenon after the first phase of the transfer of sub district health promoting hospital to provincial administrative organizations: Kanchanaburi case study. *Kanchanaburi Medical Journal*, 11(31), 70-83. <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/PPHJ/article/view/982/469> (in Thai)
- Pinyopornpanich, B., Suchatsoonthorn, C., & Ruangrattanatrai, W. (2022). The national public health reforms and the challenges of primary care service systems. *Disease Control Journal*, 48(3), 667-679. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/250978/174714> (in Thai)
- Ruangpung, M., Kraithaworn, P., & Kittippimpanon, K. (2022). Factors related to job satisfaction among nurses in primary care units of service health region 4. *Journal of Nursing Science Christian University of Thailand*, 9(2), 1-18. (in Thai)
- Sithongsay, K. (2019). The satisfaction of public health service. *Journal of Roi Kaensam Academy*, 4(2), 34-49. (in Thai)
- Tumkosit, U., Patamasiriwat, D., Meemak, W., Punnitamai, W., Thammakoranonta, N., Mahakanjana, C., Renliang, L., Temchavala, P., Teungfung, R., Chuayprakong, P., Phromphan, S., Huvanandana, G., Choksettakij, W., Jungtrakul, S., Sarakarn, A., Sriurang, J., & Ladbuakhao, S. (2024). *The policy evaluative research project on the transference of Tambol-Promotion-Hospitals to Provincial Administration Organization: Summary report*. Health Systems Research Institute (HSRI). <https://nida.ac.th/research/the-policy-evaluative-research-project/> (in Thai)



Effects of a Family Caregivers Empowerment Program on Rehabilitation Practices
in Intermediate Patients with Mobility Impairment in a Community*
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ
ในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน*

Arthitaya	Chalongchaisit**	อาทิตยา	ฉลองชัยสิทธิ์**
Rangsiya	Narin***	รังสิยา	นารินทร์***
Sivaporn	Aungwattana****	ศิวพร	อึ้งวัฒนา****

Abstract

The rehabilitation of intermediate patients with mobility impairment requires high-quality and standardized care, which necessitates the active involvement of family caregivers. This quasi-experimental study, designed with two groups and pre- and post-tests, aimed to compare the rehabilitation practices of family caregivers for intermediate patients with mobility impairment in a community, both before and after receiving an empowerment program. It also compared the results between the experimental group, which participated in the empowerment program for 6 weeks, and the control group, which followed standard rehabilitation practices. The participants consisted of 50 family caregivers of intermediate patients with mobility impairment in the community, divided into an experimental group (25 participants) and a control group (25 participants). The research tools included: 1) an empowerment program developed by the researchers based on Gibson's empowerment concept; 2) materials used in the activities, including manuals, posters, and video media shared via LINE groups, covering topics such as joint stiffness assessment, joint and muscle exercises, and posture management; and 3) an observation form to evaluate rehabilitation practices for intermediate patients with mobility impairment in the community. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

The research results indicated that after receiving the empowerment program, the experimental group showed statistically significant higher scores in rehabilitation practices for intermediate patients with mobility impairment compared to their scores before the program ($t = -6.157, p < .001$), as well as higher than the control group which followed standard care practices ($t = 5.14, p < .001$).

This research demonstrated that the empowerment program for family caregivers in relation to rehabilitation practices for intermediate patients with mobility impairment in a community can serve as a guideline for community nurse practitioners, case managers, and healthcare personnel. It can be used to effectively promote family caregivers' involvement in the rehabilitation of intermediate patients with mobility impairment.

Keywords: Empowerment; Family caregiver; Intermediate patients with mobility impairment; Rehabilitation practices

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: Arthitaya_c@cmu.ac.th

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 12 September 2024; Revised 15 October 2024; Accepted 5 November 2024



Effects of a Family Caregivers Empowerment Program on Rehabilitation Practices in Intermediate Patients with Mobility Impairment in a Community ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ ในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน

บทคัดย่อ

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว ต้องได้รับการดูแลที่มีคุณภาพสูงและเป็นมาตรฐาน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับความร่วมมือจากญาติผู้ดูแล การศึกษาแบบกึ่งทดลองนี้ เป็นแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชนของญาติผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมที่ปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กีบสัน 2) สื่อที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย คู่มือ แผ่นป้ายโปสเตอร์ สื่อวิดีโอผ่านกลุ่มไลน์ ประกอบด้วยเนื้อหา การประเมินลักษณะภาวะข้อติดแข็ง การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ และการจัดทำ และ 3) แบบสังเกตการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ pair t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.157, p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ปฏิบัติตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.14, p < .001$).

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแล ต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน สามารถใช้เป็นแนวทางให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผู้จัดการรายกรณี และบุคลากรสุขภาพนำไปใช้ในการส่งเสริมญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว การปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: Arthitaya_C@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 12 กันยายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 15 ตุลาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 5 พฤศจิกายน 2567



Effects of a Family Caregivers Empowerment Program on Rehabilitation Practices in Intermediate Patients with Mobility Impairment in a Community ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ ในผู้ป่วยระยะกลางที่พ้องการเคลื่อนไหวในชุมชน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ที่มีภาวะพ้องการเคลื่อนไหว เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (World Health Organization [WHO], 2021) โดยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) การบาดเจ็บทางสมอง (traumatic brain injury: TBI) และการบาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury: SCI) พบว่า เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะพ้องการเคลื่อนไหว ส่งผลทำให้เกิดความพิการ ทูพพลภาพ อัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดภาวะข้อติดแข็ง และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนเสียชีวิตตามมาได้ (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2020) ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดด้านการทรงตัว และการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวให้การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Narongrat & Ankhanit, 2023) ญาติผู้ดูแล จึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยที่พ้องการเคลื่อนไหว หากพ้นระยะวิกฤติและมีสภาวะทางการแพทย์คงที่ เมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ร่างกายเกิดการฟื้นตัวเร็วที่สุด โดยช่วงระยะเวลาการฟื้นตัวหลังการบาดเจ็บโดยธรรมชาติ คือ ระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งถือว่าเป็นเวลาทอง (golden period) ที่ร่างกายจะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีประสิทธิภาพ (Pheung-phrarattana-trai, 2021) โดย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, Ministry of Public Health, 2020) กำหนดผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่า เป็นผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ที่พ้องการเคลื่อนไหว มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีผลการประเมินดัชนีบาร์เทล (Barthel Index) น้อยกว่า 15 คะแนน หรือ ≥ 15 คะแนน ร่วมกับความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย การสื่อสาร การกลืน ความคิด และการรับรู้ เป็นต้น

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางนี้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้บริการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ซึ่งระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางนี้ สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามแผนการให้บริการ (Sanprasan et al., 2017) โดยก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแลจะต้องได้รับความรู้ และฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อกลับไปดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยตนเองที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการฟื้นหายและลดการเกิดภาวะข้อติดแข็งระยะแรกที่จะเกิดขึ้น (Department of Public Health Administration Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2019)

อย่างไรก็ตาม การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการบริหารข้อและกล้ามเนื้อให้กับผู้ป่วย ระยะกลางที่พ้องการเคลื่อนไหว ญาติผู้ดูแลอาจขาดความมั่นใจเนื่องจากผู้ป่วยอาจมีกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ต่อต้าน หรือเกิดการเจ็บปวดระหว่างปฏิบัติการบริหารข้อและกล้ามเนื้อ (Ponjuntow et al., 2019) และหากญาติผู้ดูแลขาดประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาจทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพในขณะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านได้ ดังนั้น นอกจากการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว การติดตามญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านเพื่อให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเน้นการติดตามอย่างเป็นระบบเพื่อเสริมพลังให้ญาติผู้ดูแลมีทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งเป็นระยะทองของการฟื้นตัวจึงมีความสำคัญ

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) เป็นแนวคิดหนึ่งที่น่าสนใจในการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนักในความสามารถของตนเอง เป็นการสร้างความเข้มแข็ง และเสริมสร้างความมั่นใจให้กับญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กีบสัน (Gibson,



Effects of a Family Caregivers Empowerment Program on Rehabilitation Practices in Intermediate Patients with Mobility Impairment in a Community ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ ในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน

1995) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ (holding on) ได้มีการนำแนวคิดนี้มาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้านในบริบทที่หลากหลาย ดังเช่น พนิดา ศรีใจ และคณะ (Srijai et al., 2020) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระยะเวลา 7 สัปดาห์ ผลพบว่า อสม. มีการปฏิบัติบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จากการศึกษาของ ธาราทิพย์ ไชยวุธ และคณะ (Chaiyavuth et al., 2020) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงใน อสม. ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลพบว่า อสม. มีการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ การศึกษาของ ทศมาภรณ์ สุทธิรักษ์ และคณะ (Sutthirak et al., 2020) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการบริหารข้อสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลพบว่า ครอบครัวมีการปฏิบัติในการบริหารข้อสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) จะเห็นได้ว่า การนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน มาใช้ในการส่งเสริมให้เกิดความรู้ และทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพในการปฏิบัติบริหารข้อและกล้ามเนื้อที่มีประสิทธิภาพ ทั้ง การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแล ครอบครัว และ อสม. ระยะเวลาตั้งแต่ 6–8 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยกิจกรรมที่มีความแตกต่างกันในแต่ละงานวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาที่นำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้ในญาติผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้น เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ มีความมั่นใจ และมีทักษะการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริม สนับสนุน แนะนำ และติดตามให้ญาติผู้ดูแลมีสมรรถนะในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวที่บ้าน จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1995) ในการออกแบบกิจกรรมเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยมุ่งเน้นการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านการประเมินลักษณะภาวะข้อติดแข็ง การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ รวมทั้งการจัดทำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว และสามารถส่งเสริมการฟื้นฟู รวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพของญาติผู้ดูแลในการผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพของญาติผู้ดูแลในการผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ



Effects of a Family Caregivers Empowerment Program on Rehabilitation Practices in Intermediate Patients with Mobility Impairment in a Community ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ ในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว สูงกว่าญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กีบสัน (Gibson, 1995) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง โดยวิเคราะห์สถานการณ์ แลกเปลี่ยนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาเพื่อค้นพบ และยอมรับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น ยอมรับในบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อทบทวนกระบวนการ ปัญหา เรียนรู้แนวทางการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ ทบทวนสาเหตุ และผลกระทบของปัญหา เพื่อนำไปสู่การวางแผนและแก้ไขปัญหาคิดดีขึ้น 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม จากการอบรมให้ความรู้ และฝึกทักษะปฏิบัติ โดยมีผู้วิจัยชี้แนะ คอยให้คำปรึกษา คำแนะนำ และให้แรงเสริมทางบวก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจวางแผนการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกัน และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยติดตามสนับสนุนการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพของกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะ โดยการเยี่ยมบ้านและการใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพที่ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ สามารถบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ได้ร่วมกันตั้งไว้ ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยเชื่อว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกระบวนการตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะส่งผลให้เกิดทักษะในกระบวนการคิดตัดสินใจแก้ปัญหาการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และสามารถปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชนได้ตามศักยภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน เทศบาลนครอุบลราชธานี จำนวน 50 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน โดยคัดเลือกพื้นที่การศึกษาในเขตรับผิดชอบของเทศบาลนครอุบลราชธานี จำนวน 4 ตำบล ได้แก่ ในเมือง, แจระแม, ขามใหญ่, และปทุม คัดเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกตำบลที่ลักษณะพื้นที่เป็นในเมืองเหมือนกัน และมีพื้นที่ตำบลอยู่ใกล้เคียงกัน ได้กลุ่มทดลองเป็นตำบลในเมือง และแจระแม และกลุ่มควบคุม เป็นตำบลขามใหญ่ และปทุม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอ้างอิงจากการศึกษาของ นงลักษณ์ คำโฉม และคณะ (Kumchom et al., 2024) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติดูแลของนักรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชน กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.80 อำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ระดับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significant) เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 21 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ



Effects of a Family Caregivers Empowerment Program on Rehabilitation Practices in Intermediate Patients with Mobility Impairment in a Community ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ ในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน

25 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยนำรายชื่อผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน กลุ่มควบคุมมาทำการจับคู่ (matching) กับกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการดูแล เพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง แบ่งเป็น 1) 1-3 เดือน และ 2) 4-6 เดือน กลุ่มโรคชนิดเดียวกัน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) หลอดเลือดสมอง (stroke) 2) บาดเจ็บสมอง (traumatic brain injury) 3) บาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury) และ 4) กระดูกสะโพกหัก (fracture around hip)

เกณฑ์ในการคัดเข้า คือ ทุกเพศสภาพ อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ สามารถใช้โทรศัพท์มือถือเคลื่อนที่ที่เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้ และเป็นญาติผู้ดูแลหลัก

เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการวิจัยตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจนครบทุกขั้นตอน และเกณฑ์ยุติการเข้าร่วมโปรแกรม (withdrawal criteria) คือ มีปัญหาสุขภาพ เจ็บป่วย ย้ายถิ่นฐาน ผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างดูแลเสียชีวิต และประสงค์ขอยุติการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และ 2) สื่อที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ คู่มือการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน แผ่นป้ายโปสเตอร์การบริหารข้อและกล้ามเนื้อสำหรับผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน และวิดีโอผ่านกลุ่มไลน์ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 ท่าน และนักกายภาพบำบัด 1 ท่าน เพื่อให้มีความเหมาะสมกับของเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุง แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ให้มีเนื้อหาที่เหมาะสม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.90

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ การวินิจฉัยโรคหลัก และดัชนีบาร์เทล และ 2) แบบสังเกตการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นแบบการตรวจสอบรายการปฏิบัติ (check list) ประกอบด้วย การประเมินลักษณะภาวะข้อติดแข็ง การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ และการจัดทำ โดยการคิดคะแนนเป็น 0 คือ ไม่ปฏิบัติ และ 1 คะแนน คือ ปฏิบัติถูกต้อง ผู้วิจัยได้นำแบบสังเกตการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชนไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย โดยผู้วิจัยวัดความเชื่อมั่นของความคงตัว (stability reliability) โดยใช้แบบสังเกตชุดเดียวกันกับญาติผู้ดูแลคนเดิม 2 ครั้ง แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์ Cohen's Kappa ได้ค่าเท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 135/2566 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนต่าง ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้ซักถามอย่างเต็มที่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร โดยข้อมูลทั้งหมดได้ถูกเก็บเป็นความลับ และทำการบันทึกข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อ การนำเสนอข้อมูลทั้งหมดนำเสนอในภาพรวม และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น ไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ ในกรณีไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น และตลอดการดำเนินการวิจัยได้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



Effects of a Family Caregivers Empowerment Program on Rehabilitation Practices in Intermediate Patients with Mobility Impairment in a Community ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ ในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และได้รับการอนุญาตจากเทศบาลนครอุบลราชธานี ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง โดยในสัปดาห์แรกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เป็นการทำกิจกรรมรายกลุ่ม และในกลุ่มควบคุมทำกิจกรรมกลุ่มอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม กิจกรรมแบบกลุ่มย่อย (small group) (จำนวน 2-10 คน) ดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง) ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว โดยวิธีจับคู่กับผู้เข้าร่วม ผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน (pre-test)

สัปดาห์ที่ 2-5 ได้รับการดูแลที่บ้านตามปกติจากทีมสาธารณสุขของเทศบาลนครอุบลราชธานี ประกอบด้วยพยาบาล และผู้ดูแล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที-1 ชั่วโมง เป็นการดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและการจัดทำ

สัปดาห์ที่ 6 (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง) กลุ่มตัวอย่างสาธิตการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบสังเกตฯ (post-test) หลังจากนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างสแกนรหัสคิวอาร์ (QR code) เพื่อเข้าร่วมในกลุ่มไลน์ และมอบคู่มือการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน และสื่อออนไลน์ทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้

2. กลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที)

ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่มย่อย 2-10 คน และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน (pre-test) จากนั้นดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง กิจกรรมที่ 1 “เปิดก่อน ได้เปรียบ” ผู้วิจัยแจกใบงานการค้นหาและยอมรับสถานการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้กับกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล ประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ “ที่ผ่านมา ท่านมีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างไร” และ “ท่านพบปัญหาในการฟื้นฟูสมรรถภาพอะไรบ้าง” ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความรู้สึกต่อสถานการณ์ที่พบในการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย (ด้านอารมณ์) ให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ ว่า ถูกต้องหรือไม่ในสถานการณ์ที่ค้นพบ (ด้านการรับรู้) และสิ่งที่เคยปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพที่ผ่านมา ทำถูกต้องหรือไม่ (ด้านพฤติกรรม)

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ กิจกรรมที่ 2 “คลุกวงใน” ผู้วิจัยแจกใบงานที่มีคำถามปลายเปิด 2 ข้อ ได้แก่ “ที่ผ่านมาท่านคิดว่าปัญหาการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพเกิดจากสาเหตุใด” และ “จากปัญหาดังกล่าว ท่านได้แก้ไขปัญหายังไง ในอนาคตจะมีวิธีแก้ปัญหาคืออะไรที่เหมาะสมอย่างไร” จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างนำเสนอความคิดเห็นแนวทางแก้ไขการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย แลกเปลี่ยนการสะท้อนคิด ทบทวนปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ กิจกรรมที่ 3 “รู้แล้ว รับทราบ” ผู้วิจัยบรรยายประกอบการสาธิตการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย 1) การประเมินลักษณะภาวะข้อติดแข็ง 2) การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ และ 3) การจัดทำ โดยใช้คู่มือ และสื่อ



Effects of a Family Caregivers Empowerment Program on Rehabilitation Practices in Intermediate Patients with Mobility Impairment in a Community ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ ในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน

ภาพโปสเตอร์ (จัดทำเป็นรหัสคิวอาร์ QR Code) ประกอบการบรรยาย ผู้วิจัยได้สาธิต 1) การประเมินลักษณะภาวะข้อติดแข็ง 2) การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ และ 3) การจัดทำ และกลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ โดยการจับคู่เป็นผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จากนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลประเมินลักษณะภาวะข้อติดแข็ง การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ และการจัดทำ ตามลำดับ หากมีการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยให้คำแนะนำ และให้ปฏิบัติจนถูกต้องครบทุกขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมที่ 4 “มั่นใจ พร้อมลุย” ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่เหมาะสมในแต่ละราย และกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยร่วมกับผู้วิจัย ทบทวนการตัดสินใจ ทบทวนความมั่นใจในการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างตามใบงาน จากนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าไลน์กลุ่มเพื่อติดต่อประสานงาน ให้คำปรึกษา การรับส่งข้อมูลข่าวสารรายวัน รายสัปดาห์ และติดตามการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย นัดหมายการเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง กล่าวสรุปกิจกรรมพร้อมกับกล่าวขอบคุณ และนัดหมายกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง)

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ กิจกรรมที่ 5 “ไปด้วยกัน ไปได้ไกล” ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างกลุ่มย่อยในพื้นที่บ้านใกล้กัน (2-10 คน) เพื่อเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 3 วัน ช่วงบ่ายของวันจันทร์ พุธ และศุกร์ เพื่อติดตามประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคขณะการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย หากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้อง มั่นใจ ผู้วิจัยกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ หากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติไม่ถูกต้อง ขาดความมั่นใจ ผู้วิจัยให้คำแนะนำและสาธิตย้อนกลับจนกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ถูกต้อง และกล่าวสรุปกิจกรรม สรุปปัญหาหรือข้อจำกัดที่เกิดจากการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย พร้อมหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง ตามใบงาน

สัปดาห์ที่ 3-5 (ใช้เวลา 15-30 นาที)

การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ กิจกรรมที่ 6 “ก้าวทัน มั่นใจ” ผู้วิจัยใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการติดตามและให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินลักษณะภาวะข้อติดแข็ง การบริหารข้อ และกล้ามเนื้อ และการจัดทำ ตามแผนที่ร่วมกันวางไว้ได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และทำการส่งคลิปการสอนผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม เพื่อให้ความรู้ในช่วงเดิมทุกวัน โดยมีเนื้อหาแตกต่างกันไปในแต่ละสัปดาห์ และผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษากับกลุ่มตัวอย่างผ่านแอปพลิเคชันไลน์ช่องทางส่วนตัว เพื่อกระตุ้นให้มีการพูดคุย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วย ร่วมกับ Video call เพื่อดูความต่อเนื่องของการปฏิบัติ ผู้วิจัยสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์จากปัญหา และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง พร้อมขอบคุณ และนัดหมายกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 6 (ใช้เวลา 30 นาที-1 ชั่วโมง)

การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ กิจกรรมที่ 7 “รักเอ๋ย รักซีใจ” ผู้วิจัยจัดกิจกรรมรายบุคคล นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 3 วัน ในช่วงบ่ายของวันจันทร์ พุธ และศุกร์ โดยแบ่งเป็นการเยี่ยมบ้านวันจันทร์ 8 หลังวันพุธ 8 หลัง และวันศุกร์ 9 หลัง โดยบ้านแต่ละหลังอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกัน และให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหา และอุปสรรคขณะการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยใช้แบบสังเกตฯ (post-test) จากนั้น เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาในการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย กรณีการปฏิบัติไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเข้าใจ เสนอความต้องการการสนับสนุน และประเมินโดยใช้ใบงาน จากนั้น ผู้วิจัยกล่าวสรุปกิจกรรม ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง กล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ และขอยุติการวิจัย



Effects of a Family Caregivers Empowerment Program on Rehabilitation Practices
in Intermediate Patients with Mobility Impairment in a Community
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ
ในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติทดสอบ chi-square test และ Fisher's exact test ทดสอบการแจกแจงของคะแนนโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลที่ได้มีการแจกแจงแบบโค้งปกติจึงใช้สถิติ pair t-test เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และใช้สถิติ independent t-test เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน คงอยู่ตลอดการวิจัย กลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน ได้รับการดูแลที่บ้านตามปกติ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (n=50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	5	20.00	5	20.00	1.000 [†]
หญิง	20	80.00	20	80.00	
อายุของผู้ดูแล					
20-59 ปี	7	28.00	8	32.00	0.327 [†]
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	18	72.00	17	68.00	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	1	4.00	2	8.00	0.714 [‡]
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	28.00	3	12.00	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	24.00	8	32.00	
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	7	28.00	8	32.00	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	4	16.00	4	16.00	
ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้ป่วยระยะกลาง					
บิดา/มารดา	4	16.00	2	8.00	0.647 [‡]
คู่สมรส	7	28.00	10	40.00	
บุตร	12	48.00	10	40.00	
พี่/น้อง	2	8.00	3	12.00	
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง					
1-3 เดือน	2	8.00	2	8.00	1.000 [†]
4-6 เดือน	23	92.00	23	92.00	



Effects of a Family Caregivers Empowerment Program on Rehabilitation Practices
in Intermediate Patients with Mobility Impairment in a Community
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ
ในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (n=50) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุของผู้ป่วยระยะกลาง					
20-59 ปี	2	8.00	4	16.00	0.425 ⁿ
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	23	92.00	21	84.00	

หมายเหตุ ⁿchi-square test ^ขFisher's exact test

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของญาติผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.157, p < 0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (n = 50)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ			
	M	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 25)				
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	34.76	3.98	-6.157	< .001*
หลังได้รับโปรแกรมฯ	38.60	2.43		
กลุ่มควบคุม (n = 25)				
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	32.92	5.35	-1.867	.062
หลังได้รับโปรแกรมฯ	34.88	2.68		

*p < .001

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของญาติผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.14, p < 0.001$) ดังตารางที่ 3



Effects of a Family Caregivers Empowerment Program on Rehabilitation Practices
in Intermediate Patients with Mobility Impairment in a Community
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ
ในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของญาติผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n =50)

การปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว	M	SD	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม (n = 25)				
กลุ่มควบคุม	32.92	5.35	1.38	.174
กลุ่มทดลอง	34.76	3.98		
หลังได้รับโปรแกรม (n = 25)				
กลุ่มควบคุม	34.88	2.68	5.14	< .001*
กลุ่มทดลอง	38.60	2.43		

*p < .001

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

สมมุติฐานการวิจัยที่ 1 ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.157, p < .001$) (ตารางที่ 2) ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ว่า เป็นผลมาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ กีบสัน (Gibson, 1995) ที่ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง การที่ผู้วิจัยได้ให้ญาติผู้ดูแลตอบคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการประเมินภาวะข้อติดแข็ง และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลางที่อยู่ในการดูแล และให้เล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของตนเอง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้ค้นหาและยอมรับสภาพการณ์จริงในการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย กระบวนการนี้ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่มั่นใจในการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้านในด้านการประเมิน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการจัดทำ และได้แสวงหาความช่วยเหลือโดยการหาข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาที่พบ สอดคล้องกับ การศึกษาของ พนิดา ศรีใจ และคณะ (Srijai et al., 2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ในขั้นตอนนี้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ข้อจำกัดและบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย และทำให้มีการแสวงหาความรู้ ข้อมูล เพื่อนำไปฝึกฝนทักษะจนเกิดความมั่นใจ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การที่ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ญาติผู้ดูแลค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ โดยให้ญาติผู้ดูแลคิดและเขียนข้อคำตอบลงในใบงานและนำเสนอการเรียนรู้ในกลุ่ม กิจกรรมนี้ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความเข้าใจ และรับรู้ถึงพลังอำนาจของตนเอง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเอง เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความตระหนักรู้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในระยะ 6 เดือนหลังจาก



Effects of a Family Caregivers Empowerment Program on Rehabilitation Practices in Intermediate Patients with Mobility Impairment in a Community ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ ในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน

โรงพยาบาลมีความสำคัญมากต่อผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะต้องมีความรู้ มีทักษะ และมีการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ถูกต้องเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศมาภรณ์ สุทธิรักษ์ และคณะ (Sutthirak et al., 2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการบริหารข้อสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณผ่านกิจกรรมกลุ่มย่อย เพื่อให้การอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น จะเพิ่มความตระหนักในคุณค่าของตนเองในการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย และผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นงลักษณ์ คำโฉม และคณะ (Kumchom et al., 2024) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติดูแลของนักรักษาทางกายในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชนพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชนของนักรักษาทางกายสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพจะต้องอาศัยความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องจนเกิดความมั่นใจ

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ การที่ผู้วิจัยบรรยายโดยใช้คู่มือประกอบการสอน โปสเตอร์ และสื่อออนไลน์คลิปวิดีโอที่มีทั้งภาพและเสียง ที่สามารถเข้าใจและเข้าถึงได้ง่าย ชุดความรู้ที่ช่วยส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลเกิดการจดจำเป็นรูปภาพในการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นขั้นตอน นอกจากนี้ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ทั้งด้านการประเมิน การปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ และการจัดทำผู้ป่วยจนญาติผู้ดูแลสามารถปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องทุกขั้นตอน ผู้วิจัยยังเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจมากกว่าการรับฟังเพียงอย่างเดียว ส่งผลให้มีความรู้และทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้น ซึ่งการสอนหรือการให้คำแนะนำที่ทำความเข้าใจกับการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ ทำให้ได้ลงมือปฏิบัติจริงจนทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ พนิดา ศรีใจ และคณะ (Srijai et al., 2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อ สำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า การให้ความรู้โดยการใช้คู่มือทำให้เรียนรู้ได้ง่าย มองภาพได้ชัดเจน กระตุ้นความสนใจ และการให้คำแนะนำให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด ทำให้เกิดการสื่อสารเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และการได้ลงมือปฏิบัติจริงทำให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ เกิดความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศมาภรณ์ สุทธิรักษ์ และคณะ (Sutthirak et al., 2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการบริหารข้อสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองพบว่า การให้ความรู้และการฝึกทักษะการปฏิบัติโดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ จะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ เกิดการเสริมแรงทางบวก ทำให้ญาติผู้ดูแลปฏิบัติได้อย่างถูกต้องมั่นใจ และการกำหนดเป้าหมายร่วมกันยังกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติต่อเนื่อง และให้ผลลัพธ์ไปในทิศทางที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ ผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามทบทวนการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพตามแผนที่กำหนด ในการติดตามเยี่ยมบ้านมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนการแบ่งปันประสบการณ์ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในขณะปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย รวมทั้งการตรวจและประเมินสภาพร่างกาย การวัด สัญญาณชีพ การประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ และแรงจูงใจ ในญาติผู้ดูแลที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง มั่นใจ ผู้วิจัยได้กล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ สำหรับญาติผู้ดูแลที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ขาดความมั่นใจ ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำและให้ปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพจนทำได้ถูกต้อง



Effects of a Family Caregivers Empowerment Program on Rehabilitation Practices in Intermediate Patients with Mobility Impairment in a Community ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ ในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน

การที่ผู้วิจัยมีการติดตามการคงไว้ซึ่งพลังอำนาจโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มและไลน์ส่วนตัว ร่วมกับวิดีโอคอล (Video call) และถ่ายรูปแบบการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นการเสริมสร้างความมั่นใจ ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และเกิดข้อผูกพันในการปฏิบัติให้ เป็นไปตามเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนดไว้ ส่งผลทำให้เกิดการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และคงไว้ซึ่ง ความสามารถในการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับ การศึกษาของ นางลักษณ์ คำโฉม และคณะ (Kumchom et al., 2024) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติดูแลของ นักบริหารท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชนพบว่า การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการติดตาม และให้คำปรึกษาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างการเยี่ยมบ้าน ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการปฏิบัติที่ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น สามารถบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จริญญา โคตรชนะ (Kotchana, 2023) ที่ศึกษาผลของบริการสุขภาพทางไกลต่อ ความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงพบว่า การใช้แอปพลิเคชันไลน์ทำให้เข้าถึง ได้สะดวก เป็นช่องทางได้พูดคุย อธิบายปัญหา และแสดงความคิดเห็น และแก้ไขปัญหาได้อย่างทันที่ และที่สำคัญ คือ การติดตามโดยการเยี่ยมบ้านยังเป็นบทบาทเชิงรุกของพยาบาลชุมชน ที่ทำญาติผู้ดูแลรู้สึกเข้าถึงการ บริการได้ง่าย สามารถพูดคุยปรึกษาปัญหา ให้กำลังใจ ส่งต่อผู้ป่วย และตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้ตามความต้องการ ของแต่ละบุคคลได้

สมมุติฐานการวิจัยที่ 2 ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($t = 5.14, p < .001$) (ตารางที่ 3) ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ว่า

การจัดกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแล ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลัง อำนาจของกิบสัน ระยะเวลา 6 สัปดาห์ เป็นกระบวนการที่สามารถส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้เกิดการเรียนรู้ เกิด ความมั่นใจในการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม แม้ว่า ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ได้มีการเตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ดูแลได้รับความรู้ และฝึกทักษะ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอน รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้านภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจาก โรงพยาบาล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เดือนละ 3-4 ครั้ง ซึ่งญาติผู้ดูแลอาจมีการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ไม่ ต่อเนื่อง เนื่องจากภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ที่ต้องปรับตัวกับบทบาทความรับผิดชอบในการดูแลและให้การ ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ นอกจากจะมีการสอน การสาธิต และสาธิต ย้อนกลับจนญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติได้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายแล้ว ผู้วิจัยยัง มีการติดตามเยี่ยมบ้าน และเสริมพลังผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มและไลน์ส่วนตัว โดยการกล่าวชื่นชมให้กำลังใจ ซึ่ง การเสริมแรงทางบวกอย่างสม่ำเสมอเป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลเกิดความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และช่วยส่งเสริมให้มีการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมั่นใจถูกต้อง สม่ำเสมอ และเป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งการ ดำเนินการดังกล่าวจึงเป็นไปตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหว ภายหลังจำหน่ายออก จากโรงพยาบาลในระยะ 6 เดือนแรก ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาทองที่จำเป็นต้องมีทีมสุขภาพในการดูแลฟื้นฟู สมรรถภาพ เพื่อให้ร่างกายสามารถฟื้นกลับมาสภาพเดิมให้ได้มากที่สุด

ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงมีบทบาทสำคัญที่ต้องมีการดำเนินงานในเชิงรุกเพื่อค้นหาปัญหาของ ญาติผู้ดูแล เพื่อให้ข้อมูล ความรู้ ติดตามทักษะการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ และที่สำคัญ คือ การเสริมพลัง อำนาจญาติผู้ดูแลที่บ้าน ให้มีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศตวรรษ อุดรศาสตร์ และคณะ (Udonat



Effects of a Family Caregivers Empowerment Program on Rehabilitation Practices in Intermediate Patients with Mobility Impairment in a Community ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ ในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน

et al., 2021) ที่ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางพบว่า การเสริมพลังอำนาจญาติผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จะเป็นการส่งเสริมความสามารถในการพัฒนาตนเอง (self-development) ให้มีความเข้าใจและสามารถคิด วิเคราะห์ต่อสถานการณ์ และควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ทำให้เกิดความเชื่อมั่น นำมาสู่การตัดสินใจในการปฏิบัติดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสามารถคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า การจัดกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ระยะเวลา 6 สัปดาห์ เป็นกระบวนการที่สามารถส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ มีความมั่นใจ และเกิดศักยภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผู้จัดการรายกรณี มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแล โดยการค้นหาปัญหา ความต้องการ ร่วมกันสะท้อนคิด ตลอดจนการเสริมความรู้ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้าน และการใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มในการติดตาม ให้กำลังใจ และเสริมความรู้และทักษะความมั่นใจอย่างเป็นขั้นตอน จนทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนดไว้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผู้จัดการรายกรณี และทีมสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมฯ ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน และเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ ผู้ใช้ควรมีความรู้ ความเข้าใจ กระบวนการโดยการอบรมก่อนนำไปใช้

2. บุคลากรสุขภาพ สามารถนำสื่อ คู่มือการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน การจัดทำการบริหารข้อและกล้ามเนื้อ ไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชนในกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น บาดเจ็บกระดูกสันหลัง บาดเจ็บกระดูกสะโพก เป็นต้น

2. ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยฯ เช่น 3 เดือน 6 เดือน เป็นต้น เพื่อติดตามความคงอยู่ของการปฏิบัติ

References

Chaiyavuth, T., Aungwattana, S., & Tamdee, D. (2020). Effect of empowerment program on positioning practice for bedridden elders among village health volunteers. *Nursing Journal*, 47(4), 114-128. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/247928>

Department of Health, Ministry of Public Health. (2020). *Guideline for intermediate care for medical personnel according to the health service development plan (service plan)*. <https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/30103>



Effects of a Family Caregivers Empowerment Program on Rehabilitation Practices
in Intermediate Patients with Mobility Impairment in a Community
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ
ในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน

- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2020). "Cerebrovascular Disease" see a doctor quickly, reduce death, far from disability. https://www.dms.go.th/Content/Select_Landing_page?contentId=23230
- Department of Public Health Administration Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2019). *Rehabilitation of intermediate patients guideline for intermediate care for medical personnel according to the health service development plan (service plan)*. <https://www.snmri.go.th/wp-content/uploads/2021/01/10-Guideline-for-Intermediate-Care.pdf>
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201-1210. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x>
- Kotchana, C. (2023). The telehealth intervention on ageing caregivers' stress and burden. *Journal of Health and Nursing Ubon Ratchathani University*, 2(2), 43-57. http://www.nursejournal.ubu.ac.th/cover/66/vol2/v2n266_6.pdf
- Kumchom, N., Narin, R., & Aungwattana, S. (2024). The effect of an empowerment program on care practices of local caregivers in caring for bedridden older persons with pressure ulcers in a community. *Nursing Journal CMU*, 51(1), 141-157. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/263029>
- Narongrat, W., & Ankanhit, M. (2023). Effectiveness of seamless service system development in the care of rehabilitation for intermediate care in Roi Et Province network. *Srinagarind Medical Journal*, 38(1), 45-56. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/255561>
- Pheung-phrarattanatrai, A. (2021). *Stroke patients and the golden period, part 1: The golden time for rehabilitation*. <https://shorturl.asia/JMHFR>
- Ponjuntow, A., Sakunhongsoophon, S., & Terathongkum, S. (2019). Effects of rehabilitation program of joints on knowledge and practice of family caregivers and range of motion of stroke patients. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 6(1), 52-67. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/article/view/189881/144304>
- Sanprasan, P., Wattradul, D., Tejangkura, L., & Pitsachart, N. (2017). Factors promoting seamless health services of cardiac nursing networks. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 28(2), 154-167. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/116723/89739>
- Srijai, P., Narin, R., & Aungwattana, S. (2020). Effect of the empowerment program on muscle exercise practicing for physical disability person among the village health volunteers. *Nursing Journal*, 47(4), 128-141. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/247932/168418>



Effects of a Family Caregivers Empowerment Program on Rehabilitation Practices
in Intermediate Patients with Mobility Impairment in a Community
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ
ในผู้ป่วยระยะกลางที่พร้อมการเคลื่อนไหวในชุมชน

- Sutthirak, T., Narin, R., & Tuanrat, W. (2020). Impacts of an empowerment programme on family caregivers' ability to assist stroke patients to perform joint exercise. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 35(4), 70-83. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/241976/167550>
- Udonsat, S., Chananin, Y., & Bundasak, T. (2021). Nursing care for empowerment of family caregivers of elderly with stroke. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 48(2), 458-472. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/245464/169875>
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))



The Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program Based on PITS Education on Self-Management Behaviors in People with Uncontrolled Type II Diabetes for Slowing Renal Impairment and Improving Clinical Outcomes*
 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์
 ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ได้
 เพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก*

Wanida	Srisang Na Ayutthaya**	วนิดา	ศรีสังข์ ณ อยุธยา**
Rungrat	Srisuriyawet***	รุ่งรัตน์	ศรีสุริยเวศน์***
Pornnapa	Homsin****	พรนภา	หอมสินธุ์****

Abstract

Chronic kidney disease is a serious complication for uncontrolled diabetic patients, affecting them physically, mentally, socially, and economically, as well as impacting their quality of life. This two-group quasi-experimental approach with pretest-posttest design aimed to examine the effects of a self-management promotion program for individuals and families, providing knowledge based on PITS principles, on self-management behaviors to slow kidney deterioration and improve clinical outcomes in patients with uncontrolled type 2 diabetes. The participants were divided into an experimental group and a control group of 12 each. The experimental group received the self-management program based on the PITS Model and conducted 8 times at weekly intervals. Data were collected before the experiment, after the experiment (Week 8), and during follow-up (Week 12) using a self-management behavior assessment questionnaire. Clinical outcomes (HbA1c, systolic blood pressure, and diastolic blood pressure) were recorded. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, and repeated measures ANCOVA.

The findings revealed that the experimental group had a mean score of self-management behavior for slowing renal impairment in the post-test and follow-up periods that was significantly higher than before receiving the program ($F = 101.22, p\text{-value} < .001$), and significantly higher than the control group ($F = 129.19, p\text{-value} < .001$). Additionally, the experimental group exhibited statistically significant improvements in glycosylated hemoglobin (HbA1c) levels and both systolic and diastolic blood pressure from pre-intervention levels ($p < .001$). Nevertheless, these clinical parameters showed no statistically significant differences when compared to the control group.

The findings could help the creation of guidelines for nurses to manage patients with uncontrolled diabetes, with the goal of preventing early-stage kidney disease within communities.

Keywords: Individual and family self-management; Self-management behaviors; Slowing renal impairment; The PITS model; Uncontrolled type II DM

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

** Graduate student of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University;
 e-mail: rungrat@go.buu.ac.th

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

Received 22 February 2025; Revised 22 July 2025; Accepted 5 August 2025



The Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program Based on PITS Education on Self-Management Behaviors in People with Uncontrolled Type II Diabetes for Slowing Renal Impairment and Improving Clinical Outcomes
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก

บทคัดย่อ

โรคไตเสื่อมเรื้อรัง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในกลุ่มผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายใจ สังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตตามมา การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 12 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยใช้การสอนแบบพิทส์ จำนวน 8 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8) และติดตามผล (สัปดาห์ที่ 12) โดยใช้แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง บันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก (ระดับน้ำตาลสะสม ความดันโลหิตตัวบน และตัวล่าง) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ t-test และ Repeated measure ANCOVA

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เพื่อชะลอไตเสื่อมในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 101.22, p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 129.19, p < .001$) และมีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) และระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา สามารถนำไปพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันโรคไตเสื่อมระยะแรกในชุมชน

คำสำคัญ: การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว พฤติกรรมการจัดการตนเอง การชะลอไตเสื่อม การให้ความรู้ตามหลักพิทส์ เบาหวานประเภทที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา e-mail: rungrat@so.buu.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



The Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program Based on PITS Education on Self-Management Behaviors in People with Uncontrolled Type II Diabetes for Slowing Renal Impairment and Improving Clinical Outcomes

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวาน เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก จากการศึกษาของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (The International Diabetes Federation) ได้คาดการณ์ความชุกของโรคเบาหวาน ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคตอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 10.5 ในปี พ.ศ. 2564 เป็นร้อยละ 11.3 และ 12.2 ในปี พ.ศ. 2573 และ 2583 ตามลำดับ (Ye et al., 2023) โดยอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในช่วงร้อยละ 40 ถึง 80 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมเบาหวานไม่ได้มาจาก โรคอ้วน อายุที่เพิ่มมากขึ้น ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน เป็นต้น (Lorestanifar et al., 2023) และโรคไตเสื่อมเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (Cha'on et al., 2022) พบมากที่สุดถึงร้อยละ 40 (Jin et al., 2022; Wei et al., 2022) โดยระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังมีความสอดคล้องกับความชุกที่เพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานทั่วโลกอย่างมาก นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการตายด้วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในช่วง 22 ปีที่ผ่านมาสูงขึ้นถึงร้อยละ 94 (Fenta et al., 2023) เนื่องจากลักษณะโรคไตเสื่อมในระยะเริ่มต้นมักไม่แสดงอาการและอาการแสดง ทำให้ผู้เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่เข้าใจว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานอย่างเดียวยังไม่ได้ตระหนักในการดูแลตนเอง ทำให้การดำเนินโรคเข้าสู่ไตเสื่อมระยะสุดท้ายเร็วขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตมากขึ้นถึงร้อยละ 34

สถานการณ์เบาหวานในประเทศไทย ไม่แตกต่างจากสถานการณ์โลก โดยในปี 2534 มีความชุกของโรคอยู่ที่ร้อยละ 2.3 และเพิ่มขึ้นในปี 2560 เป็นร้อยละ 8.5 (Ngetich et al., 2022) และพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีนั้น มีถึงร้อยละ 64.4 ส่งผลให้ร้อยละ 44 ของผู้ที่เป็นเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรัง (Rattarasarn, 2017) และยังส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ลดลง (Banluekhun & Promma, 2022) เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (Pothisuwan, 2019) และทำให้ต้องสูญเสียทรัพยากรและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น (Rattarasarn, 2017) หากผู้เป็นโรคเบาหวานมีการจัดการตนเองที่ไม่ดีและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะมีภาวะไตเรื้อรังและเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเร็วขึ้น ดังนั้นการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เพื่อชะลอไตเสื่อมจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก

พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เพื่อชะลอไตเสื่อม เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการตนเองทั้งทักษะและความรู้โดยตรงตามความเป็นจริง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และด้านการกำกับตนเองเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต ซึ่งในแต่ละด้านหากมีการจัดการที่ดีจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ eGFR, Cr, HbA1c, Blood pressure, UP 24 hr. และ CRP (Lee et al., 2016; Patiapinun et al., 2018; Peng et al., 2019; Sarajarus & Sumano, 2018; Singsangwean et al., 2019; Sonjai, 2021; Susanti & Bistara, 2021) โดยภาพรวมพบว่า หลังได้รับโปรแกรมพฤติกรรมการจัดการตนเองมีผลทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวาน คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญสำหรับการจัดการตนเองในโรคเบาหวาน (Dahal & Hosseinzadeh, 2019) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้ความรู้ตามหลักพิทส์ (PITS) ของสจิวต์ (Stewart, 2019) มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านความเข้าใจในข้อมูล จนสามารถนำมาวิเคราะห์หัดตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Cooray et al., 2018; Yakong et al., 2022)



The Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program Based on PITS Education on Self-Management Behaviors in People with Uncontrolled Type II Diabetes for Slowing Renal Impairment and Improving Clinical Outcomes

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก

นอกจากนี้ หากมีการพัฒนาในระดับความรู้ ความเชื่อ และมีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุน จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวในผู้เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น (Havas et al., 2018; Saringkarn et al., 2020; Wisarapun et al., 2020)

จากการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ พบโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ยังมีข้อจำกัดด้านรูปแบบการจัดการตนเองที่ได้ถูกขับเคลื่อนด้วยทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และขาดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมาเป็นศูนย์กลางหรือเข้ามามีส่วนร่วม (Donald et al., 2018; Peng et al., 2019) ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงออกแบบกิจกรรมพัฒนาความรู้ ความเชื่อ ที่มีกระบวนการชัดเจนและมีทฤษฎีในการขับเคลื่อนที่เน้นความจำเพาะกับบุคคลและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Lin & Hwang, 2020) ในการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมมากขึ้นกว่าการให้ผู้ป่วยต้องจัดการตนเองเพียงลำพัง ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-Management Theory: IFSMT) ของ ไรอัน และ ซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) เป็นทฤษฎีที่เหมาะสมในการพัฒนาโปรแกรมในการศึกษานี้ โดยบูรณาการการให้ความรู้ตามหลัก PITS ในกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (IFSMT) ประกอบด้วย สามมิติ ได้แก่ มิติบริบท มิติกระบวนการ และมิติเชิงผลลัพธ์ ในมิติกระบวนการ การให้ความรู้ตามหลัก PITS ถูกนำมาใช้ออกแบบกิจกรรมที่มีแบบแผนชัดเจนและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อปรับความรู้ ความเชื่อ ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ถูกต้อง ประกอบด้วย ข้อมูลด้านพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา และการให้ข้อมูลเฉพาะบุคคล เป็นการชี้แนะให้ผู้ป่วยสามารถไปสูเป้าหมายการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคล และเป็นแนวทางสำหรับการให้ข้อมูลเพื่อสุขภาพ ทำให้ผู้เป็นเบาหวานเข้าใจกระบวนการเกิดโรคของตนเองอย่างลึกซึ้ง และมีส่วนร่วมในการดูแลรักษามากกว่าเป็นผู้รับการดูแลฝ่ายเดียว

ปัจจุบัน ผู้เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เป็นกลุ่มที่พบมากขึ้นในชุมชน เนื่องจากบางรายไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ผู้เป็นเบาหวานจึงไม่ได้ตระหนักในการดูแลตนเองและมีการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม รวมถึงรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่ชัดเจนทำให้เริ่มมีการเสื่อมของไต ในปัจจุบัน งานวิจัยเชิงทดลองส่วนใหญ่ในประเทศไทยมุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เนื่องจากเป็นระยะที่วินิจฉัยได้ แต่ระยะนี้ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการบางส่วนและการกลับมาดีของไตทำได้ยากกว่าโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 นอกจากนี้ ยังพบงานวิจัยเชิงทดลองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-2 ในระดับชุมชนยังมีจำกัด สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ เฝิง และคณะ (Peng et al., 2019) ที่กล่าวว่า งานวิจัยเชิงทดลองการให้การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะแรกยังมีน้อย จึงควรศึกษางานวิจัยเชิงทดลองในกลุ่มนี้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะแรกมีโอกาสดีที่จะกลับมาดีได้นั้นมีมากกว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้าย การพัฒนาการจัดการตนเองในกลุ่มผู้เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เพื่อชะลอไตเสื่อมในระยะเริ่มต้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก



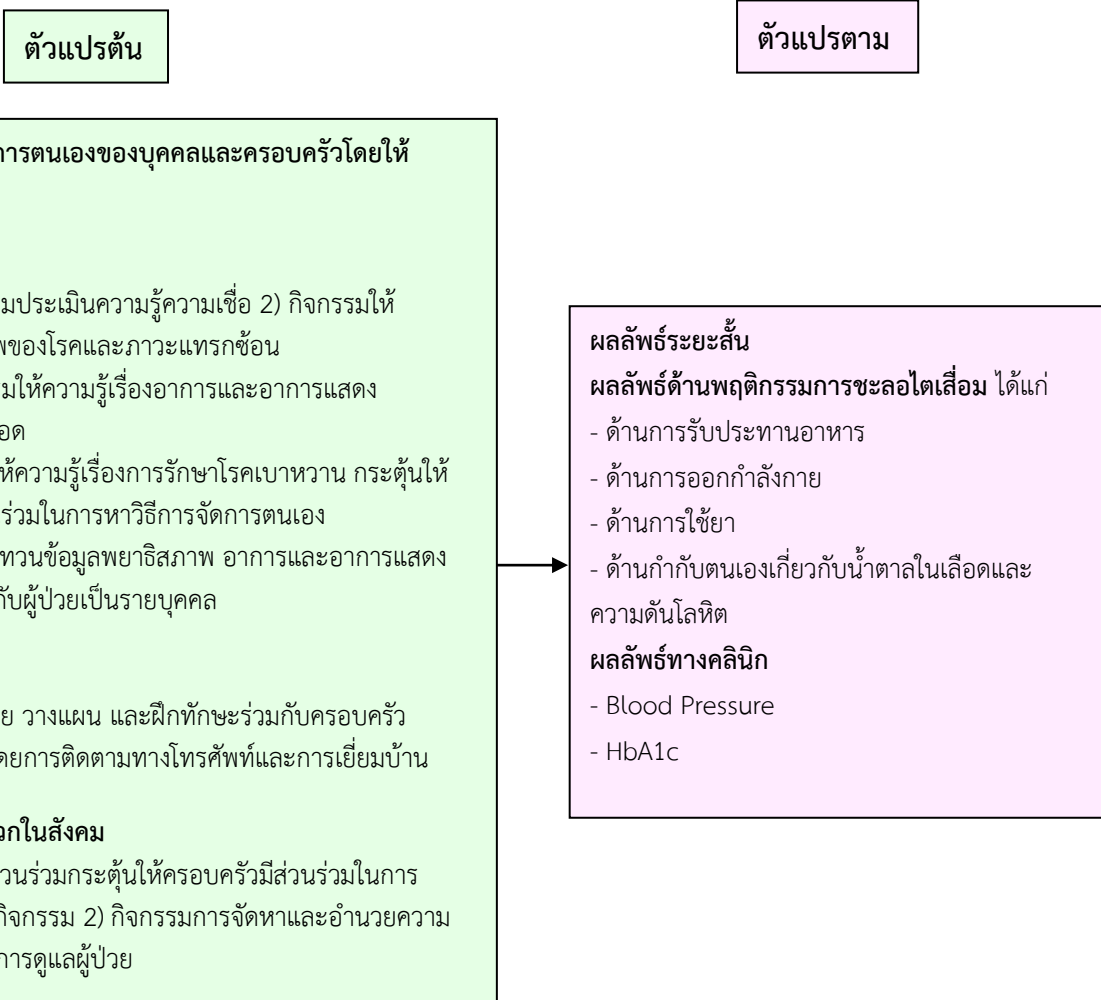
The Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program Based on PITS Education on Self-Management Behaviors in People with Uncontrolled Type II Diabetes for Slowing Renal Impairment and Improving Clinical Outcomes
 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และระดับความดันโลหิต (ตัวบนและตัวล่าง) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ออกแบบโปรแกรมโดยใช้ IFSMT เป็นกรอบแนวคิดหลัก และนำกลวิธีการให้ความรู้ตามหลัก PITS มาใช้ในมิติกระบวนการความรู้ความเชื่อ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตามผล



The Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program Based on PITS Education on Self-Management Behaviors in People with Uncontrolled Type II Diabetes for Slowing Renal Impairment and Improving Clinical Outcomes

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ รักษาในโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 (โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาด 60-120 เตียง) จังหวัดระยอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และรักษาในโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 จังหวัดระยอง จำนวน 2 แห่ง ในเขตชุมชนเมือง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 14 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) มีอายุ 40-70 ปี 2) ผู้เป็นโรคเบาหวานที่มีอัตราการกรองของไตมากกว่าหรือเท่ากับ $60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ 3) สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ 4) มีระดับ HbA1c มากกว่าร้อยละ 7 ติดต่อกัน 2 ครั้ง อย่างน้อย 3 เดือน 5) มีผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัว โดยมีบทบาทดังนี้ ดูแลเกี่ยวกับอาหารและยาให้ผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยมานานกว่า 1 ปีขึ้นไป มีบทบาทในการนำผู้ป่วยมาติดตามการรักษา และสามารถใช้งานโทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารได้ เกณฑ์ในการยุติการศึกษา คือ ไม่สามารถมาเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกครั้ง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G-Power (3.1.9.4) การคำนวณค่าขนาดอิทธิพล ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยของ วินัส สาระจรัส และ แอนนา สุมะโน (Sarajarus & Sumanano, 2018) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ภายหลังจากทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม = 34.93 (SD = 3.80), กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม = 31.20 (SD = 3.10) แทนค่าตัวเลขลงในโปรแกรม G-Power กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอำนาจการทดสอบ = .80 ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 12 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลองจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 14 คน รวมผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 28 คน กลุ่มตัวอย่างมีการ drop out ระหว่างทาง คงเหลือกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มละ 12 คน

การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดระยอง ระดับ F1 จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลแห่งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง โรงพยาบาลแห่งที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้น ปิดประกาศเชิญชวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในโรงพยาบาลที่สุ่มได้ทั้งสองแห่ง โดยติดใบประกาศที่ห้องตรวจคลินิกโรคเรื้อรัง บริเวณที่รอรับยา โรงอาหารร้านค้าสวัสดิการของโรงพยาบาล แล้วนำรายชื่อผู้ป่วยที่สมัครเข้าโครงการแต่ละแห่งมาคัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยคำนึงถึงการกระจายของเพศหญิง เพศชาย และอายุให้มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง (group-matching) เนื่องจากเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 14 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 เป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ ชุดที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ชุดที่ 1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีแบบแผนจำนวน 8 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยใช้ “คู่มือหวาน ๆ” เป็นแบบบันทึกระดับน้ำตาลปลายนิ้วและค่าความดันโลหิต แบ่งเป็นตาราง 3 ช่อง ช่องแรกสำหรับใส่ค่าความดันโลหิตหลังตื่นนอนตอนเช้า 2 ช่องหลังสำหรับใส่ค่าระดับน้ำตาลปลายนิ้วก่อนอาหารเช้า และหลังอาหาร 2 ชั่วโมง



The Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program Based on PITS Education on Self-Management Behaviors in People with Uncontrolled Type II Diabetes for Slowing Renal Impairment and Improving Clinical Outcomes
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระยะการเป็นโรคเบาหวาน ค่าระดับความดันโลหิต ค่า HbA1c ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ยาที่ผู้ป่วยได้รับในการรักษาโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวาน แปลจากเครื่องมือ The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ) ของ ชมิตต์ และคณะ (Schmitt et al., 2013) มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การใช้อาหาร การออกกำลังกาย และด้านการกำกับตนเองเกี่ยวกับระดับน้ำตาล โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน) ไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน) การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโปรแกรมการวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ในส่วนของแบบสอบถามคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ 0.94 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ และการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ในโรงพยาบาลที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยการทดสอบซ้ำกัน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ (test-retest reliability) เป็นการหาความคงที่ (stability) นำค่าการวัด 2 ครั้งที่ได้มาหาความสัมพันธ์โดยใช้ค่า Pearson correlation coefficient ผลการทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.92 ในส่วนของเครื่องเจาะน้ำตาลเป็นเครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว รุ่น All Medicus GlucoDr Auto A (AGM-4000) และเครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอลรุ่น OMRON (HEM-9120T/9200T) สอบเทียบเครื่องมือโดยบริษัท เพอเพค ควอลิตี้ (ประเทศไทย) จำกัด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ G-HS096/2566 และได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือ โดยชี้แจงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธตามความสมัครใจและไม่มีผลเสียหรือเงื่อนไขใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และไม่มีภาระบุ ชื่อ-สกุลแต่ใช้รหัสในแบบสอบถาม ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ได้อ่านและรับทราบข้อมูล ผลการศึกษาถูกนำเสนอในภาพรวมมิได้วิเคราะห์แยกตามโรงพยาบาล ข้อมูลถูกทำลายหลังจากวิจัยเผยแพร่และตีพิมพ์ กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดระยอง ระดับ F1 จำนวน 2 แห่ง ได้โรงพยาบาลแห่งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลแห่งที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ แล้วดำเนินการดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มทดลองเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาของการเข้าร่วมวิจัย
2. ให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ และประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวานโดยใช้แบบสอบถาม (pre-test)



The Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program Based on PITS Education on Self-Management Behaviors in People with Uncontrolled Type II Diabetes for Slowing Renal Impairment and Improving Clinical Outcomes
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก

3. ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรม จำนวน 8 ครั้ง (8 สัปดาห์) ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เยี่ยมบ้านรายบุคคล ดำเนินการ 2 กิจกรรม ใช้เวลา 90 นาที

กิจกรรมปรับความรู้ความเชื่อรายบุคคลตามหลัก PITS model ประกอบด้วย 1) ประเมินความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพและภาวะแทรกซ้อน 3) ให้ความรู้เรื่องของอาการและอาการแสดง และการวิเคราะห์ผลเลือด 4) ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษา 5) ทบทวนกิจกรรม และให้ผู้ป่วยกับครอบครัวร่วมกันหาแนวทางวิธีการจัดการตนเอง

กิจกรรมกำกับตนเอง ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการตั้งเป้าหมาย วางแผน และฝึกทักษะร่วมกับครอบครัว 2) กิจกรรมกำกับติดตาม

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) เยี่ยมบ้านรายบุคคล ใช้เวลา 40 นาที

กิจกรรมการอำนวยความสะดวกในสังคม ประกอบด้วย 1) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในดูแลผู้ป่วยทุกขั้นตอนของกิจกรรม ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การวัดความดันโลหิต และเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว 2) กิจกรรมการจัดการและอำนวยความสะดวกให้กับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การไปพบแพทย์ การช่วยติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ การให้กำลังใจ ในด้านการสนับสนุนทรัพยากร ให้คำปรึกษาทางไลน์ จัดหาอุปกรณ์ในการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว และวัดความดันโลหิต รวมถึงการกำจัดขยะติดเชื้อทิ้งในที่ที่เหมาะสม

ครั้งที่ 3, 4, 5, 6, 7 (สัปดาห์ที่ 3, 4, 5, 6, 7) ผ่านแอปพลิเคชัน Line official account ใช้เวลา 10-15 นาที

เปิดโอกาสให้ซักถาม ส่งข้อความรู้ และให้กำลังใจ

ครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 8) เยี่ยมบ้านรายบุคคล ใช้เวลา 20 นาที

กิจกรรมกำกับติดตาม โดยติดตามเกี่ยวกับการจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผลเลือดปลายนิ้วและความดันโลหิต ร่วมกันวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิก และประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวานโดยใช้แบบสอบถาม (post-test 1) เปิดโอกาสให้ซักถาม สร้างขวัญกำลังใจและกล่าวชื่นชม

สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลระยะติดตามผล โดยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวานโดยใช้แบบสอบถาม (post-test 2)

กลุ่มเปรียบเทียบ

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาของการเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวานโดยใช้แบบสอบถาม (pre-test) หลังจากนั้น กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

3. สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยประเมินผลระยะหลังการทดลอง โดยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวานโดยใช้แบบสอบถาม (post-test 1)

4. สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยประเมินผลระยะติดตามผล โดยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวานโดยใช้แบบสอบถาม (post-test 2)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 26 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ chi-square test และ t-test ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มตัวอย่าง



The Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program Based on PITS Education on Self-Management Behaviors in People with Uncontrolled Type II Diabetes for Slowing Renal Impairment and Improving Clinical Outcomes

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนกับหลังการทดลองและระยะติดตามผล และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Repeated measure ANCOVA
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ independent t-test และเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ dependent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะข้อมูลทั่วไปคล้ายคลึงกัน คือ เพศ และอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 59.9 ปี ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษาและมีมัธยมศึกษามากที่สุด คือ ร้อยละ 41.7 กว่าครึ่งพบว่า มีสถานะภาพสมรสคู่ รองลงมาแยกกันอยู่/หม้าย ด้านรายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มมีรายได้ <15,000 บาท

เมื่อพิจารณาด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีรอบเอวร้อยละ 88.2 (SD = 9.6) กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 91.3 (SD = 11.4) กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มโรคอ้วนระดับที่ 2 ร้อยละ 58.3 (SD = 5.39) กลุ่มเปรียบเทียบพบร้อยละ 33.3 (SD = 4.76) กลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบมีสัดส่วนการระยะการเป็นเบาหวานอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 58.3 (SD = .67) และร้อยละ 66.7 (SD = .89) ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนร้อยละ 134.3 (SD = 9.5) ตัวล่าง 73.8 (SD = 12.2) กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 127.7 (SD = 14.5) ตัวล่าง 68.8 (SD = 7.9) ค่า HbA1c กลุ่มทดลองร้อยละ 8.5 (SD = .89) กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 8.2 (SD = .82) มี eGFR อยู่ในระยะที่ 1-2 กลุ่มทดลองร้อยละ 1.67 (SD = .49) กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 1.75 (SD = .45) และส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับยาปรับประทานเป็นยาเบาหวาน 2 กลุ่มขึ้นไป กลุ่มทดลองร้อยละ 3.08 (SD = 1.16) กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 2.75 (SD = 1.42) เมื่อนำความแตกต่างดังกล่าวมาทดสอบทางสถิติพบว่า ข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยไม่มีคำนึงถึงเวลาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 129.19, p < .001$) และเมื่อพิจารณาอิทธิพลร่วมระหว่างกลุ่มกับเวลาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 101.22, p < .001$) ดังตารางที่ 1



The Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program Based on PITS Education on Self-Management Behaviors in People with Uncontrolled Type II Diabetes for Slowing Renal Impairment and Improving Clinical Outcomes
 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม (Group)	1820.69	1	1820.69	129.19	<.001
ความคลาดเคลื่อน	295.95	21	14.09		
ภายในกลุ่ม					
เวลา (Time)	128.07	2	64.04	13.19	<.001
กลุ่มและเวลา (Group*Time)	982.37	2	491.18	101.22	<.001
ความคลาดเคลื่อน	203.80	42	4.85		

หมายเหตุ Sum of Squares (SS), Degrees of Freedom (df), Mean Squares (MS)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลพบว่า มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง และหลังการทดลองอย่างชัดเจน (M = 44.68, SD = 2.81), (M = 23.83, SD = 3.27), (M = 39.00, SD = 4.29) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการออกกำลังกาย และด้านการกำกับตนเองเกี่ยวกับระดับน้ำตาลและความดันโลหิต มีค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง และการติดตามที่เปลี่ยนแปลงจากก่อนการทดลองสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยด้านการออกกำลังกาย คะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น ถึง 6-8 เท่า ในขณะที่ด้านการกำกับตนเองคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น 2.5 เท่า ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระยะเวลาการวัดและรายด้าน (n = 12)

พฤติกรรมรายด้าน	ช่วงคะแนน	กลุ่มทดลอง (n = 12)						p-value
		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะติดตามผล		
		M	SD	M	SD	M	SD	
โดยรวม (16ข้อ)	0-48	23.83	3.27	39.00	4.29	44.68	2.81	<.001
1.การกำกับตนเองฯ (5 ข้อ)	0-15	5.67	1.49	12.67	1.44	13.58	1.24	<.001
2.การรับประทานอาหาร (6 ข้อ)	0-18	12.17	2.41	14.50	1.57	16.42	1.38	<.001
3.การออกกำลังกาย (3 ข้อ)	0-9	1.00	1.95	6.33	1.97	8.58	.90	<.001
4.การรับประทานยา (2 ข้อ)	0-6	5.00	.95	5.50	.79	6.00	.00	<.05



The Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program Based on PITS Education on Self-Management Behaviors in People with Uncontrolled Type II Diabetes for Slowing Renal Impairment and Improving Clinical Outcomes
 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก

การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีต่อผลลัพธ์ทางคลินิก

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่แตกต่างกัน สำหรับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลองพบว่า หลังการทดลอง ผลลัพธ์ทางคลินิกทั้ง HbA1c และระดับความดันโลหิต ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง โดยคะแนนเฉลี่ย HbA1c ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 24)

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean Score (SD)		P-value ^a
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	
HbA1C			
ก่อนทดลอง	8.53 (.89)	8.15 (.82)	.286 ^a
หลังการทดลอง	7.65 (.74)	7.88 (1.24)	.595 ^a
P-value ^b	< .001 ^{b***}		
Systolic Blood Pressure			
ก่อนทดลอง	134.25 (9.53)	127.67 (14.48)	.202 ^a
หลังการทดลอง	123.83 (9.94)	129.75 (13.81)	.241 ^a
P-value ^b	< .001 ^{b***}		
Diastolic Blood Pressure			
ก่อนการทดลอง	73.83 (12.22)	68.75 (7.94)	.240 ^a
หลังการทดลอง	67.00 (7.59)	68.08 (7.82)	.734 ^a
P-value ^b	.035 ^{b*}		

หมายเหตุ a = independent t-test, b = paired t-test ,

*** $p < .001$, * $p < .05$

การอภิปรายผล

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์มีผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการทดลอง และอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษานี้ สามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองฯ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคเพิ่มมากขึ้น มีความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมกำกับตนเองว่ามีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ตามวิถีชีวิตของผู้ป่วยและปรับให้เหมาะสมมากขึ้นด้วยกระบวนการที่มีแบบแผนของโปรแกรมฯ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ประกอบกับการที่ครอบครัวเข้าใจพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็นมากขึ้น จึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีในการกระตุ้นผู้ป่วยใน



The Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program Based on PITS Education on Self-Management Behaviors in People with Uncontrolled Type II Diabetes for Slowing Renal Impairment and Improving Clinical Outcomes

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก

ระยะยาว สอดคล้องกับทฤษฎี IFSMT ของ ไรอัน และ ซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) ที่กล่าวว่า ครอบครัวนอกจากการดูแลผู้ป่วยให้สามารถเปลี่ยนผ่านช่วงระยะเจ็บป่วยแล้ว ยังเป็นแหล่งความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยมในการดูแลสุขภาพตามที่คาดหวังอีกด้วย ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรวงกรฐ ศฤงคาร และคณะ (Saringkarn et al., 2020) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ที่เน้นการสร้างประสบการณ์ที่ดีในการได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว ส่งผลให้ผู้เป็นเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมเบาหวานที่ดีขึ้นและมีระดับน้ำตาลสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิก หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และระดับความดันโลหิต (ตัวบนและตัวล่าง) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่ยังไม่สามารถที่จะเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ทางคลินิกกับกลุ่มเปรียบเทียบได้อย่างชัดเจน เนื่องจากมีตัวแปรรบกวนที่ไม่สามารถควบคุมได้ คือ บริบทการดูแลแต่ละโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน ในบริบทโรงพยาบาลของกลุ่มทดลอง มีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรน้อย และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ไม่ทั่วถึง ส่วนบริบทโรงพยาบาลของกลุ่มเปรียบเทียบ มีการดูแลแบบทีมสหวิชาชีพ และมีการสอนสุขศึกษาเป็นแบบกลุ่ม และให้ความรู้เพียงครั้งเดียวโดยไม่มีกิจกรรมกระตุ้นติดตาม จึงอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิก นอกจากนี้ ผลลัพธ์ทางคลินิกเกี่ยวกับระดับความดันโลหิต ได้รับยืนยันจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) แล้วว่าเป็นผลลัพธ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงช้าและใช้เวลานานถึง 6 เดือน (Treciokiene et al., 2021; Wang et al., 2023) ในการศึกษาที่มีข้อจำกัดในการติดตามระยะยาว สามารถติดตามได้เพียงสามเดือน จึงอาจจะไม่สามารถเห็นผลความแตกต่างที่ชัดเจนของการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต

อย่างไรก็ตามพบว่า กลุ่มทดลองมีแนวโน้มที่จะมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น โดยมีระดับ HbA1c กับระดับความดันโลหิตใกล้เคียงกับค่าปกติมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การจัดการตนเองที่มีผลต่อการชะลอไตเสื่อมประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเข้ายา และด้านการกำกับตนเองเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต ซึ่งในแต่ละด้าน หากมีการจัดการที่ดีจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ (Lee et al., 2016; Patiapinun et al., 2018; Peng et al., 2019; Sarajarus & Sumanon, 2018; Singsangwean et al., 2019; Sonjai, 2021; Susanti & Bistara, 2021) และผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ แสงอรุณ สุรวงศ์ และ ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ (Surawong & Choowattanapakorn, 2017) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โดยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวประกอบด้วยกระบวนการ 3 ชั้น และเน้นที่ขั้นกำกับติดตามและขั้นอำนวยความสะดวกทางสังคมพบว่า การให้โปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถลดระดับ HbA1c ได้ และลดได้ดีกว่าการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นที่น่าสนใจว่าเมื่อกลุ่มทดลองได้เรียนรู้ผ่านโปรแกรมในขั้นตอนความรู้ความเชื่อตามหลัก PITS เป็นรายบุคคลโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นบริบทที่ทำให้เห็นวิถีชีวิต สภาพความเป็นอยู่ แหล่งสนับสนุน เกิดความเข้าใจและเข้าถึงผู้ป่วย แบบจำลอง PITS เป็นแนวทางสำหรับการให้ข้อมูลเพื่อสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการเกิดโรคของตนเองได้ลึกซึ้ง จนสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลและเป็นมากกว่าผู้รับการดูแล นอกจากนี้ แบบจำลอง PITS ยังทำให้มีช่องทางในการสื่อสารกับผู้ป่วย ตั้งแต่ขั้นตอนการวินิจฉัย การวางแผน และการดูแลรักษา ทำให้ผู้ป่วยสามารถไปสู่เป้าหมายการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคลได้ ซึ่ง สจิวต์ (Stewart, 2019) แนะนำว่าการให้ข้อมูลควรพิจารณาตามลำดับขั้นตอน ดังนั้น การทบทวนแต่ละขั้นตอนตามหลัก PITS จึงเป็น



The Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program Based on PITS Education on Self-Management Behaviors in People with Uncontrolled Type II Diabetes for Slowing Renal Impairment and Improving Clinical Outcomes

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก

รากฐานสำคัญในการสอนผู้ป่วยให้เข้าใจตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่นำ PITS model ไปใช้ใน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามหลักพิทส์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะด้านความเข้าใจในข้อมูล จนสามารถนำมาวิเคราะห์ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cooray et al., 2018; Yakong et al., 2022) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพในการเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมงานวิจัยนี้ ไปพัฒนาคุณภาพงานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เพื่อป้องกันการเสื่อมของไต และให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น พัฒนา Official LINE account เพื่อการพูดคุยแบบตัวต่อตัว และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบมีเครือข่ายในชุมชน เช่น การสร้างทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มกิจกรรมการวิจัยที่มีระยะเวลานานขึ้นจาก 8 สัปดาห์ เป็น 12 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมทั้งแบบ onsite, online
2. ควรมีการประเมินการทำงานของไตเบื้องต้นโดยการใช้ Urine dipstick for protein และ eGFR โดยเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกจนครบ 1-2 ปี
3. ควรทำวิจัยแบบ Randomized Control Trial (RCT) เพื่อลดอคติจากปัจจัยภายนอก

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับสนับสนุนงบประมาณดำเนินการวิจัยจากแหล่งทุนบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

References

- Banluekhun, T., & Promma, N. (2022). Factors relating to the quality of life of type II diabetes mellitus patients at primary care cluster Aranyaprathet, Sa Kaeo Province. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 37(1), 53-64. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/256976/175396> (in Thai)
- Cha'on, U., Tippayawat, P., Sae-Ung, N., Pinlaor, P., Sirithanaphol, W., Theeranut, A., Tungsanga, K., Chowchuen, P., Sharma, A., Boonlakron, S., & Anutrakulchai, S. (2022). High prevalence of chronic kidney disease and its related risk factors in rural areas of Northeast Thailand. *Scientific Reports*, 12(1), 18188. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-22538-w>
- Cooray, B. P. R., Morrissey, H., Waidyarathne, E. I., Ball, P. A., & Sumanathilake, M. (2018). The impact of individual health education on health literacy: Evaluation of the translated version (Sinhala) of health education impact questionnaire in type 2 diabetes. *International Journal of Diabetes and Clinical Research*, 5(2), 87. <https://doi.org/10.23937/2377-3634/1410087>
- Dahal, P. K., & Hosseinzadeh, H. (2019). Association of health literacy and diabetes self-management: A systematic review. *Australian Journal of Primary Health*, 25(6), 526-533. <https://doi.org/10.1071/PY19007>



The Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program Based on PITS Education on Self-Management Behaviors in People with Uncontrolled Type II Diabetes for Slowing Renal Impairment and Improving Clinical Outcomes
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก

- Donald, M., Kahlon, B. K., Beanlands, H., Straus, S., Ronksley, P., Herrington, G., Tong, A., Grill, A., Waldvogel, B., Large, C. A., Large, C. L., Harwood, L., Novak, M., James, M. T., Elliott, M., Fernandez, N., Brimble, S., Samuel, S., & Hemmelgarn, B. R. (2018). Self-management interventions for adults with chronic kidney disease: A scoping review. *BMJ Open*, *8*(3), e019814. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019814>
- Fenta, E. T., Eshetu, H. B., Kebede, N., Bogale, E. K., Zewdie, A., Kassie, T. D., Anagaw, T. F., Mazengia, E. M., & Gelaw, S. S. (2023). Prevalence and predictors of chronic kidney disease among type 2 diabetic patients worldwide, systematic review and meta-analysis. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, *15*(1), 245. <https://doi.org/10.1186/s13098-023-01202-x>
- Havas, K., Douglas, C., & Bonner, A. (2018). Meeting patients where they are: Improving outcomes in early chronic kidney disease with tailored self-management support (the CKD-SMS study). *BMC Nephrology*, *19*(1), 279. <https://doi.org/10.1186/s12882-018-1075-2>
- Jin, Q., Luk, A. O., Lau, E. S. H., Tam, C. H. T., Ozaki, R., Lim, C. K. P., Wu, H., Jiang, G., Chow, E. Y. K., Ng, J. K., Kong, A. P. S., Fan, B., Lee, K. F., Siu, S. C., Hui, G., Tsang, C. C., Lau, K. P., Leung, J. Y., Tsang, M. W., ... Ma, R. C. W. (2022). Nonalbumin- uric diabetic kidney disease and risk of all-cause mortality and cardiovascular and kidney outcomes in type 2 diabetes: Findings from the Hong Kong diabetes biobank. *American Journal of Kidney Diseases*, *80*(2), 196-206.e1. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2021.11.011>
- Lee, M. C., Wu, S. F. V., Hsieh, N. C., & Tsai, J. M. (2016). Self-management programs on eGFR, depression, and quality of life among patients with chronic kidney disease: A meta-analysis. *Asian Nursing Research*, *10*(4), 255-262. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.04.002>
- Lin, C. C., & Hwang, S. J. (2020). Patient-centered self-management in patients with chronic kidney disease: Challenges and implications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(24), 9443. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249443>
- Lorestanifar, M., Mosayebi Molasaraei, M., Jashaninejad, R., Khoshmanesh, S., & Doosti-Irani, A. (2023). The prevalence of uncontrolled diabetes mellitus in patients with type 2 diabetes: A multicenter cross-sectional study. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, *22*(1), 787-792. <https://doi.org/10.1007/s40200-023-01201-9>
- Ngetich, E., Pateekhum, C., Hashmi, A., Nadal, I. P., Pinyopornpanish, K., English, M., Quansri, O., Wichit, N., Kinra, S., & Angkurawaranon, C. (2022). Illness perceptions, self-care practices, and glycemic control among type 2 diabetes patients in Chiang Mai, Thailand. *Archives of Public Health*, *80*(1), 134. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00888-1>
- Patiapinun, A., Toskulkao, T., & Leelahakul, V. (2018). The effects of self-management program of hypertensive patients with chronic kidney disease stage 3 on self-management behaviors and blood pressure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, *29*(2), 12-27. (in Thai)



The Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program Based on PITS Education on Self-Management Behaviors in People with Uncontrolled Type II Diabetes for Slowing Renal Impairment and Improving Clinical Outcomes
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก

- Peng, S., He, J., Huang, J., Lun, L., Zeng, J., Zeng, S., Zhang, L., Liu, X., & Wu, Y. (2019). Self-management interventions for chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nephrology*, 20(1), 142. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1309-y>
- Pothisuwan, C. (2019). Factors in diabetic patients associated with major depressive disorder at Buntharik Hospital. *Research and Development Health System Journal*, 12(1), 20-25. (in Thai)
- Rattarasarn, C. (2017). *Current situation and cooperation to reform current existence*. Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57(4), 217-225.e6. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>
- Sarajarus, V., & Sumano, A. (2018). Effects of self-management supporting process for slow progression of chronic kidney disease among diabetes mellitus with chronic kidney disease patients at Laem Chabang Hospital, Chonburi. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 1(3), 13-26. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/157123/116754> (in Thai)
- Saringkarn, S., Nirattharadorn, M., & Rutchanagul, P. (2020). The effects of promoting an individual and family self-management program on the control of sugar level behavior and accumulated blood sugar levels among type 2 diabetic patients. *Journal of Health and Nursing Research*, 38(1), 86-96. (in Thai)
- Schmitt, A., Gahr, A., Hermanns, N., Kulzer, B., Huber, J., & Haak, T. (2013). The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): Development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 138. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-138>
- Singsangwean, P., Tipwareerom, W., & Juntarawijit, Y. (2019). The effect of self-management program on food consumption behavior and exercise and glomerular filtration rate among chronic kidney disease stage 3 patients with hypertension. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 13(3), 50-64. (in Thai)
- Sonjai, W. (2021). The effects of self-management on health behaviors and kidney function of patients with chronic kidney injury Stage 3. *Journal of Health Science Research*, 15(3), 120-132. (in Thai)
- Stewart, M. (2019). *The art and science of patient education for health literacy-e-book*. Elsevier.
- Surawong, S., & Choowattanapakorn, T. (2017). The effect of an individual and family self-management program on HbA1c in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 29(1), 104-116. (in Thai)



The Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program Based on PITS Education on Self-Management Behaviors in People with Uncontrolled Type II Diabetes for Slowing Renal Impairment and Improving Clinical Outcomes
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ความรู้ตามหลักพิทส์ ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก

- Susanti, S., & Bistara, D. N. (2021). The effect of coaching support on kidney function in chronic kidney disease patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(T4), 106-110. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.5820>
- Treciokiene, I., Postma, M., Nguyen, T., Fens, T., Petkevicius, J., Kubilius, R., Gulbinovic, J., & Taxis, K. (2021). Healthcare professional-led interventions on lifestyle modifications for hypertensive patients—a systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*, 22, 63. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01421-z>
- Wang, Y., Liu, Y., Liu, L., Hong, L., & Chen, H. (2023). Comparative analysis of hypertension guidelines: Unveiling consensus and discrepancies in lifestyle modifications for blood pressure control. *Cardiology Research and Practice*, 2023(1), 5586403. <https://doi.org/10.1155/2023/5586403>
- Wei, J., Tian, J., Tang, C., Fang, X., Miao, R., Wu, H., Wang, X., & Tong, X. (2022). The influence of different types of diabetes on vascular complications. *Journal of Diabetes Research*, 2022(1), 3448618. <https://doi.org/10.1155/2022/3448618>
- Wisarapun, N., Mongkolmafai, J., Santo, N., & Kankarn, W. (2020). The effectiveness of self-and family management of patients with type II diabetes and hypertension in community health center. *Journal of Nursing and Health Care*, 38(4), 102-111. (in Thai)
- Yakong, N., Panuthai, S., & Suwankruhasn, N. (2022). Effect of PITS-based education on health literacy among older persons with type 2 diabetes. *Nursing Journal CMU*, 49(3), 70-82. (in Thai)
- Ye, J., Wu, Y., Yang, S., Zhu, D., Chen, F., Chen, J., Ji, X., & Hou, K. (2023). The global, regional and national burden of type 2 diabetes mellitus in the past, present and future: A systematic analysis of the global burden of disease study 2019. *Frontiers in Endocrinology*, 14, 1192629. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1192629>



Effect of a Self-Regulation Enhancing Program via Tele-nursing on Health Behaviors Among Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in Communities*

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน*

Supamas	Kongtita**	สุภมาส	กองติตะ**
Decha	Tumdee***	เดชา	ทำดี***
Sivaporn	Aungwattana****	ศิวพร	อึ้งวัฒนา****

Abstract

The use of tele-nursing to promote self-regulation in working-age individuals with uncontrolled diabetes mellitus may lead to improved health behaviors. This quasi-experimental study with a pre-test and post-test design involving two groups aimed to compare health behavior mean scores between those who received a self-regulation enhancing program via tele-nursing and those who received standard nursing care. It also aimed to compare health behavior mean scores, before and after an intervention, of community-dwelling persons with uncontrolled diabetes mellitus. The participants consisted of 54 working-age individuals, diagnosed with type 2 diabetes and unable to control blood sugar levels. They were divided into an experimental group (27 participants) and a control group (27 participants). The research instruments comprised two parts: 1) experimental instruments, including the self-regulation enhancing program via tele-nursing developed by the researcher based on Bandura's self-regulation theory, and 2) data collection instruments, including a general information questionnaire and a health behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square, paired t-tests, and independent t-tests.

The research findings indicated that health behavior mean scores after participating in the program were significantly higher than before the program ($t = -4.841, p < .001$). Moreover, the health behavior scores of the group with uncontrolled diabetes mellitus who participated in the self-regulation enhancing program were significantly higher than those of the group receiving standard nursing care ($t = -6.232, p < .001$).

These results suggest that the self-regulation enhancing program effectively helps individuals with diabetes to improve their health behavior control.

Keywords: Communities; Self-regulation enhancing program; Tele-nursing; Uncontrolled diabetes

* Master's Thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: decha.t@cmu.ac.th

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 24 September 2024; Revised 6 December 2024; Accepted 8 January 2025



บทคัดย่อ

การนำการพยาบาลทางไกล มาใช้ในการส่งเสริมการกำกับตนเองของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ในวัยทำงาน อาจส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มวัยทำงานที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 ราย และกลุ่มควบคุม 27 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจาก แนวคิดการกำกับตนเองตามแนวคิดของ แบนดูรา 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ chi-square, paired t-tests และ independent t-tests

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับ โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.841, p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.232, p < .001$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล ทำให้ผู้ที่มีภาวะเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นได้

คำสำคัญ: ชุมชน โปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเอง การพยาบาลทางไกล ผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: decha.t@cmu.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย และยังคงเป็นปัญหาเรื้อรังของสาธารณสุขที่คุกคามต่อคุณภาพชีวิตของคนทั่วโลก จากข้อมูลของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation [IDF], 2019) พบว่า ในปี พ.ศ. 2554 ผู้ที่มีภาวะเบาหวานทั่วโลก มีจำนวน 366 ล้านราย และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ที่มีภาวะเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 552 ล้านราย และมีอัตราการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นในวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ ยังพบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานสูงถึง 4.2 ล้านคน หรือในทุก ๆ 8 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 1 คน ซึ่งในจำนวนผู้เสียชีวิตกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้ที่มีภาวะเบาหวานกลุ่มวัยทำงาน (IDF, 2019) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชากรโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2563 พบประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 9.5 และคาดว่าแนวโน้มจำนวนผู้ที่มีภาวะเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (Health Systems Research Institute (HSRI), 2021)

ในประเทศไทย เมื่อจำแนกตามภูมิภาคพบว่า ภาคเหนือมีผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32 รองลงมา คือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ และพบมากในวัยทำงานช่วงอายุ 35-59 ปี ซึ่งเป็นวัยที่เป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ และมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ (Department of Health, 2021) โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ (Diabetes Association of Thailand, 2017) ในส่วนของภาคเหนือ เขตสุขภาพที่ 1 พบว่าโรคเบาหวานเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกที่เป็นสาเหตุของการตายและการสูญเสียปีสุขภาวะ โดยในจังหวัดเชียงใหม่มีผู้ที่มีภาวะเบาหวานจำนวน 65,201 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.19 ซึ่งพบเพียงร้อยละ 23.39 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (Ministry of Public Health, 2022)

โรคเบาหวาน เป็นภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูงเกินกว่าปกติ โดยเกิดจากการทำงานของอินซูลิน ที่สร้างจากตับอ่อนส่วนเบตาเซลล์ผิดปกติ ในระยะยาวจะส่งผลให้เกิดการทำงานของหลอดเลือดที่ผิดปกติ และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่รุนแรงมากขึ้น โดยคนที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้นั้น เกิดจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ได้น้อยกว่าร้อยละ 7 (Diabetes Association of Thailand, 2017) เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด แต่ผู้ที่มีภาวะเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สามารถทำได้ โดยเฉพาะในวัยทำงาน ที่พบผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้ คิดเป็นร้อยละ 29.2 (Department of Health, 2021) และหากผู้ที่มีภาวะเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ก็จะส่งผลกระทบต่อต่าง ๆ ตามมา (Health Systems Research Institute [HSRI], 2021)

ผลกระทบของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้น้อยกว่าร้อยละ 7 ได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้เกิดอาการ อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว ซึม สับสน เป็นต้น และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทำให้เกิดอาการใจสั่น หงุดหงิด กระวนกระวาย เหงื่อออกมาก เป็นต้น (Sunongbua & Suvannasan, 2022) สำหรับภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงไต ทำให้ไตขับของเสียได้น้อยลง ของเสียคั่งในร่างกายมากขึ้น ทำให้มีโปรตีนรั่วออกมากับปัสสาวะมากขึ้น หรือได้รับการฟอกเลือดจากภาวะไตวายเรื้อรัง ส่วนภาวะแทรกซ้อนทางตา ทำให้การมองเห็นลดลง และ 1 ใน 3 ของผู้ที่มีภาวะเบาหวานจะนำไปสู่ปัญหาเรื่องการมองเห็น โดยเฉพาะในวัยทำงาน (IDF, 2019) และหากเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงขั้นรุนแรงที่ก่อให้เกิดแผลที่เท้าอย่างรุนแรง จนนำไปสู่การตัดขาและเท้าในที่สุด ซึ่งวัยทำงานเป็นวัยหาเลี้ยงชีพ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการขาดงานเป็นประจำ ขาดรายได้ จากอาการเจ็บป่วย หรือประสิทธิภาพของการทำงานลดลง ครอบครัวต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงเศรษฐกิจระดับประเทศที่ต้องสูญเสียงบประมาณ การสูญเสียกำลังการผลิต



และด้านการรักษา จากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรในประเทศ (Department of Health, 2021) ดังนั้น ผู้ที่มีภาวะเบาหวานในวัยทำงานจึงต้องปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่เกิดขึ้น

สาเหตุที่ผู้ที่มีภาวะเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ อันเนื่องมาจากวิถีชีวิตของคนเมือง ต้องใช้ชีวิตที่แข่งขันกับเวลา พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการรับประทานยา (Thongpootorn & Lowirakorn, 2020) ซึ่งปัญหาที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ส่วนใหญ่มักเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะการได้รับสารอาหารที่เรียกว่าคาร์โบไฮเดรตมากเกินไป (Diabetes Association of Thailand, 2017) การมีพฤติกรรมการกินอาหารหวานจัด เค็มจัด ไขมันสูง กินผักและผลไม้ไม่เพียงพอตามเกณฑ์ในแต่ละวัน และมีการบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง กลุ่มขนมอาหารทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบ อาหารแปรรูป และอาหารจานด่วน เป็นต้น (Diabetes Association of Thailand, 2017) รวมทั้งยังพบความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ เกิดจากการดำเนินชีวิตของคนรุ่นใหม่ในสังคมเมือง โดยเฉพาะวัยทำงานที่มีข้อจำกัดด้านเวลา จึงต้องการความรวดเร็วและสะดวกสบายเป็นหลัก และต้องเร่งรีบในการไปทำงาน (Thai Health Promotion Foundation, 2021) นอกจากนี้ ผู้ที่มีภาวะเบาหวานบางรายล้มรับรับประทานยา หรือหยุดยาเบาหวานเอง บางรายมีภาวะเครียดกับการทำงาน มีการจัดการไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวาน หนึ่งในแนวคิดทฤษฎีที่ได้นำมาศึกษาวิจัย คือ แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation) ซึ่งเป็นแนวคิดที่จะช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และนำไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงได้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ร่วมกับปัจจุบัน คนส่วนใหญ่ในวัยทำงานสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีต่าง ๆ ได้ง่าย ประมาณ 1 ใน 3 ของชีวิตประจำวันอยู่กับโลกออนไลน์ (Wetsiri, 2018) อีกทั้งสภาพการพยาบาลมีนโยบายในการสนับสนุนระบบบริการพยาบาล ที่เรียกว่า การพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเข้ามาช่วยสนับสนุนในการดูแลระบบบริการสุขภาพ ทำให้มีการเข้าถึงการบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021) มีความสะดวกสบาย และรวดเร็วในการใช้ระบบบริการสุขภาพ ทำให้ผู้รับบริการได้รับคำปรึกษา คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

การศึกษารุ่นนี้ ได้นำแนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเองของ แบนดูรา (Bandura, 1986) ที่เน้นให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาที่พบในผู้ที่มีภาวะเบาหวานในวัยทำงานที่ยังขาดการควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการอารมณ์และความเครียด ทำให้รับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรค กำกับตนเอง และเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ให้เกิดความเหมาะสมได้ (Panyalert et al., 2017) ร่วมกับการใช้การพยาบาลทางไกล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021) มาช่วยส่งเสริมและติดตามการกำกับตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ที่มีภาวะเบาหวานสามารถเข้าถึงระบบบริการได้สะดวกสบายมากยิ่งขึ้น เพราะการพยาบาลทางไกลทำให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการสามารถติดต่อสื่อสารกันได้ทันที และยังช่วยลดการเดินทางรวมถึงค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพด้วย (Singthongwan, 2023)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจการนำการพยาบาลทางไกลมาพัฒนาในรูปแบบของโปรแกรมการกำกับตนเองในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อประเมิน วิเคราะห์ปัญหา วางแผน และให้การพยาบาลกับผู้ที่มีภาวะเบาหวานในวัยทำงานผ่านการพยาบาลทางไกล ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะเบาหวานมีการกำกับตนเองในการ



ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมยิ่งขึ้น และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation) ของ แบนดูรา (Bandura, 1986) ในการส่งเสริมการกำกับตนเองให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ประกอบด้วย 3 กระบวนการย่อย ดังนี้ 1) การสังเกตตนเอง (self-observation) มีกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ สังเกตตนเองเกี่ยวกับข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน 2) การตัดสินตนเอง (self-judgment) หลังจากที่ได้ข้อมูลจากการสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมของตนเอง มีฝึกการตัดสินใจโดยการทบทวนการปฏิบัติตน จากแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ นำมาเข้ากระบวนการตัดสินตนเอง โดยการให้เปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองกับแนวปฏิบัติที่ถูกต้อง 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่จะประเมินตนเอง หากสามารถกระทำปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ตรงตามเป้าหมาย ก็จะแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวก หรือการให้รางวัลตนเอง แต่หากกระทำพฤติกรรมได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ จะแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางด้านลบ

การวิจัยครั้งนี้ ใช้การพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) เข้ามาช่วยเสริมในขั้นตอนการกำกับตนเองของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ผ่านแอพลิเคชันไลน์ (Line official account) ด้วยการ Video call หรือ Voice call เป็นสื่อกลางในการสื่อสาร 2 ทาง ที่ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะเบาหวานเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมขึ้น ซึ่งการพยาบาลทางไกลจะประกอบด้วย การประเมิน (assessment) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานในขั้นตอนการสังเกตตนเองเพื่อค้นหาปัญหาและร่วมกันวางแผน (problem and planning) ให้ผู้ที่มีภาวะเบาหวานได้ทำการตัดสินตนเอง และให้แสดงปฏิกิริยาต่อตนเองจากการสังเกตพฤติกรรมของตนเอง จากนั้นให้การพยาบาล (implementation) ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพ (evaluation) ซึ่งการพยาบาลทางไกลนี้จะเข้าไปช่วยเสริมในกระบวนการ การสังเกตตนเอง การตัดสินตนเอง และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง เพื่อให้ผู้ที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ สามารถกำกับตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์และความเครียด ได้อย่างเหมาะสมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบโดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มวัยทำงานผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มวัยทำงานทั้งเพศชายและเพศหญิงช่วงอายุ 35-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่เข้ารับบริการใน รพ.สต. ชวมุง และ รพ.สต. บ้านพญาชมภู จังหวัดเชียงใหม่

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาใน รพ.สต. จังหวัดเชียงใหม่จากทั้งหมด 25 อำเภอ ทำการสุ่มอย่างง่ายได้อำเภอสารภี เป็นพื้นที่ในการดำเนินการวิจัย และทำการสุ่มอย่างง่ายอีกครั้งเพื่อเลือก รพ.สต. 2 แห่งจาก 13 แห่ง สุ่มได้ รพ.สต. ชวมุงเป็นพื้นที่ในกลุ่มการดำเนินการทดลอง และ รพ.สต. บ้านพญาชมภู เป็นพื้นที่ในกลุ่มควบคุม โดยระบบการดูแลรักษาของ รพ.สต. ทั้ง 2 แห่ง มีความใกล้เคียงกัน

ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์ และประกาศรับสมัครของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติและมีความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยมีการติดต่อประสานผ่านเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ทั้ง 2 แห่ง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง อ้างอิงจากการศึกษาของ จันจิรา ภูรัตน์ และคณะ (Poorat et al., 2020) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงและสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ คำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากการประมาณค่าความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย 2 กลุ่ม ได้ค่า effect size = 0.8 กำหนด α เท่ากับ .05 และ power เท่ากับ 0.8 จากนั้นนำไปคำนวณจากสูตรหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของ โคเฮน (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 21 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างศึกษา จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 คนต่อกลุ่ม รวมทั้งหมด 54 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 6 เดือน ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน และตรวจพบระดับ HbA1c ครั้งล่าสุดได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7, 2) สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 3) มีความสามารถในการใช้สมาร์ทโฟน หรือแท็บเล็ต และแอปพลิเคชันไลน์

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น มีบาดแผล ถูกตัดเท้า หรือได้รับการฟอกไต และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ครบ 8 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 1) แผนการจัดกิจกรรมการส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล 2) คู่มือการปฏิบัติตัวของโรคเบาหวาน 3) แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) แอปพลิเคชันไลน์ หรือ Line official account ประกอบด้วย สื่อภาพประกอบ (Infographic) ของการส่งเสริมพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์และความเครียด



ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวนทั้งหมด 16 ข้อ คำตอบแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 3, 2, และ 1 คะแนนตามลำดับ แปลผลพฤติกรรมสุขภาพจากคะแนนเฉลี่ย

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล ได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน หลังจากได้รับข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ นำไปหาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหาทั้งหมด (content validity: CVI) ได้เท่ากับ 0.96 และผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ที่ รพ.สต. หนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ใบรับรองเลขที่ 038/2567 ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ ผลการวิจัยนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลส่วนตัวอื่น ๆ รักษาไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ต่อสาธารณะ แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่มีการจดบันทึกชื่อผู้ทำแบบสอบถาม การเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ได้ทุกเมื่อ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อการบริการสุขภาพเมื่อตัดสินใจเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยนัดพบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ณ ห้องประชุม รพ.สต. ชำมุง

กิจกรรมที่ 1 (ใช้เวลา 30 นาที) ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน (pre-test) ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่าง Add Line official account และชี้แจงการใช้ Line เพื่อเป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร และใช้ในการทำกิจกรรมการพยาบาลทางไกล

กิจกรรมที่ 2 (ใช้เวลา 30 นาที) กิจกรรมสังเกตตนเอง (self-observation) ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน พร้อมทั้งชี้แจงการเขียนแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ และให้กลุ่มตัวอย่างย้อนนึกถึงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการจัดการอารมณ์และความเครียด เพื่อประเมินการรับรู้และการปฏิบัติของตนเอง และให้บันทึกลงในแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยนัดพบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ณ ห้องประชุม รพ.สต. ชำมุง

กิจกรรมที่ 3 (ใช้เวลา 30 นาที) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองได้อย่างถูกต้อง และสามารถสังเกตเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้านของตนเองได้

กิจกรรมที่ 4 (ใช้เวลา 30 นาที) ตั้งเป้าหมายให้เป็น บันทึกตนเองให้ได้ (goal setting and self-monitoring) ผู้วิจัยให้ข้อมูลการตั้งเป้าหมาย และยกตัวอย่างการตั้งเป้าหมาย ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่าง



แต่ละคน ให้กำหนดเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ของตนเอง และนำเสนอร่วมกันว่า แต่ละคนมีการกำหนดเป้าหมายของตนเองอย่างไร และให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปบันทึกพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ของตนเอง ต่อที่บ้าน ตามแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ที่แจกให้ และนัดพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ถัดไป

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยนัดพบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ณ ห้องประชุม รพ.สต. ชวมุง

กิจกรรมที่ 5 (ใช้เวลา 40 นาที) กิจกรรมเตือนตนเอง (self-monitoring) ผู้วิจัยทำการทบทวนการปฏิบัติพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน ที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนได้ทดลองบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม และร่วมกันนำเสนอเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งค้นหาตัวแบบที่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน อย่างสม่ำเสมอและใกล้เคียงกับเป้าหมายที่ตนตั้งไว้มากที่สุด เป็นบุคคลตัวอย่างนำเสนอในกลุ่ม เพื่อกระตุ้นและเสริมแรงในผู้ที่ยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเป้าหมาย และให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนฝึกให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ตนเองถึงพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้รับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกำกับตนเอง

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยนัดพบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ณ ห้องประชุม รพ.สต. ชวมุง

กิจกรรมที่ 6 (ใช้เวลา 40 นาที) กิจกรรมของการตัดสินตนเอง (self-judgment) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม และให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนในกลุ่ม ประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมทั้ง 4 ด้านของตนเอง ที่ได้บันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ที่ผ่านมา 1 สัปดาห์ นำมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายของตนเองที่ตั้งไว้ และนำมาตัดสินว่าตนเองสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ อย่างไร โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเป้าหมายสำเร็จถ่ายทอดแลกเปลี่ยนการปฏิบัติพฤติกรรม ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมกลุ่มตัวอย่างที่สามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวก และกล่าวให้กำลังใจสำหรับผู้ที่ยังทำไม่สำเร็จตามเป้าหมาย พร้อมทั้งร่วมกันหาสาเหตุที่ยังไม่สามารถทำให้บรรลุเป้าหมายได้

กิจกรรมที่ 7 (ใช้เวลา 40 นาที) กิจกรรมแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำผลที่ได้จากกระบวนการตัดสินว่าตนเองสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ และให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความรู้สึกต่อตนเอง เช่น กลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย มีการชื่นชมและให้รางวัลตนเอง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ยังทำไม่สำเร็จ ผู้วิจัยให้กำลังใจ ร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มร่วมกันแสดงความรู้สึกต่อตนเองในกลุ่ม และให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอความรู้สึกของตนเอง ทั้งกลุ่มที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่บรรลุเป้าหมายสำเร็จและกลุ่มที่ยังทำไม่สำเร็จตามเป้าหมาย

สัปดาห์ที่ 4 ถึง สัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยนัดพบกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนใน Line official account

กิจกรรมที่ 8 (online) กิจกรรมการดำเนินการกำกับตนเอง (self-regulation) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างใช้กระบวนการกำกับตนเองตามศักยภาพ โดยมีกิจกรรม self-regulation ที่ผ่านการพยาบาลทางไกลคือการ Video call หรือ Voice call ผ่าน Line official account เป็นรายบุคคล โดยทำการนัดทุกวันศุกร์ของแต่ละสัปดาห์ ทำการ Video call คนละ 5-10 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างลงบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองในแต่ละสัปดาห์ ในขณะเดียวกันผู้วิจัยทำการประเมิน วิเคราะห์ปัญหา วางแผนให้การพยาบาลและให้คำปรึกษาในรายที่มีปัญหา เพื่อติดตามและส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการกำกับตนเองอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 8 ครั้งที่ 5 ผู้วิจัยนัดพบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ณ ห้องประชุม รพ.สต. ชวมุง

กิจกรรมที่ 9 (ใช้เวลา 45 นาที) กิจกรรมสรุปผล ผู้วิจัยกล่าวสรุปการดำเนินการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน (post-test) หลังจากนั้น ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และกล่าวปิดการวิจัยครั้งนี้



กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 30 นาที) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างทราบ หลังจากนั้นให้ทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน (pre-test) และกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามมาตรฐานของ รพ.สต. บ้านพญาชมภู ผู้วิจัยทำการนัดกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 8

สัปดาห์ที่ 2-7 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลและคำแนะนำ การตรวจรักษา และนัดติดตามอาการเดือนละ 1 ครั้งตามปกติ จาก รพ.สต. บ้านพญาชมภู

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน (post-test) หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้ความรู้เรื่องแนวคิดการกำกับตนเองต่อพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการอารมณ์และความเครียดผ่านสื่อภาพประกอบ พร้อมแจกคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวาน รวมถึงการใช้การกำกับตนเอง 3 กระบวนการ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสุดท้ายผู้วิจัยกล่าวสรุปการวิจัยครั้งนี้ พร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ chi-square และ independent t-test

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกล และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ paired t-test เนื่องจากทดสอบการแจกแจงปกติด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกลและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test เนื่องจากทดสอบการแจกแจงปกติด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนมากเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 74.1 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 59.3 ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.8 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.2 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 53.03 ปี (SD = 4.00) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 52.96 ปี (SD = 5.15) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนมากมีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.50-22.99 กก./ม² คิดเป็นร้อยละ 44.4 และ 33.3 ตามลำดับ ทั้งนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์

1. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.841, p < .001$) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 27)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ		t	p-value
	โปรแกรมฯ		โปรแกรมฯ			
	M	SD	M	SD		
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ	37.25	2.91	43.18	2.20	-4.841	<0.001

2. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -6.232, p < .001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 27)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ		กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	37.25	2.91	36.21	4.13	-2.187	.217
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	43.18	2.20	38.23	2.74	-6.232	<.001

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) สามารถอภิปรายได้ว่า

การพัฒนารูปแบบโปรแกรมการกำกับตนเองตามแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1986) ผ่านการพยาบาลทางไกล ทำให้ผู้ที่มีภาวะเบาหวานเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น เนื่องจากเกิดกระบวนการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสังเกตตนเอง การตัดสินใจตนเอง และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ร่วมกับแนวทางการปฏิบัติการให้การพยาบาลทางไกลของสภาการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021) ดังนี้

ในขั้นตอนการสังเกตตนเอง ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างย้อนนึกถึงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ทั้ง 4 ด้าน ที่ผ่านมา เพื่อให้สะท้อนพฤติกรรมของตนเอง แล้วนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดเป้าหมายของตนเอง และผู้วิจัยได้แจกแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกในแต่ละสัปดาห์ เพื่อนำไปติดตามพฤติกรรมของตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนเกินครึ่งได้บันทึกการรับประทานอาหารของตนเองและได้สังเกตตนเองว่ามีการรับประทานอาหารบางมื้อไม่เหมาะสม และไม่ตรงเวลา การบันทึกพฤติกรรมของตนเองช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อตนเองทั้งด้านดี และด้านไม่ดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักและเรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น (Sriprasert et al., 2023)

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสนทนา Video call ใน Line official account ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน โดยใช้กระบวนการพยาบาลทางไกล เข้าร่วมในโปรแกรมฯ มีการประเมินกลุ่มตัวอย่าง นำปัญหาของแต่ละรายมาวิเคราะห์และร่วมกันวางแผน เพื่อติดตามและส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการกำกับตนเองอย่างต่อเนื่อง ในการดำเนินการพบกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนหนึ่งมีอาชีพทำงานในช่วงเวลากลางวัน ทำให้พบปัญหา



รับประทานอาหารและยาที่ไม่ตรงเวลา ผู้วิจัยจึงร่วมวิเคราะห์และวางแผน ให้คำปรึกษากับกลุ่มตัวอย่างในการบริหารจัดการเวลาตนเอง เพื่อรับประทานอาหารและยาตามเวลาให้เหมาะสมกับงานที่ทำ จากผลการประเมินพบว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้สามารถกำกับตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารและยาได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้อง กับงานวิจัยของ ณัฐภัสสร เดิมขุนทด และคณะ (Dermkhuntod et al., 2021) ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับการติดตามสุขภาพทางไกลมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายตามแนวคิดการกำกับตนเองได้ว่า บุคคลสามารถรับรู้และสะท้อนถึงพฤติกรรมของตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ตามศักยภาพและความสามารถของตนเองให้ดียิ่งขึ้นได้ (Bandura, 1986)

ในขั้นตอนการตัดสินใจตนเอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ในขั้นตอนแรก มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนเกินครึ่งสามารถทำตามเป้าหมายของตนเองได้ ผู้วิจัยได้กล่าวชมเชยเพื่อเสริมแรงทางบวก สำหรับกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่ยังไม่สามารถทำตามเป้าหมายได้ ผู้วิจัยกล่าวให้กำลังใจ และใช้กระบวนการพยาบาลทางไกล โดยผู้วิจัยได้ทำการสนทนา Video call ใน Line official account ของแต่ละคนที่ยังทำตามเป้าหมายไม่สำเร็จ ประเมินกลุ่มตัวอย่าง ค้นหาสาเหตุที่ไม่สามารถทำตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ มีกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งพบว่า อุปสรรคของเป้าหมายครั้งนี้ คือ ไม่สามารถเลิกดื่มกาแฟได้ จึงไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลของตนเองได้ ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษา และวางแผนร่วมกันกลุ่มตัวอย่าง เสนอทางเลือกให้ดื่มกาแฟดำหรือลดปริมาณความหวานลง จนสามารถดื่มกาแฟที่ไม่มีน้ำตาลได้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างปรับพฤติกรรมตามแผนและบันทึกผลลงในแบบบันทึกพฤติกรรมเพื่อนำมาประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพต่อไป และเพื่อเป็นการเสริมแรงในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้กล่าวให้กำลังใจ กล่าวชมเชย ซึ่งการกล่าวเสริมแรงนี้สามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ (Holmen et al., 2014)

ขั้นตอนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ในขณะที่มีการสนทนา Video call ใน Line official account ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง หากกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย กลุ่มตัวอย่างมีการชื่นชมและให้รางวัลตนเอง ทั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถมองเห็นการแสดงปฏิกิริยาของกลุ่มตัวอย่างผ่านกล้อง กลุ่มตัวอย่างจำนวนเกินครึ่งสามารถทำตามเป้าหมายของตนเองได้ และแสดงออกในท่าทางดีใจ ยิ้มแย้ม ภาคภูมิใจที่ตนสามารถทำตามเป้าหมายได้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อย ที่ยังไม่สามารถทำตามเป้าหมายได้ ผู้วิจัยได้พูดคุยให้กำลังใจและร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุที่เป็นอุปสรรคในการกำกับตนเอง เพื่อนำไปปรับพฤติกรรมที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งการเสริมแรงในการสร้างแรงจูงใจนี้ ช่วยทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความมั่นคงและยั่งยืน (Poompukeaw, 2009)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวดี เมืองจันทร์ (Maungjan, 2023) เรื่องผลของโปรแกรมกำกับตนเองต่อพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้พบว่า ผู้ที่มีภาวะเบาหวานมีการรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหารและมีพฤติกรรมควบคุมอาหารดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ดรุณี วรรณาม และคณะ (Woranam et al., 2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและระดับน้ำตาลในเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และได้เห็นพฤติกรรมของตน ทำให้ทราบจุดเด่น-จุดด้อย ของตนเอง ส่งผลให้มีการประเมินตนเอง และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง และนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

นอกจากนี้ การนำการพยาบาลทางไกล มาใช้ในการส่งเสริมการกำกับตนเองในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในวัยทำงาน ช่วยให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคตได้ เนื่องจากการพยาบาลทางไกลสามารถติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้รับบริการ และให้การพยาบาล ให้คำปรึกษาได้อย่างทันทีและรวดเร็ว โดยที่



ผู้รับบริการไม่จำเป็นต้องมาพบปะกับบุคลากรสุขภาพที่โรงพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021) ซึ่งเป็นถือว่าผลดีและตอบโจทย์ต่อกลุ่มวัยทำงาน

2. กลุ่มผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) สามารถอภิปรายได้ว่า

การนำแนวคิดการกำกับตนเองของ แบนดูรา (Bandura, 1986) ที่ประกอบไปด้วย การสังเกตตนเอง การตัดสินใจตนเอง และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ผ่านการพยาบาลทางไกล ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฯ เกิดความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการอารมณ์และความเครียด ให้มีความเหมาะสม และทำให้เกิดการรับรู้และสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในจุดเด่นจุดด้อยของตนเอง (Woranam et al., 2021) ประกอบกับ กลุ่มตัวอย่างวัยทำงานเป็นวัยที่ต้องหารายได้เลี้ยงชีพ การเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อติดตามการรักษา ต้องขาดหรือลางาน ทำให้ขาดรายได้ (Wannasiri, 2016) และบางรายขาดการตระหนักในภาวะสุขภาพของตนเอง ไม่ได้มาติดตามอาการตามนัด ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (Wandao et al., 2018) การวิจัยครั้งนี้ ได้เอื้อต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ เพราะการใช้การพยาบาลทางไกล ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้ใช้ Line official account ซึ่งเป็นเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ ไม่มีค่าบริการ สามารถสื่อสารได้ทั้งสองทาง ทั้งรูปภาพและเสียง (Booncherd, 2018) มาใช้ในการติดตามเพื่อส่งเสริมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน เมื่อมีการติดตามผ่านทาง Line official account อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันวางแผน และให้คำปรึกษาทางไกล จึงนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุตาสินี สุทธิฤทธิ์ และคณะ (Suthirit et al., 2018) เรื่องประสิทธิผลโปรแกรมกำกับตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ตำบลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการสื่อสารทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล กระตุ้นเตือนในการปฏิบัติกิจกรรมลดน้ำหนักได้

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า แนวคิดการกำกับตนเองของ แบนดูรา (Bandura, 1986) สามารถช่วยให้ผู้ที่มีภาวะเบาหวานได้ส่งเสริมให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้ การติดตามการกำกับตนเองผ่านระบบการพยาบาลทางไกล ช่วยให้เกิดความสะดวกต่อบุคลากรสุขภาพและผู้รับบริการในการติดตาม สามารถซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างยั่งยืน (Dermkhuntod et al., 2021)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลมาเป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โดยผ่านการอบรมการใช้โปรแกรมฯ ก่อนนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริการมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการติดตามผลในระยะยาว โดยการตรวจน้ำตาลในเลือด (FBS) หรือระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) อย่างน้อย 3 เดือน



2. ควรพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลทางไกลในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ในกลุ่มวัยทำงานที่มีความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีได้

References

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Booncherd, C. (2018). Follow-up for disabled, bedridden, cancer patients and primary pharmaceutical care by using the line application in Kut Chum District, Yasothon Provinces. *Journal of Health Science*, 27(5), 920-926. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Department of Health. (2021). *Operation manual, indicators, percentage of elderly population with desirable health behaviors, fiscal year 2022*. Department of Health, Ministry of Public Health. <https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/download/?did=207386&id=82653&reload=>
- Dermkhuntod, N., Kwancharoen, R., Chauntantikamol, C., Paholpal, P., & Suraamornkul, S. (2021). Effects of telehealth monitoring on glycemic control and medication adherence in patients with poorly controlled type 2 diabetes. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*, 65(Suppl.), S75-S89. (in Thai)
- Diabetes Association of Thailand. (2017). *Clinical practice guideline for diabetes 2017*. <https://w2.med.cmu.ac.th/nd/wp-content/uploads/2019/11/Dm60.pdf>
- Health Systems Research Institute (HSRI). (2021). *Strategic plan of the health systems research institute 2022-2026*. <https://www.hsri.or.th/strategic>
- Holmen, H., Torbjørnsen, A., Wahl, A. K., Jenum, A. K., Småstuen, M. C., Arsand, E., & Ribu, L. (2014). A mobile health intervention for self-management and lifestyle change for persons with type 2 diabetes, part 2: One-year results from the Norwegian randomized controlled trial renewing health. *JMIR mHealth and uHealth*, 2(4), e57. <https://doi.org/10.2196/mhealth.3882>
- International Diabetes Federation [IDF]. (2019). *IDF Diabetes Atlas* (9th ed.). https://www.spd.pt/images/idf_atlas_9th_edition_2019.pdf
- Maungjan, V. (2023). The effect of a self-regulation program on eating behaviors and blood glucose levels in not control diabetic patients type II. *Sisaket Journal of Research and Health Development*, 2(Extra 2), 1-15. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/article/view/2045/1472> (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2022). *Chiang Mai health data center*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>
- Panyalert, S., & Imamee, N., & Kriengkaisakda, W. (2017). Self-regulation to promote dietary and exercise behaviors of type II diabetic patients of Ban-Nongchado Sub-District Health Promoting Hospital, Suphanburi Province. *Journal of Health Education*, 40(1), 69-81. (in Thai)



Effect of a Self-Regulation Enhancing Program via Tele-nursing on Health Behaviors
Among Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in Communities
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน

- Poompukeaw, W. (2009). *The effectiveness of application by self-regulation theory and transtheoretical theory for behavior development on weight reduction among government officers in Nahaeo District, Loei Province* [Master's thesis, Khon Kaen University].
https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/KKU.the.2009.431 (in Thai)
- Poorat, J., & Pichayapinyo, P., & Lagampan, S. (2020). Effects of self-regulation program on glycemic control in patients with uncontrolled type 2 diabetes. *Kuakarun Journal of Nursing*, 27(1), 20-33. (in Thai)
- Singthongwan, W., & Puanfai, S. (2023). The effects of telenursing on the abilities of caregivers of patients with stroke after discharging from Chiang Mai Neurological Hospital. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office*, 29(1), 43-57. (in Thai)
- Sriprasert, K., Aungwattana, S., & Tamdee, D. (2023). The effect of a tele-nursing-based self-management program on health behavior of persons with uncontrolled diabetes mellitus in a community. *Nursing Journal CMU*, 50(3), 99-115. (in Thai)
- Sunongbua, A., & Suvannasan, L. (2022). Caring diabetes mellitus: The role of nurses in tertiary care hospital. *Journal of Nurse and Public Health, Chaiyaphum*, 1(1), 8-14. (in Thai)
- Suthirit, S., Pinchaleaw, D., & Keskomon, T. (2018). The effectiveness of self-regulation program with line application among overweight health volunteers, Tharongchang District, Surat Thani Province. *Journal of The Police Nurses*, 10(2), 330-339. (in Thai)
- Thai Health Promotion Foundation. (2021). *Report on the situation of non-communicable diseases*. <https://shorturl.asia/9Hd5x>
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2021). Announcement of the nursing and midwifery council on guidelines for tele-nursing. *Royal Gazette*, 138(33), 49-51. https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0049.PDF (in Thai)
- Thongpootorn, P., & Lowirakorn, S. (2020). Food consumption of diabetic patients with uncontrolled plasma glucose level at diabetic clinic, Kut Chap Hospital, Udon Thani Province. *KKU Journal for Public Health Research*, 13(1), 22-32. (in Thai)
- Wandao, Y., Chinnawong, T., Chalothorn, U., & Tipwong, A. (2018). The experience of self-management in patients with uncontrolled type 2 diabetes, Sadao Hospital, Sadao, Songkhla. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(3), 52-64. (in Thai)
- Wannasiri, T. (2016). Families relationship in self-care promotion for uncontrolling blood sugar in type 2 diabetes. *Kuakarun Journal of Nursing*, 23(2), 31-50. (in Thai)
- Wetsiri, W. (2018). *The use of technology in healthcare within the Thai public health ecosystem*. <https://techsauce.co/news/healthtech-4-0-1>
- Woranam, D., Toonsiri, C., & Homsin, P. (2021). Effects of self-regulation program on eating behavior, exercise behavior, and blood sugar level among people at high risk of diabetes mellitus. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, 32(1), 32-47. (in Thai)



The Effects of a Digital Enhanced-learning Program on Teenage Pregnancy Prevention Practices Among Middle School Girls in a Community*

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน*

Charuwan	Danpo**	จารุวรรณ	แดนโพธิ์**
Sivaporn	Aungwattana***	ศิวพร	อึ้งวัฒนา***
Wilawan	Tuanrat****	วิลาวัลย์	เดือนราษฎร์***

Abstract

Female students are at risk of teenage pregnancy because they are at an age characterized by physical and emotional changes, which makes them curious and inclined to explore new experience, particularly related to sexuality. In addition, adolescents frequently use social media and have greater access to online content. Therefore, promoting learning through digital media is crucial for improving knowledge and preventive behaviors regarding teenage pregnancy. This quasi-experimental study aims to examine the effects of a digital enhanced-learning program on teenage pregnancy prevention practices among middle school girls in a community. The participants consisted of 34 lower secondary school students aged 13-15, randomly assigned into an experimental or a control group, with 17 students in each group. The research tools included a digital media-based learning enhancement program on adolescent pregnancy prevention, which was designed using Bloom's concept. Digital media used in the program included video clips, simulated scenarios, and questionnaires assessing skills for refusing sexual advances and suitable pregnancy prevention practices. Data analysis was performed using descriptive statistics, paired sample t-test, and independent t-test.

The study findings revealed that the experimental group had a statistically significant higher mean score for pregnancy prevention practices after participating in the program ($M = 28.82$, $SD = 1.46$) compared to before the program ($M = 20.11$, $SD = 3.75$) ($t = 9.126$, $p < .001$). Additionally, after the program, the experimental group had a significantly higher mean score ($M = 28.82$, $SD = 1.46$) than the control group which received standard care ($M = 14.64$, $SD = 2.97$) ($t = 5.084$, $p < 0.001$).

This study demonstrates that a digital enhanced-learning program can effectively promote pregnancy prevention behaviors among adolescents by significantly improving participants' knowledge, awareness, and critical thinking regarding sexuality education. Furthermore, it can be adapted for use in organizing educational activities or developing sexuality education curricula in schools and communities, in ways that are appropriate to the current adolescent context.

Keyword: Digital media; Learning enhancement; Middle school girls; Teenage pregnancy prevention

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: sivaporn.a@cmu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 10 December 2024; Revised 4 June 2025; Accepted 6 June 2025



The Effects of a Digital Enhanced-learning Program on Teenage Pregnancy Prevention Practices Among Middle School Girls in a Community

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

บทคัดย่อ

นักเรียนหญิงมีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เนื่องจากอยู่ในวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและอารมณ์ ทำให้อยากรู้อยากเห็นและอยากรลองประสบการณ์ใหม่ ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ นอกจากนี้ วัยรุ่นมักใช้โซเชียลมีเดียและเข้าถึงเนื้อหาออนไลน์มากขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุ 13-15 ปี จำนวน 34 ราย สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 ราย เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลในการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ บลูม สื่อดิจิทัลเป็นคลิปวิดีโอ สถานการณ์จำลอง และแบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ paired sample t-test และ independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($M = 28.82, SD = 1.46$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($M = 20.11, SD = 3.75$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.126, p < .001$) และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย ($M = 28.82, SD = 1.46$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลแบบปกติ ($M = 14.64, SD = 2.97$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.084, p < 0.001$)

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลสามารถส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยช่วยเพิ่มความรู้ ความตระหนัก และการคิดวิเคราะห์ด้านเพศศึกษา รวมถึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมหรือพัฒนาหลักสูตรเพศศึกษา ในโรงเรียนและชุมชนได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่นในปัจจุบัน

คำสำคัญ: สื่อดิจิทัล การเสริมสร้างการเรียนรู้ นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: sivaporn.a@cmu.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 10 ธันวาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความ 4 มิถุนายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 6 มิถุนายน 2568



The Effects of a Digital Enhanced-learning Program on Teenage Pregnancy Prevention Practices Among Middle School Girls in a Community

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญโดยองค์การสหประชาชาติ (United Nation: UN) ได้กำหนดให้ลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี เป็นตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนโดยต้องบรรลุในปี พ.ศ. 2573 (Sustainable Development Goals: SDGs) นอกจากนี้ ยังพบว่า ในทวีปเอเชียประเทศที่มีอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นสูงที่สุด ได้แก่ ประเทศไทย และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยพบว่า พ.ศ. 2563 มีจำนวนมารดาตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรจำนวน 31.3 ต่อประชากร 1,000 คน (Bureau of Reproductive Health, Department of Health, 2020) จากการรายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี พบร้อยละ 14.9 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด คือ ร้อยละ 14.5 สำหรับจังหวัดสุโขทัย พบข้อมูลจำนวนมารดาตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 16.6 ต่อประชากร 1,000 คน จากการสำรวจพบว่า ในอำเภอทองไทรลาด มีจำนวนมารดาที่ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสูงถึงร้อยละ 17.6 มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกินร้อยละ 10 (World Health Organization [WHO], 2024)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ด้านร่างกาย คือ วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระอย่างรวดเร็ว หากเกิดการตั้งครรภ์ในขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ประกอบกับการเจริญเติบโตของกระดูกเชิงกรานยังไม่เต็มที่ ส่งผลให้ศีรษะของทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกราน อาจเกิดปัญหาการคลอดล่าช้า ต้องใช้เครื่องมือในการช่วยคลอด หรือการผ่าคลอดทางหน้าท้อง และผลกระทบจากกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ตั้งครรภ์อาจเกิดภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะภาวะขาดธาตุเหล็ก (folic acid) รวมถึงภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังพบว่า ยิ่งมารดามีอายุน้อยความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดจะมีอัตราที่สูงขึ้น ส่งผลให้ทารกน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight) สำหรับด้านจิตใจ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรจะมีความเครียด เนื่องจากวิตกกังวลเรื่องการเลี้ยงดูบุตร การศึกษาต่อ รวมถึงเศรษฐกิจและสังคม อาจจะทำให้เสียโอกาสทางการศึกษา บางรายอาจจะต้องออกจากโรงเรียนเพื่อทำงานหาเงินเลี้ยงดูบุตร (Mekkamon & Wichianprapa, 2018) ในด้านสังคม บุคคลในครอบครัวอาจเกิดความผิดหวัง อับอาย อาจจะต้องหยุดงานเพื่อมาช่วยแม่วัยรุ่นเลี้ยงดูบุตรหลาน อีกทั้งยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวอีกด้วย

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มเด็กนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นอายุ 15-19 ปี มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ แต่มีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำ เมื่อวัยรุ่นประสบปัญหา มักเลือกวิธีการแก้ไขปัญหตามคำแนะนำหรือประสบการณ์ของเพื่อนที่ไม่ถูกต้อง และส่วนหนึ่งพบว่า วัยรุ่นหญิงมีทัศนคติยอมรับการมีเพศสัมพันธ์หากเกิดจากความรัก และไม่ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีก (Sirisub et al., 2012) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ง่าย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับสถานการณ์ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมอย่างมากและรวดเร็ว มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสารต่าง ๆ ทำให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงสื่อข้อมูลและกระตุ้นอารมณ์ทางเพศได้ง่าย (Punmeekij et al., 2022) การแต่ต้องสัมผัสตัวระหว่างชายหญิง รวมถึงการเข้าถึงสถานบันเทิง มีผลส่งเสริมและกระตุ้นให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเช่นกัน (Duangchan et al., 2019) นอกจากนี้ การจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนพบว่า ส่วนใหญ่มีการให้ความรู้ตามบทเรียนผ่านข้อความในหนังสือ และยังขาดการปรับทัศนคติที่ถูกต้อง การสร้างแรงจูงใจ รวมถึงการฝึกทักษะที่เหมาะสม เพื่อสามารถนำไปสู่ปฏิบัติได้ถูกต้อง (Ard-am, 2000) ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาตามบทเรียนเพียงอย่างเดียวยังไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือเกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องได้

วัยรุ่นควรได้รับความรู้ ได้รับการส่งเสริมค่านิยมที่เหมาะสม เพื่อให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เมื่อเข้าสู่ระยะวัยรุ่นตอนต้น มีทัศนคติที่ถูกต้องต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร รวมถึงมีทักษะในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์และป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการประยุกต์ใช้



The Effects of a Digital Enhanced-learning Program on Teenage Pregnancy Prevention Practices Among Middle School Girls in a Community

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

แนวความคิดการเรียนรู้ของ บลูม (Bloom, 1995) เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีตามแนวคิดอนุกรมวิธาน โดยมีจุดมุ่งหมายทางการศึกษาด้านพุทธิพิสัย ที่สะท้อนให้เห็นรูปแบบการคิดที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น โดยผู้สอนเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้ความรู้ เป็นผู้ชี้แนะแนวทาง เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีโอกาสฝึกทักษะที่สำคัญและจำเป็นอยู่เสมอ ประกอบกับเทคโนโลยีมีการพัฒนาและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งความเร็ว ความเสถียร การนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาควบคู่ไปด้วยเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญมาก (Phinla, 2016)

การศึกษาครั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ บลูม (Bloom, 1995) เสริมสร้างการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้าน คือ พุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ด้านจิตพิสัย (Affective Domain) และด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) โดยด้านพุทธิพิสัย คือ การเรียนรู้พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญา ความรู้ ความคิดอย่างมีประสิทธิภาพทั้ง 6 ระดับ ได้แก่ 1) ความรู้ เป็นความสามารถในการจำแนกประสบการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง 2) ความเข้าใจ เป็นความสามารถในการบ่งบอกใจความสำคัญของประเด็นเนื้อหาได้อย่างถูกต้อง 3) การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ คือ ความสามารถในการนำหลักการ กฎเกณฑ์ที่ได้เรียนรู้มาประยุกต์ใช้ 4) การวิเคราะห์ เป็นความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่เรียนรู้และจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ 5) การสังเคราะห์ เป็นการผสมผสานสิ่งต่าง ๆ ที่เรียนรู้เข้าด้วยกันและประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม และ 6) การประเมินค่าเป็นความสามารถในการวินิจฉัยหรือการตัดสินใจกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งลงไปโดยมีเกณฑ์หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ สำหรับด้านจิตพิสัย คือ พฤติกรรมทางด้านจิตใจ เช่น ค่านิยม ทศนคติ ส่วนด้านทักษะพิสัย คือ พฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความสามารถในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สนใจศึกษาการใช้ทักษะการถ่ายทอดความรู้ที่เหมาะสมกับวัยรุ่นเสริมสร้างความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการทางเพศของกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น การคุมกำเนิด การป้องกันการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การใช้ถุงยางอนามัย การรับประทานยาคุมฉุกเฉิน ร่วมกับการสอนทักษะชีวิต และเสริมสร้างภูมิคุ้มกันชีวิต โดยยึดโรงเรียนเป็นฐาน (School-Based) ผ่านกระบวนการเรียนรู้ด้วยสื่อดิจิทัล เพื่อให้ นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีความรู้เท่าทันสื่อ มีทักษะชีวิตที่เหมาะสม สามารถป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้อย่างเหมาะสม การใช้โปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลและการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในครั้งนี้ จะสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรและลดความเสี่ยงต่อปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียน หญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่ได้รับโปรแกรมฯ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียน หญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

สมมุติฐานงานวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ



The Effects of a Digital Enhanced-learning Program on Teenage Pregnancy Prevention Practices Among Middle School Girls in a Community

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

กรอบแนวคิดงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของ บลูม (Bloom, 1995) ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ทั้งพุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย ร่วมกับการเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัล เป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะการใช้สื่อดิจิทัลในศตวรรษที่ 21 สามารถเข้าถึงสื่อได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม การเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัย คือ การเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญา ความรู้ ความคิด ความสามารถในการคิดเรื่องราวต่าง ๆ นำไปสู่การมีจิตพิสัย คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านจิตใจ ค่านิยมความเชื่อ รวมไปถึงทัศนคติพฤติกรรมเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้หากผู้สอนมีการสอดแทรกค่านิยม ความเชื่อที่ถูกต้องแก่ผู้เรียนรู้ เช่น การปลูกฝังเรื่องค่านิยมทางเพศที่ถูกต้อง การวางตัวต่อเพศตรงข้าม นำไปสู่ทักษะพิสัย การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเพศตรงข้าม รวมถึงถึงค่านิยมกับเพื่อนต่างเพศ การรักษาวลสงวนตัว โดยผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองผ่านการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น สื่อเสียง ภาพเคลื่อนไหว ภาพวิดีโอในหัวข้อเรื่อง 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของวัยรุ่นตอนต้น 2) ทักษะการปฏิเสธต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร 3) วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เช่น การคุมกำเนิด การนับระยะปลอดภัย การรับประทานยาคุมฉุกเฉิน จะทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ นำไปสู่การปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรการกระทำที่ไม่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ ได้แก่ 1) ทักษะการปฏิเสธของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร 2) วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เช่น การคุมกำเนิด การนับระยะปลอดภัย การรับประทานยาคุมฉุกเฉิน เพื่อลดความเสี่ยงต่อปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) โดยศึกษาแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่ม (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 1-3 อายุ 13-15 ปีบริบูรณ์ โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในอำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนหญิง ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ศึกษาที่โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในอำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) ของ โคเฮน (Cohen, 1992) โดยกำหนดค่าพารามิเตอร์สำหรับการวิเคราะห์การทดลองสองกลุ่มที่อิสระต่อกัน (two sample independence group test) ชนิดสองทาง (two tailed test) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (level of power) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับ 0.80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significant) เท่ากับ .05 โดยประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ในตารางการประมาณค่าขนาดอิทธิพลที่ โคเฮน (Cohen, 1977) กำหนดไว้ชนิด difference between two mean เท่ากับ 0.50 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลางที่สามารถนำมาประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาลได้ (Polit & Hungler, 1995) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 17 ราย รวมจำนวน 34 ราย โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกที่ชัดเจน มีการจัดสรรกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับชั้น (ม.1-ม.3) ให้มีจำนวนเท่ากัน เพื่อควบคุมความแปรปรวนจากระดับชั้น ซึ่งมีผลต่อการเรียนรู้ จากนั้นจึงทำการ สุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) เพื่อแบ่งนักเรียนในแต่ละชั้นออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 คน รวม 34 คน



The Effects of a Digital Enhanced-learning Program on Teenage Pregnancy Prevention Practices Among Middle School Girls in a Community

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ 1) กลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุตั้งแต่ 13-15 ปีบริบูรณ์ 2) ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองในการเข้าร่วมงานวิจัย 3) ใช้สมาร์ทโฟน มีทักษะในการใช้สื่อดิจิทัล และ 4) ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ร้อยละ 80

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แผนกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ และสื่อดิจิทัลที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom's taxonomy ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้โดยที่ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจน การกำหนดจุดมุ่งหมายในการศึกษาเรียกว่า taxonomy of education โดยมีการจำแนกจุดมุ่งหมายออกทั้ง 3 ด้าน คือ พุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย มีหัวข้อการเรียนรู้ดังนี้ 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของวัยรุ่นตอนต้น 2) ทักษะการปฏิเสธต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร 3) วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ได้แก่ การรับประทานยาคุม การนั้บระยะปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัยและการหลั่งนอก เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ และการอยู่ร่วมกับครอบครัวเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 7 ข้อ

2.2 แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรผ่านสถานการณ์จำลอง เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ได้แก่ 1) ทักษะการปฏิเสธต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร 2) วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เช่น การคุมกำเนิด การนั้บระยะปลอดภัย การรับประทานยาคุมฉุกเฉินจำนวน 15 ข้อ โดยให้เลือกตอบ ลักษณะข้อคำถามเป็นทางบวก ใช้มาตราวัดแบบประมาณค่า (Likert scale) มี 3 ระดับ คือ เห็นด้วยเป็นอย่างมาก เท่ากับ 2 คะแนน เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน และไม่เห็นด้วย เท่ากับ 0 คะแนนตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน คือ 1) แผนกิจกรรม โปรแกรมฯ 2) สื่อวิดีโอในหัวข้อที่เรียนรู้ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของวัยรุ่น 2) ทักษะการปฏิเสธต่อสถานการณ์เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร 3) การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ได้แก่ การรับประทานยาคุม การนั้บระยะปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัยและการหลั่งนอก เป็นต้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความครอบคลุมด้านเนื้อหาและความเหมาะสม กิจกรรมที่สอดคล้องกับทฤษฎี โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 2 ท่าน อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ท่าน อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการเชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมของเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุง แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความสอดคล้องกับกิจกรรมและสื่อให้มีความเหมาะสมและชัดเจน

1.2 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรผ่านสถานการณ์จำลอง ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 6 ท่าน นำมาคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.90



The Effects of a Digital Enhanced-learning Program on Teenage Pregnancy Prevention Practices Among Middle School Girls in a Community

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรผ่านสถานการณ์จำลองไปทดสอบกับกลุ่มนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.77

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับการรับรองจริยธรรมเลขที่ 112/2567 อนุมัติเมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2567 ภายหลังจากอนุมัติผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ผู้อำนวยการโรงเรียน โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นสิ่งสำคัญ และขออนุญาตผู้ปกครองและนักเรียนก่อนเข้าร่วมการทดลองชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์ที่ได้รับ และสิ่งที่ต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมวิจัย พร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องขออนุญาตหรือแจ้งให้ทราบล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ถูกเก็บเป็นความลับ บันทึกข้อมูลทั้งหมดใช้รหัสแทนชื่อจริง โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลใด ๆ การเก็บข้อมูลระบุเป็นรหัส ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ในระบบฐานข้อมูลออนไลน์ ผู้วิจัยเปิดให้ผู้เดียวและถูกเชื่อมโยงโดยรหัส ส่วนข้อมูลที่เป็นรูปแบบเอกสารถูกเก็บไว้ในตู้เก็บเอกสารแบบนิรภัยที่มีการใส่รหัสและมีกุญแจล็อก และจะถูกทำลายหลังผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารแล้ว 2 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง

เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ใช้เวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างผ่านครูผู้รับผิดชอบการนัดหมายที่โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในอำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย หลังจากนั้น ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและให้เข้าร่วมกลุ่มผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์แอปพลิเคชันไลน์โดยใช้นามสมมติ และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา การอยู่ร่วมกับครอบครัว และจำนวนพี่น้อง จำนวน 7 ข้อ และทำแบบทดสอบสถานการณ์จำลองผ่าน Google form จำนวน 15 ข้อ (pre-test) หลังจากนั้น ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเสริมสร้างการเรียนรู้แก่กลุ่มทดลองด้านพุทธิพิสัย จิตตพิสัย ตามแนวคิดของบลูม มีการดำเนินกิจกรรมโดยให้ความรู้ผ่านสื่อดิจิทัลเป็นคลิปวิดีโอ เรื่องการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของวัยรุ่น การเตรียมตัวจัดการกับการเปลี่ยนแปลงกับร่างกายตนเอง โดยแบ่งเป็น 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันที่ 1 ใช้เวลา 10 นาที ครั้งที่ 2 วันที่ 3 ใช้เวลา 20 นาที

2. สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยเสริมสร้างการเรียนรู้แก่กลุ่มทดลอง เรื่องทักษะการปฏิเสธในด้านพุทธิพิสัย จิตตพิสัย และทักษะพิสัย เป็นคลิปวิดีโอสถานการณ์จำลองเรื่องทักษะการปฏิเสธต่อสถานการณ์เสี่ยงต่อการเกิดการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ทักษะการปฏิบัติต่อเพื่อนต่างเพศที่ถูกต้อง การวางตัวเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร โดยแบ่งเป็น 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันที่ 1 ใช้เวลา 10 นาที ครั้งที่ 2 วันที่ 3 ใช้เวลา 20 นาที

3. สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยเสริมสร้างการเรียนรู้แก่กลุ่มทดลองเรื่อง การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ในด้านพุทธิพิสัย จิตตพิสัย และทักษะพิสัย ผ่านสื่อดิจิทัลเป็นคลิปวิดีโอเรื่องการคุมกำเนิด ชนิดของยาคุมกำเนิด การรับประทานยาคุมกำเนิดที่ถูกต้อง การนับระยะปลอดภัย วิธีการหลังภายนอก การจำแนกชนิดของถุงยางอนามัยของเพศชายและเพศหญิง การใช้การเลือกซื้อถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง วิธีการเก็บรักษาถุงยางอนามัยผ่านคลิปวิดีโอ โดยแบ่งเป็น 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันที่ 1 ใช้เวลา 10 นาที ครั้งที่ 2 วันที่ 3 ใช้เวลา 20 นาที



The Effects of a Digital Enhanced-learning Program on Teenage Pregnancy Prevention Practices Among Middle School Girls in a Community

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

4. สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองศึกษาด้วยตนเองผ่านสื่อดิจิทัลเป็นคลิปวิดีโอ ในหัวข้อ 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของวัยรุ่น 2) การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และ 3) ทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองสามารถถามตอบในประเด็นที่สงสัยผ่านแอปพลิเคชัน

5. สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินสถานการณ์จำลองผ่าน Google Form 2 สถานการณ์ (post-test) ได้แก่ 1) สถานการณ์การปฏิเสธต่อสถานการณ์เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และ 2) สถานการณ์จำลองการเลือกใช้วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงต่อสถานการณ์ที่อาจจะทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์นำไปสู่การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ โดยแบ่งเป็น 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 15 นาที

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบทดสอบการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรผ่านสถานการณ์จำลองผ่าน Google Form จำนวน 15 ข้อ (pre-test)

2. กลุ่มควบคุมเรียนรู้ผ่านการสอนภาคทฤษฎีตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยครูประจำวิชาในหัวข้อเรื่องหวั่นการเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์เนื้อหาในบทเรียนประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของแต่ละช่วงวัย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม การสร้างเสริมสุขภาพ สมรรถภาพและการป้องกันโรคจากการมีเพศสัมพันธ์ ในชั้นเรียนของตนเอง และการอ่านหนังสือประกอบการเรียนการสอนในสัปดาห์ที่ 1-4

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบทดสอบการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรผ่านสถานการณ์จำลองผ่าน Google Form 2 สถานการณ์ (post-test) ในสัปดาห์ที่ 5 ภายหลังจากทำแบบทดสอบ ผู้วิจัยให้ความรู้หัวข้อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของวัยรุ่น การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และทักษะการปฏิเสธต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และเปิดโอกาสให้ซักถามเรื่องที่สงสัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติ chi-square

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ paired t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มทดลอง 17 ราย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 13.82 ปี (SD = 0.80) อยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.53 มัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.41 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.05 มีการพักอาศัยกับพ่อและแม่มากที่สุด คือ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.90 และกลุ่มควบคุม 17 ราย มีอายุเฉลี่ย 14.05 ปี (SD = 0.89) อยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.42 มัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 3 จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.29 พักอาศัยอยู่กับพ่อและแม่มากที่สุด 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.83 ซึ่งเมื่อนำมาทดสอบทางสถิติแล้วพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน



The Effects of a Digital Enhanced-learning Program on Teenage Pregnancy Prevention Practices Among Middle School Girls in a Community
 ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
 ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 34)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 17)	กลุ่มควบคุม (n = 17)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (ปี)			
13 ปี	7 (41.17)	6 (35.30)	.523
14 ปี	6 (35.30)	4 (23.53)	
15 ปี	4 (23.53)	7 (41.17)	
อายุเฉลี่ย (SD)	13.82 (81.29)	14.05 (82.64)	
ระดับการศึกษา			
มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1	4 (23.53)	5 (29.42)	.784
มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2	5 (29.41)	6 (35.29)	
มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3	8 (47.05)	6 (35.29)	
พักอาศัยกับใครเป็นหลัก			
พ่อและแม่	9 (52.90)	10 (58.83)	.921
พ่อหรือแม่	5 (29.41)	4 (23.53)	
ญาติ	3 (17.64)	3 (17.64)	
จำนวนพี่น้อง			.584
1 คน	10 (58.82)	9 (52.94)	
2 คน	6 (35.29)	7 (41.17)	
3 คน	1 (5.89)	1 (5.89)	

หมายเหตุ สถิติ chi-square test

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัล

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยรุ่นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยรุ่นของกลุ่มทดลอง (M = 28.82, SD = 1.46) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (M = 20.11, SD = 3.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 9.126, p < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยรุ่นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 17)

การปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์	คะแนนเฉลี่ย (mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	t	p-value
ก่อนการทดลอง	20.11	3.75	9.126	.001
หลังการทดลอง	28.82	1.46		

*** p < .001



The Effects of a Digital Enhanced-learning Program on Teenage Pregnancy Prevention Practices Among Middle School Girls in a Community
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ (Mean = 28.82, SD = 1.46) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (Mean = 14.46, SD = 2.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.084, p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ($n = 17$) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ($n = 17$)

การปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์	คะแนนเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	t	p-value
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	28.82	1.46	5.084	<.001
กลุ่มควบคุม	14.46	2.97		

*** $p < .001$

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ฯ ตามแนวคิดของ บลูม (Bloom, 1995) เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยผ่านสื่อดิจิทัล ได้รับการเสริมสร้างการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพุทธิพิสัย เป็นการเรียนรู้พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญา ความรู้ ความคิด ความสามารถในการคิดเรื่องราวต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพในสัปดาห์แรก มีการให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของวัยรุ่นเพศชาย เพศหญิง การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในวัยรุ่นซึ่งสอดคล้องกับการเรียนรู้ของวัยรุ่นที่มีความสามารถในการเข้าถึงสื่อดิจิทัลได้อย่างดีและรวดเร็ว อีกทั้งเนื้อหาเชิงความรู้ ยังมีความเหมาะสมกับวัยรุ่นตอนต้นที่มีอายุ 13-15 ปี

สำหรับด้านจิตพิสัย เป็นพฤติกรรมทางด้านจิตใจ ค่านิยม ทักษะคิด ความเชื่อ ผู้วิจัยได้สอดแทรกค่านิยม ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องเพศ การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อเพื่อนต่างเพศในโปรแกรมฯ ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ในช่วงวัยนี้ เป็นวัยที่เกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านกระบวนการคิด การตัดสินใจ การปรับตัวให้เข้ากับกลุ่มเพื่อนจึงเป็นวัยที่เหมาะสมต่อการปลูกฝังทัศนคติเชิงบวก และค่านิยมทางเพศที่เหมาะสม ในส่วนด้านทักษะพิสัย เป็นพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความสามารถของผู้เข้าร่วมโปรแกรมในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการแสดงออกต่อเพื่อนต่างเพศ การแสดงพฤติกรรมรักนวลสวนตัวของเพศหญิง การแสดงออกต่อเพื่อนชายที่เหมาะสม นำไปสู่การเรียนรู้สู่การปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยผ่านการเรียนรู้ตามแนวคิดของ บลูม (Bloom,



The Effects of a Digital Enhanced-learning Program on Teenage Pregnancy
Prevention Practices Among Middle School Girls in a Community
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

1995)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมซักถามข้อสงสัย นำไปสู่ขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ สามารถนำความรู้ที่ได้ประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การสังเกตร่างกายตนเอง เตรียมตัวจัดการกับการเปลี่ยนแปลงกับร่างกายตนเอง เช่น การมีประจำเดือน การมีสะเก็ดผื่น หนองที่ใหญ่อขึ้น และเริ่มมีกลิ่นตัว ซึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้ในด้านพุทธิพิสัย และยังเป็นการเรียนรู้ผ่านสื่อออนไลน์เรื่อง การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรด้วยทักษะปฏิเสธที่เหมาะสม เป็นภาพวิดีโอสถานการณ์จำลอง ทักษะการปฏิเสธเมื่อเสี่ยงต่อสถานการณ์มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรที่เหมาะสมตามแนวคิดด้านทักษะพิสัย ซึ่งสอดคล้องกับเนื้อหาในหลักสูตรการสอนในระบบการศึกษาภาคปกติ

การที่ผู้วิจัยได้นำเทคโนโลยีปัจจุบัน คือ สื่อดิจิทัลผ่านแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้แล้วนำไปสู่ทักษะพิสัย ได้แก่ เรื่องการคุมกำเนิดในรูปแบบต่าง ๆ เช่น วิธีการรับประทานยาคุมกำเนิดและยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน การนับระยะปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง การหลั่งนอก ผ่านคลิปวิดีโอภาพเคลื่อนไหว ซึ่งส่งผลให้กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมได้เกิดการเรียนรู้ เห็นภาพประกอบจากสถานการณ์ที่จำลองมาจากสถานการณ์จริง ซึ่งการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองด้วยตนเองนั้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเกิดกระบวนการเรียนรู้เชิงบวก ทำให้เกิดทักษะการคิดวิเคราะห์เพื่อนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ประกอบกับมีเวลาศึกษาสื่อดิจิทัลต่าง ๆ ด้วยตนเอง และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในหัวข้อที่เรียนรู้ได้

การเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้สู่การปฏิบัติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ บลูม (Bloom, 1995) ร่วมกับการผ่านสื่อดิจิทัล เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลดดา กิงมาลา และคณะ (Kingmala et al., 2015) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง ต่อความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการรับรู้ความสามารถตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สมมติฐานข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติมีการเรียนรู้จากหลักสูตรที่ศึกษาในวิชาสุขศึกษาและเพศศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งหลักสูตรในรายวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา มีการเรียนการสอนแบบเดิม เป็นการสอนในเนื้อหาทฤษฎีทั้งหมดแบ่งตามระดับชั้นของตนเองในรายชั่วโมงการเรียน ซึ่งเนื้อหาในการสอนมีหัวข้อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์ ชีวิตและครอบครัว การสร้างเสริมสุขภาพ สมรรถภาพ และการป้องกันโรค นักเรียนได้เรียนรู้ในหัวข้อดังกล่าวผ่านครูประจำวิชาโดยไม่มีการให้ข้อมูลย้อนกลับในสิ่งที่สงสัย อีกทั้งการสอนนั้น กลุ่มควบคุมอาจจะไม่ได้เกิดการเรียนรู้อย่างเต็มที่ เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น สื่อที่ใช้ในการเรียนการสอนในหลักสูตรไม่มีความน่าสนใจ เกิดความเบื่อหน่ายในการซักถามในหัวข้อที่สงสัย ไม่มีผู้เชี่ยวชาญทางด้านเพศศึกษาที่สามารถตอบคำถามกับกลุ่มควบคุมได้ รวมไปถึงการใช้สื่อดิจิทัลกับการเรียนการสอนไม่ครอบคลุม ส่งผลให้กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกตินั้นอาจจะไม่เกิดการเรียนรู้อย่างชัดเจน เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ที่ได้เรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัล ดังได้กล่าวมาแล้ว



The Effects of a Digital Enhanced-learning Program on Teenage Pregnancy Prevention Practices Among Middle School Girls in a Community

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

ข้างต้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลดา กิ่งมาลา และคณะ (Kingmala et al., 2015) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง ต่อความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งหลังการทดลอง และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนนำโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไปใช้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นโรงเรียนอื่น ๆ รวมถึงกลุ่มวัยรุ่นนอกโรงเรียน เพื่อให้วัยรุ่นเกิดกระบวนการคิดในการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรต่อไป

2. ควรประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลร่วมกับการเรียนการสอนรูปแบบเดิมในรายวิชาสุขศึกษาและเพศศึกษา เพื่อให้การเรียนการสอนในรายวิชานั้นเกิดความน่าสนใจมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาติดตามผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน ในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวต่อไป

References

- Ard-am, O. (2000). Urban poverty related to women and children. *Journal of Population and Social Studies*, 9(1), 1-29. (in Thai)
- Bloom, H. S. (1995). Minimum detectable effects: A simple way to report the statistical power of experimental designs. *Evaluation Review*, 19(5), 547-556. <https://doi.org/10.1177/0193841X9501900504>
- Bureau of Reproductive Health, Department of Health. (2020). *Statistics on childbirth among teenage mothers in Thailand, 2020*. <https://rh.anamai.moph.go.th/th/adolescent-mothers-birth-statistics/3674#wow-book/>
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Rev. ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98-101. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>
- Duangchan, C., Wattanakorn, K., Teanchaithut, C., Sriyasak, A., & Oumpram, K. (2019). The factors predicting intention to prevent teenage pregnancy among female junior high school students. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(Special Issue), 15-28. (in Thai) <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/175676/153766>



The Effects of a Digital Enhanced-learning Program on Teenage Pregnancy
Prevention Practices Among Middle School Girls in a Community
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อการปฏิบัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

- Kingmala, C., Rawiworrakul, T., & Powwattana, A. (2015). Effect of a pregnancy prevention program for female adolescents. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 31(3), 25-34. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/56407/52775> (in Thai)
- Mekkamon, K., & Wichianprapa, A. (2018). The roles of nurses in teenage mother's caring. *Journal of Health Science Research*, 12(2), 69–77. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/164241>
- Phinla, W. (2016). Approaches to learning management in social studies following the philosophy of sufficiency economy to promote learners' learning skills in the 21st century. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 9(2), 1140-1157. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/67110/54757> (in Thai)
- Polit, D. F., & Hungler B. P. (1995). *Nursing research, principles and methods*. JB Lippincott.
- Punmeekij, N., Toonsiri, C., & Homsin, P. (2022). Factors affecting sexual risk behaviors among female lower secondary school students in Pattaya City. *Journal of Public Health Nursing*, 34(1), 13-29. (in Thai) <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/244544>
- Sirisub, P., Sriduangchot, S., Khamhaeng, P., & Loonlawong, S. (2012). Knowledge, attitudes, and practice of contraception among junior high school students, northeast region of Thailand. *Journal of Health Center 5*, 6(13), 8-25. <http://sutlib2.sut.ac.th/nakhonchaiburin/nm174470.pdf> (in Thai)
- World Health Organization [WHO]. (2024). *Adolescent pregnancy*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>



Factors Associated with Work-Related Health Risks Among Nursing Instructors ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของอาจารย์พยาบาล

Rungkant Plykaew* รุ่งกานต์ พลายแก้ว*
Prapatsorn Aksornpan** ประภัสสร อักษรพันธ์**

Abstract

Nursing instructors are a professional group exposed to various occupational health hazards in the workplace. These hazards may affect both their physical and mental health. This descriptive correlational study aimed to examine the characteristics of occupational health hazards and work-related health risks, and the relationship between these hazards and health risks among nursing instructors. The participants consisted of 146 nursing instructors from faculties of nursing at Rajabhat universities across the country, each of which had produced at least one cohort of graduates from the Bachelor of Nursing Science program and met the inclusion criteria. Research instruments included questionnaires on occupational health hazards and work-related health risks. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and Fisher's exact test.

The results showed that the most common occupational health hazards were physical hazards, particularly regular exposure to computer screens (87.67%), followed by ergonomic hazards, including sitting for more than two hours per day (85.62%) and repetitive hand or arm work (78.77%). Regarding work-related health risks, the most common symptoms were stress from rushing (85.62%), shoulder pain (82.19%), neck pain (80.14%), and eye irritation (80.14%). Significant correlations ($p < .01$) were found between ergonomic hazards and physical pain, physical hazards and eye/head symptoms, and psychosocial hazards (work overload). Chemical hazards (alcohol irritation) and unsafe conditions (injuries from disorganized workspaces) also showed significant correlations ($p < .05$). The correlation coefficients ranged from $r \approx 0.17$ to 0.51.

The results of this study indicate that nursing instructors are exposed to occupational health hazards, particularly physical, ergonomic, and psychosocial hazards. Therefore, it is essential to improve working environments and promote appropriate preventive measures.

Keywords: Nursing instructors; Occupational health hazards; Work-related health risks

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Surattthani Rajabhat University

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Surattthani Rajabhat University;
e-mail: Prapatsorn.aks@sru.ac.th

Received 27 February 2025; Revised 26 July 2025; Accepted 29 July 2025



Factors Associated with Work-Related Health Risks Among Nursing Instructors ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของอาจารย์พยาบาล

บทคัดย่อ

อาจารย์พยาบาล เป็นกลุ่มวิชาชีพที่เผชิญกับปัจจัยคุกคามสุขภาพจากหลากหลายบริบทการทำงาน ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานกับภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงของอาจารย์พยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์พยาบาล จำนวน 146 คน จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏทั่วประเทศ ที่ได้ผลิตบัณฑิตจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งรุ่น และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน และแบบสอบถามภาวะสุขภาพตามความเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานที่พบมากที่สุด ได้แก่ ด้านกายภาพ จากการสัมผัสแสงหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นประจำ (ร้อยละ 87.67) รองลงมา คือ ด้านการยศาสตร์จากการนั่งทำงานนานกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 85.62) และการใช้มือหรือแขนทำงานซ้ำ ๆ เป็นประจำ (ร้อยละ 78.77) ส่วนภาวะสุขภาพตามความเสี่ยง อาการที่พบมากที่สุด คือ ความเครียดจากความเร่งรีบ (ร้อยละ 85.62) ปวดไหล่ (ร้อยละ 82.19) ปวดคอ (ร้อยละ 80.14) และแสบตา (ร้อยละ 80.14) โดยพบว่า กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ได้แก่ ปัจจัยด้านการยศาสตร์กับอาการปวดตามร่างกาย ปัจจัยด้านกายภาพ กับอาการทางตาและศีรษะ และปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น ความเครียดจากปริมาณงาน สำหรับกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ ปัจจัยด้านเคมี เช่น อาการระคายเคืองจากการสัมผัสแอลกอฮอล์ และปัจจัยด้านสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เช่น การบาดเจ็บจากพื้นที่ทำงานที่แออัดและไม่เป็นระเบียบ ระดับของความสัมพันธ์มีค่าอยู่ในช่วง $r \approx 0.17-0.51$

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า อาจารย์พยาบาลมีความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงาน โดยเฉพาะด้านกายภาพ การยศาสตร์ และจิตสังคม จึงควรปรับสภาพแวดล้อมการทำงานและส่งเสริมมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: อาจารย์พยาบาล ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

e-mail: Prapatsorn.aks@sru.ac.th



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาจารย์พยาบาลเป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญทั้งในด้านการศึกษาและการบริการสุขภาพ โดยเป็นกลไกหลักในการผลิตพยาบาลวิชาชีพเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศ ในสถาบันการศึกษายพยาบาล อาจารย์พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมถึงการทำวิจัย บริการวิชาการ และทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม และชุมชน (Ministry of Education, 2018) อย่างไรก็ตาม ภารกิจดังกล่าวทำให้อาจารย์พยาบาลเผชิญกับความเครียดด้านสุขภาพจากปัจจัยคุกคามสุขภาพที่เกิดจากบริบทการทำงานทั้งในพื้นที่หอผู้ป่วยและในสำนักงานที่ใช้เตรียมการสอน รวมถึงงานตามพันธกิจต่าง ๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานได้ ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานประกอบด้วย ปัจจัยด้านเคมี ชีวภาพ กายภาพ การยศาสตร์ จิตสังคม และสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (Rogers, 2003) โดยความเสี่ยงเหล่านี้อาจแตกต่างกันไปตามลักษณะงานและสภาพแวดล้อมการทำงานของอาจารย์พยาบาลแต่ละบุคคล

จากการวิเคราะห์ลักษณะงานและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยด้านการยศาสตร์เป็นความเสี่ยงอันดับต้น ๆ ที่อาจารย์พยาบาลต้องเผชิญ โดยเฉพาะท่าทางการทำงานกับคอมพิวเตอร์ที่ไม่เหมาะสม สูงถึงร้อยละ 81.70 (Kumyoung et al., 2024) และมีระดับความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้คอมพิวเตอร์ถึงร้อยละ 59.8 (Fouda et al., 2024) รวมถึงอาจารย์พยาบาลยังต้องยืนหรือเดินเป็นเวลานาน ระหว่างสอน สานิต ประเมินผล และให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย (Kamdaeng, 2021) ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในระยะยาว สำหรับปัจจัยด้านกายภาพ อาจารย์พยาบาลมีโอกาสได้รับผลกระทบจากการสัมผัสแสงหน้าจอคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราความชุกของอาการกลุ่ม Computer Vision Syndrome (CVS) สูงถึงร้อยละ 69.7 ซึ่งอาการที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดคอ ปวดศีรษะ ตาแห้ง ตาแดง และปวดตา (Salem et al., 2023) นอกจากนี้ พื้นที่ทำงานบนหอผู้ป่วยยังมีสภาพอากาศที่ร้อนอบอ้าว จากการประเมินคุณภาพอากาศแผนกผู้ป่วยนอกมีอุณหภูมิเฉลี่ยสูงถึง 30 องศาเซลเซียส และหอผู้ป่วยในที่มีความชื้นสัมพัทธ์สูงถึงร้อยละ 73 (Panikhom & Chaiklieng, 2024) ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงอาจารย์พยาบาลเสี่ยงต่อการเกิดอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ และหงุดหงิดง่าย (Teyton et al., 2022)

ในด้านจิตสังคมพบว่า อาจารย์พยาบาลมีความเครียดจากงานอยู่ในระดับปานกลาง โดยภาระงานหนัก ร้อยละ 69.5 การควบคุมและอำนาจในการตัดสินใจ ร้อยละ 62.1 และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 75.2 เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด (Kaewnan et al., 2017) ขณะที่ปัจจัยด้านชีวภาพและเคมี อาจารย์พยาบาลที่สอนภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงจากงานคล้ายกับพยาบาลวิชาชีพที่มีโอกาสสัมผัสเชื้อโรคจากเลือดหรือของเหลว (Tawiah et al., 2022) รวมถึงแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อหรือฝุ่นแป้งจากถุงมือยาง ซึ่งอาจก่อให้เกิดการระคายเคืองหรือแพ้ได้ (Edlich et al., 2017; Nucera et al., 2020; Sirismut, 2021) นอกจากนี้ สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เช่น ความแออัดของพื้นที่ทำงาน การจัดวางอุปกรณ์ไม่เป็นระเบียบ และความเสี่ยงจากการถูกเข็มตำหรือของมีคม ยังเพิ่มโอกาสเกิดอุบัติเหตุและการติดเชื้อในอาจารย์พยาบาล (Thangkratok et al., 2021)

จะเห็นได้ว่า งานวิจัยที่มีอยู่บางส่วนจะมุ่งเน้นไปที่พยาบาลวิชาชีพในบริบทของหอผู้ป่วย แต่อาจารย์พยาบาลซึ่งมีบทบาทในการสอนภาคปฏิบัติก็มีลักษณะงานคล้ายคลึงกัน และอาจได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการทำงานเช่นเดียวกัน นอกจากนี้อาจารย์ยังปฏิบัติงานในบริบทอื่น ๆ เช่น การจัดการเรียนการสอน การวิจัย และบริการวิชาการ ซึ่งล้วนมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ อย่างไรก็ตามยังไม่มีงานวิจัยใดที่ศึกษาความเสี่ยงทางสุขภาพจากการทำงานของอาจารย์พยาบาลอย่างครอบคลุมในทุกบริบทของการปฏิบัติงาน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ จึงมุ่งเน้นศึกษาปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานในกลุ่มอาจารย์พยาบาล ได้แก่ ปัจจัยด้านเคมี ชีวภาพ กายภาพ การยศาสตร์ จิตสังคม และสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการป้องกันและควบคุมความเสี่ยง



Factors Associated with Work-Related Health Risks Among Nursing Instructors ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของอาจารย์พยาบาล

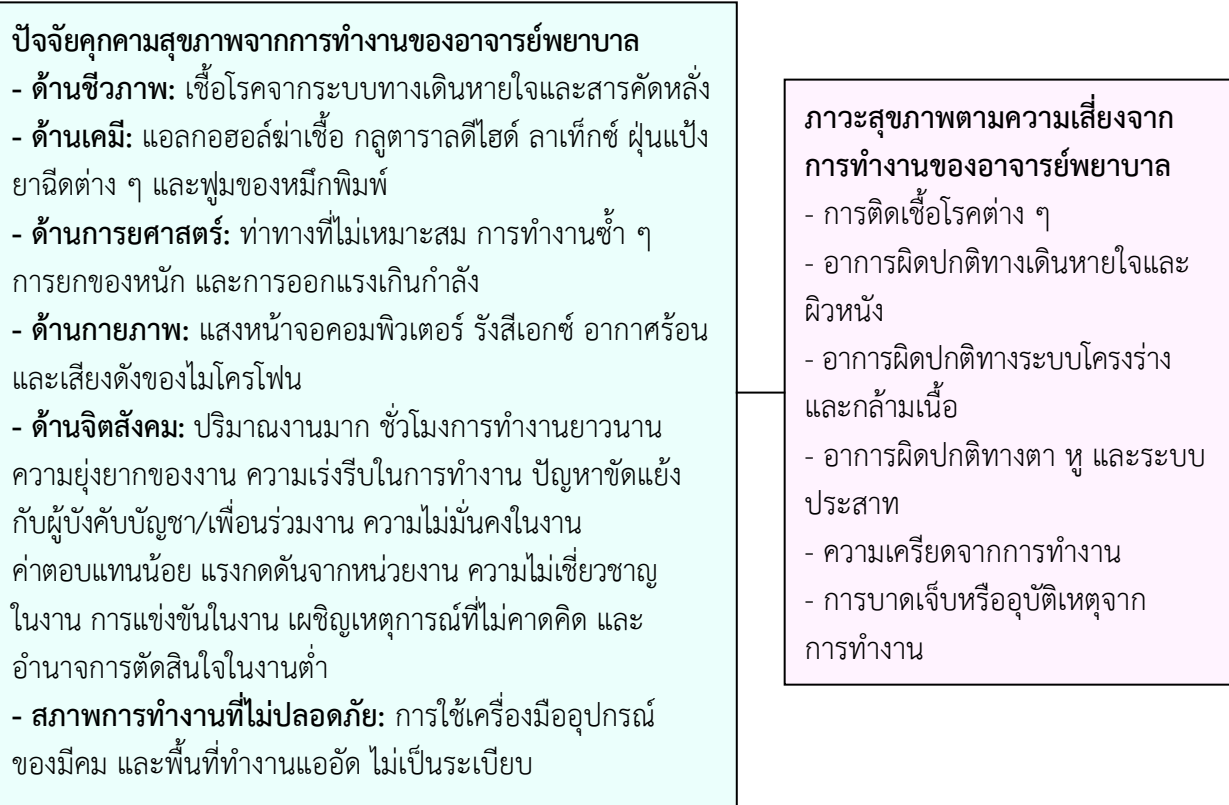
ตลอดจนพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอย่างเหมาะสม ทั้งในบริบทของสถานศึกษาและสถานพยาบาล ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลด้านอาชีวอนามัย จึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของอาจารย์พยาบาล เพื่อรวบรวมข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาแนวทางหรือมาตรการส่งเสริมความปลอดภัยและสุขภาพในการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานและภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของอาจารย์พยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานกับภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของอาจารย์พยาบาล

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยของ โรเจอร์ (Rogers, 2003) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สະท้อนถึงภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน ครอบคลุมอาการผิดปกติ การเจ็บป่วย และการบาดเจ็บที่สัมพันธ์กับลักษณะงานและสภาพแวดล้อมการทำงาน ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาจารย์พยาบาลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏทั่วประเทศที่ได้ผลิตบัณฑิตจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งรุ่น จำนวนทั้งสิ้น 214 คน



Factors Associated with Work-Related Health Risks Among Nursing Instructors ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของอาจารย์พยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์พยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) มีประสบการณ์สอนอย่างน้อย 1 ปี 2) ปฏิบัติหน้าที่สอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ 3) สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้ตาราง เครจซี่ และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้จำนวน 139 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันข้อผิดพลาดในการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 146 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนอาจารย์พยาบาลในแต่ละมหาวิทยาลัย (proportional sampling) จนครบจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและพัฒนาเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการประกอบอาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ลักษณะการจ้างงาน ตำแหน่งบริหาร ตำแหน่งวิชาการ สาขาวิชา จำนวนชั่วโมงการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติต่อปีการศึกษา และการทำงานล่วงเวลา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการสัมผัสปัจจัยคุกคาม 6 ด้าน ได้แก่ ชีวภาพ (2 ข้อ) เคมี (6 ข้อ) การยศาสตร์ (15 ข้อ) กายภาพ (4 ข้อ) จิตสังคม (13 ข้อ) และสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (3 ข้อ) ใช้มาตราสามระดับ ได้แก่ สัมผัสเป็นประจำ (3 คะแนน) สัมผัสบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคยสัมผัส (1 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การติดเชื้อ (4 ข้อ) อาการผิดปกติระบบทางเดินหายใจและผิวหนัง (7 ข้อ) ระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (12 ข้อ) ระบบตา หู และประสาท (17 ข้อ) ความเครียดจากงาน (13 ข้อ) และการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ (3 ข้อ) เป็นคำตอบแบบเลือกมี (1 คะแนน) หรือไม่มี (0 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี (SRU-EC2021/054) หลังการอนุมัติ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตและขอความร่วมมือไปยังคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกแห่งผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี การดำเนินการวิจัยผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม ความสมัครใจในการเข้าร่วม และการรักษาความลับของข้อมูลในแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) ก่อนเริ่มตอบ กลุ่มตัวอย่างต้องกด "ยินยอม" เพื่อแสดงความยินยอมจึงจะสามารถเข้าสู่แบบสอบถามได้ ข้อมูลส่วนบุคคลจากการเก็บข้อมูลทางออนไลน์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการปกป้องข้อมูลโดยการตั้งค่า Google Form ไม่บันทึกอีเมลหรือที่อยู่ IP ของผู้ตอบ ไม่เก็บข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้โดยตรง และจัดเก็บข้อมูลไว้ในบัญชีที่มีรหัสผ่าน โดยจำกัดการเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น การนำเสนอผลอยู่ในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดถูกทำลายทันทีหลังการตีพิมพ์เผยแพร่ผลการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ทุกแห่ง ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยได้รับความร่วมมือจากผู้ประสานงานประจำสถาบันในการประชาสัมพันธ์โครงการและแจกจ่าย QR Code สำหรับตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่านช่องทางสื่อสารภายในของแต่ละสถาบัน ผู้วิจัยติดตามความคืบหน้าการตอบแบบสอบถามอย่างต่อเนื่องตลอด 3 เดือน โดยตรวจสอบข้อมูลผ่านระบบ Google Form และประสานกับผู้ประสานงานทุกเดือน เพื่อกระตุ้นการตอบกลับในกรณีที่มีจำนวนผู้ตอบยังไม่ครบตามเป้าหมาย ในเดือนที่สอง



ได้มีการประชาสัมพันธ์ซ้ำอีกครั้งผ่านผู้ประสานงาน จากการติดตามและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 146 ชุด ซึ่งตรงตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด (อัตราการตอบกลับร้อยละ 100) ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดถูกนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการประกอบอาชีพ ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน และภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของอาจารย์พยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานกับภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของอาจารย์พยาบาล ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มระดับการสัมผัสออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มไม่สัมผัส (ไม่เคยสัมผัสและสัมผัสบางครั้ง) และกลุ่มสัมผัส (สัมผัสเป็นประจำ) โดยอิงจากลักษณะความถี่ของการสัมผัสและอิทธิพลต่อสุขภาพตามการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ chi-square test และ Fisher's exact test ในกรณีที่ค่าคาดหวัง (expected frequency) น้อยกว่า 5

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการประกอบอาชีพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.47) อายุเฉลี่ย 45.50 ปี (SD = 9.38) โดยร้อยละ 78.08 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท และมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 53.42) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 40,001-50,000 บาท (ร้อยละ 36.99) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 76.03) ด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 6-10 ปี (ร้อยละ 34.25) ส่วนใหญ่เป็นพนักงานมหาวิทยาลัย (ร้อยละ 89.73) เป็นอาจารย์ที่ไม่ได้ดำรงตำแหน่งบริหาร (ร้อยละ 69.18) และมีตำแหน่งวิชาการเป็นอาจารย์ (ร้อยละ 73.29) ชั่วโมงสอนภาคทฤษฎีเฉลี่ย 30.36 ชั่วโมงต่อปี (SD = 21.07) และชั่วโมงสอนภาคปฏิบัติเฉลี่ย 458.32 ชั่วโมงต่อปี (SD = 217.44) โดยร้อยละ 76.71 ไม่มีการทำงานล่วงเวลา

2. ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน

ในส่วนสภาพแวดล้อมการทำงาน กลุ่มตัวอย่างสัมผัสปัจจัยด้านชีวภาพจากเชื้อโรคทางเดินหายใจและสารคัดหลั่งบางครั้ง (ร้อยละ 75.34 และ 64.38) ปัจจัยด้านเคมีจากการสัมผัสแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อเป็นประจำ (ร้อยละ 78.08) และฟุ้งหมักพิมพ์หรือฝุ่นแป้งบางครั้ง (ร้อยละ 67.12 และ 66.44) ปัจจัยด้านการยศาสตร์จากการนั่งทำงานนานกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน และใช้มือหรือแขนทำงานซ้ำ ๆ เป็นประจำ (ร้อยละ 85.62 และ 78.77) ปัจจัยด้านกายภาพจากการสัมผัสแสงหน้าจอกอมพิวเตอร์ และอากาศร้อนอบอ้าวเป็นประจำ (ร้อยละ 87.67 และ 36.30) ปัจจัยด้านจิตสังคมจากปริมาณงานมาก และความเร่งรีบของงานเป็นประจำ (ร้อยละ 68.49 และ 63.02) สำหรับสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ พื้นที่แออัด และการใช้อุปกรณ์ของมีคมบางครั้ง (ร้อยละ 71.23 และ 68.49)

3. ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน

ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน เป็นอาการหรือการเจ็บป่วยที่อาจเกี่ยวเนื่องกับการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างติดเชื้อแบคทีเรียวัณโรค และไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 1.37 และ 0.68) มีอาการผิดปกติทางเดินหายใจและผิวหนัง ได้แก่ ระบายเคืองผิวหนังและแสบจุกจากแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ (ร้อยละ 40.41 และ 28.77) มีอาการทางโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ได้แก่ ปวดไหล่ และคอ (ร้อยละ 82.19 และ 80.14) มีอาการทางตา ได้แก่ แสบตา และตาพร่าจากแสงหน้าจอกอมพิวเตอร์ (ร้อยละ 80.14 และ 79.45) มีอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ปวดศีรษะและเวียนศีรษะจากอากาศร้อน (ร้อยละ 55.48 และ 43.84) มีความเครียด จากความเร่งรีบและความยุ่งยากของงาน (ร้อยละ



Factors Associated with Work-Related Health Risks Among Nursing Instructors
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของอาจารย์พยาบาล

85.62 และ 78.77) รวมถึงมีการบาดเจ็บ/อุบัติเหตุจากอุปกรณ์มีคม และพื้นที่ทำงานแออัด (ร้อยละ 9.59 และ 4.11)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณภาพจากการทำงานกับภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณภาพจากการทำงานกับภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของอาจารย์พยาบาลพบว่า กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ได้แก่ ปัจจัยด้านการยศาศาสตร์ กับอาการปวดคอ ไหล่ สะบัก เป็นต้น ปัจจัยด้านกายภาพ กับอาการทางตาและศีรษะ ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น ความเครียดจากปริมาณงาน ชั่วโมงทำงาน กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ได้แก่ ปัจจัยด้านเคมี เช่น อาการระคายเคืองจากการสัมผัสแอลกอฮอล์ ผื่นคันจากถุงมือยาง ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย เช่น การบาดเจ็บจากพื้นที่ทำงานที่แออัดและไม่เป็นระเบียบ ขณะที่ปัจจัยด้านชีวภาพไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณภาพจากการทำงานกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (n = 146)

อาการผิดปกติ	ไม่สัมผัส	สัมผัส	χ^2	P-value
ปัจจัยด้านชีวภาพ				
1) การสัมผัสเชื้อโรคทางเดินหายใจ				
ติดเชื้อมีโรค	1 (50.00)	1 (50.00)	1.933	.280 [†]
2) การสัมผัสสารคัดหลั่ง				
ติดเชื้อมีโรค	1 (100.00)	0 (0.00)	.142	.707 [†]
ปัจจัยด้านเคมี				
1) การสัมผัสแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ				
ระคายเคือง/แสบจมูกจากแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ	3 (7.14)	39 (92.86)	7.521	.007 ^{***†}
ระคายเคืองผิวหนัง ผิวหนังแห้ง	4 (6.78)	55 (93.22)	13.258	<.001 ^{***†}
2) การสัมผัสถุงมือยาง				
มือแห้ง/ผื่นคันตาม มือ แขน	25 (60.98)	16 (39.02)	4.414	.036 [*]
ไอ จาม/หายใจหอบเหนื่อยจากฝุ่นแป้ง	10 (50.00)	10 (50.00)	6.420	.011 [*]
ปัจจัยด้านการยศาศาสตร์				
1) การเคลื่อนไหวของคอ (ก้ม/เงยศีรษะ, หมุน/เอียงคอ)				
ปวดหรือเมื่อยลำคอ	24 (20.51)	93 (79.49)	25.913	<.001 ^{**}
ปวดหรือเมื่อยลำไหล่	25 (20.83)	95 (79.17)	27.703	<.001 ^{**}
ปวดหรือเมื่อยลำสะบัก	21 (19.81)	85 (80.19)	19.592	<.001 ^{**}
2) การเคลื่อนไหวของแขนส่วนบน (ยกไหล่, ยกแขน)				
ปวดหรือเมื่อยลำไหล่	52 (43.33)	68 (56.67)	9.646	.002 ^{**}
ปวดหรือเมื่อยลำสะบัก	43 (40.57)	63 (59.43)	11.848	.001 ^{**}
3) การเคลื่อนไหวของแขนส่วนล่าง (กางแขน/ข้อศอก/ไหล่)				
ปวดหรือเมื่อยลำข้อศอก	21 (33.87)	41 (66.13)	15.393	<.001 ^{**}
4) การเคลื่อนไหวของข้อมือ (ออกแรงกด/งอ/กระดก/บิดข้อมือ, หยิบ/กำมือ ทำงานซ้ำ ๆ)				
ปวดหรือเมื่อยลำข้อมือ	31 (32.29)	65 (67.71)	15.173	<.001 ^{**}
ปวดหรือเมื่อยลำนิ้วมือ	27 (30.34)	62 (69.66)	16.871	<.001 ^{**}



Factors Associated with Work-Related Health Risks Among Nursing Instructors
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของอาจารย์พยาบาล

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (n = 146) (ต่อ)

อาการผิดปกติ	ไม่สัมผัส	สัมผัส	χ^2	P-value
5) การเคลื่อนไหวของขา (ยืนติดต่อกันเกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน)				
ปวดหรือเมื่อยล้าหลังส่วนล่าง/เอว	46 (44.23)	58 (55.77)	7.376	.007**
ปวดหรือเมื่อยล้าเข่า	31 (40.79)	45 (59.21)	7.103	.008**
ปวดหรือเมื่อยล้าน่อง	38 (40.43)	56 (59.57)	12.654	<.001**
ปวดหรือเมื่อยล้าเท้า/ข้อเท้า	37 (42.05)	51 (57.95)	7.710	.005**
ปัจจัยด้านกายภาพ				
1) การสัมผัสแสงหน้าจอคอมพิวเตอร์				
แสบตา	6 (5.13)	111 (94.87)	28.255	<.001**
ตาพร่า/ตามัว	5 (4.31)	111 (95.69)	33.581	<.001**
น้ำตาไหล	5 (6.10)	77 (93.90)	6.720	.010*
ตาแห้ง	4 (4.35)	88 (95.65)	14.658	<.001**†
ปวดศีรษะ	6 (5.77)	98 (94.23)	14.392	<.001**
ปวดกระบอกตา	3 (2.73)	107 (97.27)	38.049	<.001**†
ปัจจัยด้านจิตสังคม				
เครียดจากปริมาณงานที่มาก	26 (23.01)	87 (76.99)	16.730	<.001**
เครียดจากชั่วโมงทำงานที่ยาวนาน	29 (29.29)	70 (70.71)	28.871	<.001**
เครียดจากความยุ่งยากของงาน	35 (30.43)	80 (69.57)	22.385	<.001**
เครียดจากความเร่งรีบทำงาน	38 (30.40)	87 (69.60)	16.175	<.001**
เครียดจากปัญหาขัดแย้งกับผู้บังคับบัญชา	62 (91.18)	6 (8.82)	4.526	.033*
เครียดจากความไม่มั่นคงในงาน	49 (87.50)	7 (12.50)	6.304	.012*
เครียดจากค่าตอบแทนไม่สมดุล	49 (71.01)	20 (28.99)	9.555	.002**
เครียดจากแรงกดดันของหน่วยงาน	58 (63.04)	34 (36.96)	13.334	<.001**
เครียดจากการแข่งขันในการทำงาน	34 (57.63)	25 (42.37)	26.457	<.001**
เครียดจากเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้	68 (68.00)	32 (32.00)	5.881	.015*
เครียดจากการควบคุม/อำนาจการตัดสินใจในงาน	78 (82.99)	16 (17.02)	7.418	.006**
ปัจจัยด้านสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย				
บาดเจ็บจากพื้นที่ทำงานแออัด ไม่เป็นระเบียบ	3 (50.00)	3 (50.00)	9.774	.018*†

หมายเหตุ. †Fisher's exact test (ใช้เมื่อ expected frequency < 5) *p < .05, **p < .01

การอภิปรายผล

1. ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานและภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า อาจารย์พยาบาลเผชิญกับปัจจัยคุกคามสุขภาพจากภาระงานด้านวิชาการและพันธกิจต่าง ๆ โดยเฉพาะจากการทำงานกับคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีการรับรู้การสัมผัสทั้งปัจจัยด้านกายภาพและการยศาสตร์ โดยอาจารย์พยาบาลส่วนใหญ่มีการสัมผัสแสงหน้าจอคอมพิวเตอร์ในระดับสูง (ร้อยละ 87.67) และมีพฤติกรรมนั่งทำงานต่อเนื่องเกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 85.62) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซาเล็ม และคณะ (Salem et al., 2023) และ ฟูดา และคณะ (Fouda et al., 2024) ที่พบว่า อาจารย์พยาบาลมีพฤติกรรมใช้แผ่นกรองแสงและแว่นกรองแสงในอัตราต่ำ ขณะทำงานกับคอมพิวเตอร์เพื่อเตรียมการสอนวันละ 3-6 ชั่วโมง และพัก



Factors Associated with Work-Related Health Risks Among Nursing Instructors ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของอาจารย์พยาบาล

สายตาเพียงวันละครั้ง ซึ่งการศึกษาค้นคว้าพบว่า อาจารย์พยาบาลมีอาการแสบตา ปวดคอ และปวดไหล่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 82.19, 80.14 และ 80.14) สอดคล้องกับการศึกษาของ แรชวอน และคณะ (Rashwan et al., 2025) และ วรินทร์ทิพย์ คงฤทธิ์ (Khongrit, 2021) ที่พบว่า อาจารย์พยาบาลที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์มีอาการแสบตา ปวดคอ และปวดไหล่ในระดับสูง (ร้อยละ 88.6, 88.0 และ 81.2) เช่นเดียวกัน การศึกษาค้นคว้านี้ยังพบว่า อาจารย์พยาบาลมีภาระงานที่มากเป็นประจำ (ร้อยละ 68.49) และมีความเครียดจากความเร่งรีบ (ร้อยละ 85.62) สอดคล้องกับการศึกษาของ สาวิตรี แก้วน่าน และคณะ (Kaewnana et al., 2017) ที่ระบุว่าอาจารย์พยาบาลร้อยละ 69.5 มีภาระงานสูงและประสบกับความเครียดจากงานที่เร่งรีบ สะท้อนถึงความจำเป็นในการจัดสภาพแวดล้อมการทำงานและบริหารจัดการเวลาอย่างเหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจในระยะยาว

นอกจากนี้ อาจารย์พยาบาลยังมีบทบาทในการสอนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ซึ่งต้องเผชิญกับปัจจัยคุกคามสุขภาพหลายประการ โดยเฉพาะปัจจัยด้านเคมีพบว่า อาจารย์พยาบาลร้อยละ 78.08 ใช้แอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อเป็นประจำ และร้อยละ 40.41 มีอาการระคายเคืองหรือผิวหนังแห้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ อัลฮาลวานี และคณะ (Alhalwani et al., 2024) ที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 89.8 ใช้แอลกอฮอล์ล้างมืออย่างต่อเนื่อง และร้อยละ 32.9 มีอาการผิวหนังระคายเคือง ในส่วนปัจจัยด้านกายภาพ อาจารย์พยาบาลร้อยละ 36.30 ต้องทำงานในสภาพอากาศร้อนอบอ้าว และร้อยละ 55.48 มีอาการปวดศีรษะจากความร้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชันัญญา พานิช และ สุนิสา ชายเกลี้ยง (Panikhom & Chaiklieng, 2024) ที่พบว่า แผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยชายมีอุณหภูมิและความชื้นสูง ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ และหงุดหงิดง่าย (Teyton et al., 2022)

สำหรับด้านสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยพบว่า อาจารย์พยาบาลร้อยละ 71.23 ต้องทำงานในพื้นที่คับแคบขณะสอนปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ (Thangkratok et al., 2021) ที่ระบุว่า ความแออัดส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุในนักศึกษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม อัตราการบาดเจ็บจากอุปกรณ์มีคมของอาจารย์พยาบาลในการศึกษาค้นคว้านี้อยู่ที่ร้อยละ 9.59 ซึ่งต่ำกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอัตราสูงถึงร้อยละ 56.63 (Bunchoo & Aatwichai, 2025) ส่วนปัจจัยด้านชีวภาพพบว่า อาจารย์พยาบาลมีการรับรู้การสัมผัสเชื้อโรคทางเดินหายใจและสารคัดหลั่งในระดับต่ำ (ร้อยละ 15.07 และ 12.33) และมีอัตราการติดเชื้อเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 0.68–1.37) แตกต่างจากการศึกษาของ จุฑามาศ อินทร์ชัย และคณะ (Inchai et al., 2018) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีอัตราการติดเชื้อวัณโรคสูงถึงร้อยละ 71.1 ซึ่งอาจสะท้อนถึงลักษณะงานของอาจารย์พยาบาลที่มุ่งเน้นการสาธิตและกำกับดูแลมากกว่าการให้บริการโดยตรง แต่การทำงานในพื้นที่เดียวกับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ยังคงมีโอกาสสัมผัสกับความเสียหายจากการปฏิบัติงาน จึงควรมีมาตรการป้องกันและดูแลสุขภาพจากการทำงานอย่างเหมาะสม

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานกับภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเคมีมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาการผื่นแดงทางเดินหายใจและผิวหนัง ได้แก่ แสบจุกจากการสูดดมแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ ระคายเคืองผิวหนัง ผื่นแดงจากการสัมผัสแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ มือแห้ง/ผื่นคันตามผิวหนังบริเวณมือ แขน จากการสัมผัสสแลทเท็กซ์ที่ใช้ทำถุงมือยาง และไอ งามหรือหายใจหอบเหนื่อยจากการสูดดมฝุ่นแป้งจากถุงมือยาง ($p < .05$, $p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนกร ศิริสมุท (Sirismut, 2021) ที่ระบุว่าแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อในความเข้มข้นสูงอาจทำให้ระคายเคืองระบบทางเดินหายใจและผิวหนัง และงานวิจัยของ นูเชรา และคณะ (Nucera et al., 2020) และ เอ็ดลิช และคณะ (Edlich et al., 2017) ที่รายงานว่า การสัมผัสสแลทเท็กซ์และฝุ่นแป้งในถุงมือยางสามารถกระตุ้นปฏิกิริยาภูมิแพ้และส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจได้ ดังนั้น แม้แอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อและถุงมือยางจะเป็นอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นในการควบคุมการติดเชื้อ แต่ก็ควรมีการใช้อย่างระมัดระวัง



Factors Associated with Work-Related Health Risks Among Nursing Instructors ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของอาจารย์พยาบาล

ปัจจัยด้านการยศาศาสตร์ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาการปวดเมื่อยในหลายส่วนของร่างกาย เช่น คอ ไหล่ สะบัก ข้อศอก และข้อมือ เป็นต้น ($p < .05$, $p < .01$) ซึ่งเป็นผลจากการทำงานกับคอมพิวเตอร์ต่อเนื่องเกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน และการทำงานในท่าทางเดิมซ้ำ ๆ หรือท่าทางที่ไม่เหมาะสม เช่น การก้มศีรษะ การยกไหล่ หรือการบิดข้อมือ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในกลุ่มผู้ใช้คอมพิวเตอร์ (Chacko & Chetan, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟูดา และคณะ (Fouda et al., 2024) ที่พบว่า อาจารย์พยาบาลมีความเสี่ยงสูงต่ออันตรายสุขภาพจากการใช้คอมพิวเตอร์ร้อยละ 59.8 และพบความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระดับความรู้ด้านการยศาศาสตร์กับพฤติกรรมกาปฏิบัติที่เหมาะสมในการใช้คอมพิวเตอร์

ส่วนปัจจัยคุกคามด้านกายภาพมีความสัมพันธ์กับอาการทางตาอย่างนัยสำคัญทางสถิติ เช่น แสบตา ตาพร่า/ตามัว เป็นต้น ($p < .05$, $p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามลักษณะการทำงานกับคอมพิวเตอร์เป็นเวลานานของอาจารย์พยาบาล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อิกราดิเนิงรัต และ มาร์เทียนา (Ikradiningrat & Martiana, 2024) ที่ระบุว่า การทำงานกับคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดอาการตาแห้ง ตาพร่า และปวดศีรษะได้นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ วรินทร์ทิพย์ คงฤทธิ์ (Khongrit, 2021) ยังชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่ใช้คอมพิวเตอร์นานกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน มีแนวโน้มเกิดการผิดปกติทางสายตาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสมในการใช้คอมพิวเตอร์จึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของอาจารย์พยาบาล

ปัจจัยด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเครียดจากหลากหลายสาเหตุ เช่น ปริมาณงานมาก ชั่วโมงการทำงานยาวนาน ความเร่งรีบ เป็นต้น ($p < .01$) ซึ่งสะท้อนถึงลักษณะการทำงานของอาจารย์พยาบาลที่ส่งต่อความเครียดโดยเฉพาะภาระงานที่มากและยุ่งยาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณาวรรณศรี และคณะ (Wannasri et al., 2021) ที่ระบุว่าภาระงานและข้อกำหนดด้านคุณภาพการศึกษามีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรในมหาวิทยาลัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากการทำงาน ได้แก่ ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ปัญหาขัดแย้งกับผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน ความไม่มั่นคงในงาน ค่าตอบแทนไม่สมดุล และแรงกดดันจากหน่วยงาน (Thoraphan & Prasanwon, 2021) ความเครียดจากปัจจัยเหล่านี้อาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) (Threerapongphatthana & Likhitkiatkachorn, 2024) ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานในระยะยาว

ส่วนสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยด้านพื้นที่การทำงานที่แออัด ไม่เป็นระเบียบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมจิต แดนสีแก้ว และคณะ (Daenseekaew et al., 2017) และ อนุสร การเกษ และคณะ (Karaket et al., 2021) ที่พบว่า แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลมักมีความหนาแน่นของผู้ป่วยสูง สภาพแวดล้อมแออัดซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ อาจารย์พยาบาลผู้ซึ่งสอนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย อาจมีการใช้เครื่องมือหรือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลร่วมกันหลายคนในพื้นที่จำกัด จึงอาจเพิ่มโอกาสของการบาดเจ็บจากการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ดังนั้นการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อความปลอดภัยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ปัจจัยคุกคามด้านชีวภาพ ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการสัมผัสเชื้อโรคทางเดินหายใจหรือสารคัดหลั่งกับการติดเชื้อโรคในกลุ่มอาจารย์พยาบาลซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ไมด้า และคณะ (Maida et al., 2020) ที่ศึกษาการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 14 ปี โดยแม้จะพบอัตราการสัมผัสระดับสูง แต่ไม่พบกรณีติดเชื้อในช่วงเวลาดังกล่าว การศึกษานี้ยังกล่าวถึงความสำคัญของการป้องกัน เช่น การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ซึ่งอาจช่วยลดความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้บทบาทของอาจารย์พยาบาล



Factors Associated with Work-Related Health Risks Among Nursing Instructors ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของอาจารย์พยาบาล

จะเน้นการควบคุม กำกับและสาธิตมากกว่าการให้บริการโดยตรง แต่ไม่อาจสรุปได้ว่าไม่มีความเสี่ยง เนื่องจากยังปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่มีการแพร่กระจายของเชื้อโรค จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังและเสริมสร้างวินัยการป้องกันโรคติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า อาจารย์พยาบาลต้องเผชิญกับปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานที่หลากหลาย ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการจัดการและควบคุมปัจจัยเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน การเสริมสร้างวินัยด้านความปลอดภัย และการจัดสรรภาระงานให้สมดุล จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อส่งเสริมสุขภาพของอาจารย์พยาบาลอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดในการวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่ เครื่องมือวัดอาการผิดปกติ ที่ใช้ตัวเลือก "มี/ไม่มี" ทำให้ไม่สามารถระบุความรุนแรงหรือความถี่ของอาการได้อย่างชัดเจน และการใช้การทดสอบ chi-square test บ่งชี้ได้เพียงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเท่านั้น ไม่ใช่ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ดังนั้นปัจจัยคุกคามที่พบอาจไม่ใช่สาเหตุโดยตรงเพียงอย่างเดียว อาจมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการวางแผนจัดบริการด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย เพื่อป้องกันภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของอาจารย์พยาบาล โดยการเผยแพร่ข้อมูลความเสี่ยงเพื่อสร้างความตระหนักและส่งเสริมการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะการจัดการอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ อาการทางสายตา ความเครียด ตลอดจนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน เช่น การออกแบบสถานงานคอมพิวเตอร์ตามหลักการยศาสตร์ และวางแผนบริหารจัดการความเครียด เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรออกแบบการวิจัยในลักษณะเชิงสาเหตุเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานกับผลกระทบต่อสุขภาพอย่างชัดเจน พร้อมทั้งเพิ่มปัจจัยส่วนบุคคลในการวิเคราะห์ และใช้เครื่องมือวัดทางคลินิกร่วมด้วย เพื่อเพิ่มความแม่นยำและน่าเชื่อถือของข้อมูลภาวะสุขภาพ ซึ่งจะสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพสำหรับอาจารย์พยาบาล

References

- Alhalwani, A., Husain, A., Saemaldahar, A., Makhdom, F., Alhakami, M., Ashi, R., Wali, R., Alsharif, S., Khan, M. A., Jastaniahk, N., & Fasfous, I. (2024). The impact of alcohol hand sanitizer use on skin health between healthcare worker: Cross-sectional study. *Skin Research and Technology, 30*(1), e13527. <https://doi.org/10.1111/srt.13527>
- Bunchoo, T., & Aatwichai, P. (2025). Sharp injuries and exposure to patients' body fluids among healthcare workers in Bueng Kan Hospital. *The Office of Disease Prevention and Control 8 Udon Thani Journal, 3*(1), 57–69. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/JODPC8/article/view/2410/3009> (in Thai)



Factors Associated with Work-Related Health Risks Among Nursing Instructors ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของอาจารย์พยาบาล

- Chacko, E., & Chetan, R. R. (2018). Awareness on computer ergonomics and prevention of MSD among the millennials in Bangalore. *Research Review International Journal of Multidisciplinary*, 3(11), 422–426. https://www.researchgate.net/publication/329192052_Awareness_on_Computer_Ergonomics_and_Prevention_of_MSD_among_the_Millennials_in_Bangalore
- Daenseekaew, S., Saensom, D., Singha-Dong, N., & Boonkong, P. (2017). Nursing practice environments in Northeast Thailand. *Journal of Nursing and Health Care*, 35(2), 216–226. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/96740/75457> (in Thai)
- Edlich, R., Woodard, C. R., Pine, S. A., & Lin, K. Y. (2017). A collective review on hazards of powder on surgical and examination gloves. *Journal of Long-Term Effects of Medical Implants*, 27(2–4), 113–123. <https://doi.org/10.1615/JLongTermEffMedImplants.v27.i2-4.30>
- Fouda, M. M., Abd El-Mohsen, A. S., Shafik, S. A., & El-Zayat, O. S. (2024). Knowledge and practice regarding computer ergonomics among faculty staff in Helwan University. *Helwan International Journal for Nursing Research and Practice*, 3(8), 42–60. https://hijnrp.journals.ekb.eg/article_404460_12b869190591891978678bbd97d7dcba.pdf
- Ikradiningrat, E. D. P., & Martiana, T. (2024). Overview of the incidence and risk factors of computer vision syndrome among office workers at PT XYZ, Pasuruan, East Java. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 22(1), 1398–1403. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2024.22.1.1080>
- Inchai, J., Liwsrisakun, C., Bumroongkit, C., Euathrongchit, J., Tajarenmuang, P., & Pothirat, C. (2018). Tuberculosis among healthcare workers at Chiang Mai University Hospital, Thailand: Clinical and microbiological characteristics and treatment outcomes. *Japanese Journal of Infectious Diseases*, 71(3), 214–219. <https://doi.org/10.7883/yoken.JJID.2017.274>
- Kaewnan, S., Kaewboonchu, O., & Rawirokool, T. (2017). Relationship between job stress and job satisfaction among nursing instructors the ministry of public health. *Journal of Public Health Nursing*, 31(Special), 163–176. (in Thai)
- Kamdaeng, P. (2021). Supervision in clinical practice regarding expectations of nursing students. *Journal of the Nurses' Association of Thailand, Northern Region*, 27(1), 17–26. (in Thai)
- Karaket, A., Panumaswiwat, S., Talerd, W., & Pranom, S. (2021). Reducing overcrowding at the emergency department in a community hospital in Sisaket Province. *Journal of Health Science*, 30(Suppl. 1), S102–S112. (in Thai)
- Khongrit, V. (2021). The physical symptoms from personnel computer using. *Journal of Science and Technology Mahasarakham University*, 40(5), 369–375. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/scimsujournal/article/view/251023/173102> (in Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>



- Kumyoung, N., Kaewnakhon, R., Artkla, K., Sattam, T., Chaloothong, N., & Paengwong, P. (2024). Ergonomics risk assessment of computer use among lecturers at the Loei Rajabhat University. *The 8th STOU National Research Conference* (pp. 346–354). Sukhothai Thammathirat Open University. <https://shorturl.asia/Tx0ZG> (in Thai)
- Maida, C. M., Aprea, L., Calamusa, G., Campisi, F., Favaro, D., Russo Fiorino, G., Fodale, A. M., Maniglia, M. L., Marchese, V., Velardo, M. M., & Torregrossa, M. V. (2020). Blood and body fluids exposure of healthcare workers in a University Hospital of Palermo, Italy: A fourteen years long surveillance. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, *32*(6), 664–673. <https://doi.org/10.7416/ai.2020.2380>
- Ministry of Education. (2018). Announcement on the higher education standards, B.E. 2561. *Royal Thai Government Gazette*, *135*(199), 19-21. <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/199/T19.PDF>
- Nucera, E., Aruanno, A., Rizzi, A., & Centrone, M. (2020). Latex allergy: Current status and future perspectives. *Journal of Asthma and Allergy*, *13*, 385–398. <https://doi.org/10.2147/JAA.S242058>
- Panikhom, C., & Chaiklieng, S. (2024). Health risk assessment of indoor air quality exposure among healthcare workers in a community hospital, Khon Kaen Province. *Thai Journal of Toxicology*, *39*(2), 1–18. (in Thai)
- Rashwan, Z. I., Shaaban, A., Bayoumi, M., & Bader, E. (2025). Technology impacts academia's day-to-day activities: Association between musculoskeletal body injuries and nursing faculties' knowledge and practice on workstation ergonomics. *International Journal of Occupational Safety and Health*, *15*(1), 145–155. <https://doi.org/10.3126/ijosh.v15i1.63570>
- Rogers, B. (2003). *Occupational and environmental health nursing: Concepts and practice* (2nd ed.). W.B. Saunders.
- Salem, F. A., Weheida, S. M., Ali, K. A. G., Metwely, S. M., Alkordy, A., El Emam, S. Y., Niazy, R., & Farghaly, S. M. (2023). Computer vision syndrome as perceived by undergraduate nursing students versus clinical nursing teachers. *Egyptian Journal of Health Care*, *14*(4), 399–418. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2023.326843>
- Sirismut, T. (2021). Toxicology of ethyl alcohol and isopropyl alcohol. *Thai Journal of Hospital Pharmacy*, *31*(1), 14–23. (in Thai)
- Tawiah, P. A., Baffour-Awuah, A., Effah, E. S., Adu-Fosu, G., Ashinyo, M. E., Alhassan, R. K., Appiah-Brempong, E., & Afriyie-Gyawu, E. (2022). Occupational health hazards among healthcare providers and ancillary staff in Ghana: A scoping review. *BMJ Open*, *12*(10), e064499. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064499>
- Teyton, A., Tremblay, M., Tardif, I., Lemieux, M. A., Nour, K., & Benmarhnia, T. (2022). A longitudinal study on the impact of indoor temperature on heat-related symptoms in older adults living in non-air-conditioned households. *Environmental Health Perspectives*, *130*(7), 077003. <https://doi.org/10.1289/EHP10291>



Factors Associated with Work-Related Health Risks Among Nursing Instructors ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของอาจารย์พยาบาล

- Thangkratok, P., Tongtham, A., Palacheewa, N., Makkabphalanon, K., & Trainattawan, W. (2021). Needlestick and sharp injuries in nursing students. *KKU Journal for Public Health Research*, 14(3), 1–9. (in Thai)
- Thoraphan, R., & Prasanwon, K. (2021). Factors influencing the burnout of nursing instructors in North Eastern College Network of Praboromarajchanok Institute. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*, 11(1), 40–51. (in Thai)
- Threerapongphatthana, P., & Likhitkiatkachorn, P. (2024). Factors affecting the burnout of staff in hospital. *Department of Health Service Support Journal*, 20(3), 62–72. (in Thai)
- Wannasri, W., Saensuk, N., & Theekakase, W. (2021). Factors affecting personnel stress in a University in Sisaket Province. *CNU Academic Journal*, 8(1), 48–58. https://cnu.ac.th/journal/JournalPDF/8_1_05.pdf (in Thai)



Effect of a Play Therapy Program on Preoperative Anxiety Among School-Age Patients*

ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน*

Phatcharaporn	Watcharasin**	พีชราพร	วัชรสินธุ์**
Pimpaporn	Klunklin***	พิมพ์ภากรณ์	กลิ่นกลิ่น***
Nethong	Namprom****	เนตรทอง	นามพรหม****

Abstract

Reducing preoperative anxiety among school-age patients is essential nursing care to prepare pediatric patients for surgery. The objective of this quasi-experimental research was to evaluate the effect of a play therapy program on anxiety among school-age patients undergoing surgical treatment. The sample of 44 patients aged 6-12 years who had planned surgery from March to April 2024 was selected in a purposive manner. Participants were divided into an experimental and a control group, with 22 patients per group. The experimental group received the play therapy program combined with routine nursing care, while the control group received routine nursing care. The research instruments included the play therapy program and the Thai State-Trait Anxiety Inventory for Children-Revised (Thai STAIC-R). Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U test, and analysis of variance (one-way repeated ANOVA).

The results of the study showed that average scores for anxiety in the intervention group were significantly lower than those of the control group ($p < .001$), and the average scores for anxiety in the intervention group were significantly lower than those before receiving the program ($p < .001$).

These results suggest that the play therapy program reduced preoperative anxiety among school-age patients and should be used by pediatric nurses to mitigate anxiety in this group.

Keywords: Play therapy; Preoperative anxiety; School-age patients

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: pimpaporn.k@cmu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 17 September 2024; Revised 31 October 2024; Accepted 19 November 2024



Effect of a Play Therapy Program on Preoperative Anxiety Among School-Age Patients ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

บทคัดย่อ

การลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน มีความสำคัญต่อการให้การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี จำนวน 44 ราย ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากการได้รับการวางแผนผ่าตัด ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ.2567 แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมการเล่นบำบัด และแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent t-test, Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U test, และ analysis of variance (one-way repeated ANOVA).

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเล่นบำบัดสามารถลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้ และพยาบาลเด็กควรนำโปรแกรมไปใช้เป็นแนวทางลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้

คำสำคัญ: การเล่นบำบัด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

-
- * วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 - ** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 - *** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: pimpaporn.k@cmu.ac.th
 - **** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 17 กันยายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 31 ตุลาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 19 พฤศจิกายน 2567



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กวัยเรียน มีอายุระหว่าง 6-12 ปี มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วทางสติปัญญา จิตใจและสังคม มีสังคมนอกบ้านเพิ่มขึ้น สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตัวเองได้มากขึ้น มุ่งมั่นกับการเรียน เรียนรู้มารยาททางสังคม เล่นและมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมวัยทั้งเพศเดียวกันและต่างเพศ (Klunklin, 2020) มีพัฒนาการทางสติปัญญาอยู่ในขั้นปฏิบัติการคิดแบบเป็นรูปธรรม (concrete operation stage) สามารถคิดอย่างมีเหตุผล ใช้เหตุผลในการตัดสินใจ ปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น สร้างจินตนาการในความคิดของตนได้ คิดเปรียบเทียบ เรียงลำดับสิ่งต่าง ๆ ได้ สามารถคิดย้อนกลับได้ สามารถจัดกลุ่มแบ่งประเภทของสิ่งต่าง ๆ เข้าใจความคิดของคนอื่น แต่ความคิดอย่างมีเหตุผลยังพัฒนาไม่เต็มที่เทียบเท่าผู้ใหญ่ (Piaget, 1963) ดังนั้น เมื่อเด็กวัยเรียนต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ทำให้เด็กคาดคะเนถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้าเกินจริง และรู้สึกว่าการผ่าตัดเป็นสิ่งที่คุกคามทางอารมณ์และร่างกาย (Fronk & Billick, 2020)

การเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียนที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในสหรัฐอเมริกาพบว่า มีผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดประมาณ 3.9 ล้านคนต่อปี ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุ 6-11 ปี เข้ารับการผ่าตัดสูงที่สุด ร้อยละ 34 (Rabbitts & Groenewald, 2020) สำหรับประเทศไทยพบว่า ในจำนวนผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 15 ปีทั้งหมดที่เข้ารับการผ่าตัด เป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีอายุ 6-12 ปี จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 40.40 (Nakornping Hospital, 2021) โดยพบว่า ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมจักษุ ศัลยกรรมกระดูกและศัลยกรรมโสต ศอ นาสิก ตามลำดับ ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ต้องดมยาสลบมากกว่าร้อยละ 80 (Queen Sirikit National Institute of Child Health, 2017) ซึ่งการผ่าตัดที่ใช้การดมยาสลบก่อให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลแก่เด็กเป็นอย่างมาก

ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดมักได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยก่อนผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยเด็กเกิดความวิตกกังวลจากการต้องเผชิญกับสิ่งใหม่ที่ไม่คุ้นเคยและตามการรับรู้ของเด็ก การผ่าตัดเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงเมื่อเปรียบเทียบกับเหตุการณ์อื่น (Getahun et al., 2020) โดยผู้ป่วยเด็กจะแสดงพฤติกรรมต่อต้าน ได้แก่ ขัดขืน ร้องไห้ และไม่ให้ความร่วมมือในการผ่าตัด ซึ่งทำให้เกิดความยากลำบากในการให้ยาสลบ ใช้เวลาในการนำสลบมากขึ้น การฟื้นตัวจากยาสลบช้า ส่งผลกระทบหลังการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยเด็กกระสับกระส่ายมากขึ้น การดูแลที่ห้องพักฟื้นใช้ระยะเวลานานขึ้น ซึ่งผู้ป่วยเด็กที่มีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดสูง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังการผ่าตัดในทางลบ ได้แก่ เกิดปัญหาการนอนหลับใน 3 วันแรกหลังการผ่าตัด มีความผิดปกติของการรับประทานอาหาร และปัสสาวะรดที่นอน เป็นต้น นอกจากนี้ หากต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอีก ผู้ป่วยเด็กจะกลัวบุคลากรทางการแพทย์และห้องผ่าตัดมาก (Fronk & Billick, 2020)

ความวิตกกังวล คือ ภาวะทางอารมณ์ ความไม่สบายใจ โดยเกิดจากกระบวนการทางความคิดเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น ซึ่งบุคคลประเมินว่าสิ่งเร้านั้นอาจทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคาม (Spielberger & Sydeman, 1994) เมื่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียนรับรู้ว่าจะต้องได้รับการผ่าตัด การผ่าตัดเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ไม่สบายใจ ซึ่งเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญกับสถานการณ์ก่อนการผ่าตัด อาจแสดงออกโดยการร้องไห้ ตัวสั่น หวาดกลัว ตกใจ กระสับกระส่าย เหงื่อออกและไม่ร่าเริง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนก่อนผ่าตัดเกิดจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การเตรียมก่อนการผ่าตัดที่ไม่เพียงพอ ทำให้เด็กขาดความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาโดยการผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้น ความไม่คุ้นเคยกับสถานที่ผ่าตัด อุปกรณ์ทางการแพทย์ เหตุการณ์ที่เจ็บปวด (Yahya Al-Sagarat et al., 2017) ซึ่งหากมีการเตรียมพร้อมก่อนผ่าตัดโดยการให้ผู้ป่วยเด็กได้รับรู้อย่างมีเหตุผล อธิบายสถานการณ์ที่จะเผชิญและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กได้แสดงความรู้สึก อาจทำให้ลดความวิตกกังวลของเด็กก่อนผ่าตัดได้

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในเด็กวัยเรียนมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การให้ข้อมูลผ่านสื่อต่าง ๆ การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ จัดกิจกรรมการเล่น ดนตรีบำบัด และการให้



Effect of a Play Therapy Program on Preoperative Anxiety Among School-Age Patients ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

ผู้ปกครองอยู่กับเด็กในระหว่างการให้ยาสลบ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมามีการใช้กรอบแนวคิดที่หลากหลาย การให้ข้อมูลผ่านสื่อบางกิจกรรมให้ข้อมูลที่ซับซ้อนหรือตัวหนังสือมากเกินไป ทำให้ไม่น่าสนใจและบางสื่อตัวหนังสือเล็กทำให้ยากต่อการอ่านของเด็กวัยเรียนช่วงประถม (Kassai et al., 2016; Romero Leguizamón et al., 2017) บางงานวิจัยเป็นการศึกษาที่ผ่านมานานแล้ว ผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำมาใช้กับสถานการณ์ปัจจุบันได้ (Nattaya, 2002; Oonreun, 2007) บางการศึกษามีข้อเสนอแนะให้ใช้นวัตกรรมการใช้สื่อที่เหมาะสมกับยุคสมัยและใช้ภาษาที่เด็กเข้าใจได้ง่าย (Akca et al., 2015) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยใช้สื่อเทคโนโลยีผ่านแท็บเล็ต (Kim et al., 2019) และการศึกษาการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดผ่านสื่อวิดีโอ สามารถลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กได้ ซึ่งรูปแบบและเนื้อหาข้อมูลควรเหมาะสมกับวัยและพัฒนาการของเด็ก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในเด็ก (Härter et al., 2021) รวมถึงการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการเตรียมตัวด้านการดูแลสุขภาพโดยใช้สื่อเทคโนโลยี เป็นประโยชน์ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในเด็ก (Löf & Lönnqvist, 2022) อีกทั้งในปัจจุบันการเล่นบำบัดเป็นกิจกรรมที่เตรียมผู้ป่วยก่อนเผชิญสถานการณ์ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีทักษะในการเผชิญปัญหาและลดความวิตกกังวล (Li et al., 2016)

การเล่นบำบัด (play therapy) เป็นกิจกรรมการเล่นที่เตรียมจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กได้ระบายความรู้สึกก่อนการรักษ สามารถเผชิญสถานการณ์ที่คุกคามได้ดีขึ้นและสมเหตุสมผล ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กได้แสดงความรู้สึก ปลดปล่อยอารมณ์หรือพฤติกรรมเชิงลบ เรียนรู้และปรับพฤติกรรมในเชิงบวก และเพิ่มความมั่นใจระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล (Godino-láñez et al., 2020) อีกทั้งผู้ป่วยเด็กสามารถแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก จินตนาการ ความคิดสร้างสรรค์ และปรับตัวต่อสถานการณ์ที่คุกคามต่าง ๆ ผ่านการเล่นได้ โดยการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการเล่น (Piaget, 1963) ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในกระบวนการเล่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กได้คิดและขจัดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในใจ พัฒนาทักษะการแก้ปัญหาในสถานการณ์คุกคามของตนเอง (Yogman et al., 2018) ซึ่งตามพัฒนาการทางสติปัญญา ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนสามารถเรียนรู้ผ่านการเล่นที่มีจินตนาการและสร้างสรรค์ การมีส่วนร่วมในเกมที่ลงมือปฏิบัติจริงที่มีกฎกติกาจะช่วยให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ ซึ่งการเล่นทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับข้อมูลใหม่ ๆ เปิดกระบวนการคิดให้กว้างขึ้น ฝึกฝนความสามารถในการแก้ปัญหา ลดข้อขัดแย้งในใจและช่วยเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองเมื่อการเล่นบรรลุเป้าหมายตามกติกา (Piaget, 1963) รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการเล่นบำบัด กิจกรรมการเล่นที่สนุกและจัดการเล่นในช่วงก่อนการผ่าตัด ช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยเด็กได้ (Godino-láñez et al., 2020)

ตามแนวคิดการเล่นบำบัดของ นอร์ตัน และ นอร์ตัน (Norton & Norton, 2002) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กได้เรียนรู้และเกิดประสบการณ์ใหม่ผ่านการเล่น เกิดการเปลี่ยนแปลงของประสาทสัมผัสและอารมณ์ของผู้ป่วยเด็ก ฝึกให้ผู้ป่วยเด็กได้เผชิญกับสถานการณ์คุกคามในสภาพแวดล้อมและสถานการณ์จำลองที่ปลอดภัย ผู้ป่วยเด็กเรียนรู้ที่จะสื่อสารและแสดงความรู้สึกของตนเอง พัฒนาและเกิดทักษะที่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เพิ่มทักษะการแก้ปัญหาเพื่อจัดการกับสถานการณ์คุกคาม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นตอนการสำรวจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเด็กคุ้นเคยและไว้วางใจ ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กได้แสดงความคิดเห็น 2) ขั้นตอนการทดสอบการปกป้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้แสดงความต้องการและรับรู้ว่าเป็นที่ยอมรับสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเด็กจะทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและเป็นที่ยอมรับ 3) ขั้นตอนการพึ่งพาอาศัย เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กแสดงความรู้สึกทางอารมณ์และความต้องการผ่านการเล่น 4) ขั้นตอนความก้าวหน้าในการเล่น ด้วยการเสริมแรง การให้รางวัลเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กอยากเรียนรู้เข้าใจการผ่าตัดที่จะได้รับและสามารถควบคุมจัดการสถานการณ์และเข้าใจความรู้สึกของตนเองมากขึ้น และ 5) ขั้นตอนการยุติ เป็นการสิ้นสุดการเล่นบำบัดเมื่อผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือในกิจกรรมหรือเล่นเกมเสร็จ การชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ดีและน่าชื่นชมทำให้ผู้ป่วยเด็กมีกำลังใจที่จะทำสิ่งนั้น ๆ ต่อไปและวิธีการใช้คำพูดที่ดี คือ การชมเชยในความพยายาม



และความสำเร็จของผู้ป่วยเด็ก

การนำแนวคิดการเล่นบำบัดที่ใช้ในการลดวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน พบการศึกษาการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลก่อนและหลังการผ่าตัด การอดอาหารก่อนผ่าตัด การดูแลแผลหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้ การดมยาสลบ โดยวิธีการบรรยายร่วมกับการใช้ตุ๊กตาสาธิต พบว่าผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยเด็กในกลุ่มควบคุม (He et al., 2014; Li et al., 2007; Li et al., 2014) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเกี่ยวกับการเล่นบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในเด็กวัยเรียนที่ผ่านมามีขั้นตอนของการเล่นบำบัดไม่ครบ 5 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ นอร์ตัน และ นอร์ตัน (Norton & Norton, 2002) โดยเป็นกิจกรรมที่อยู่ในขั้นตอนที่ 3 การรักษาที่มีพัฒนาการ (therapeutic growth stage) เพียงขั้นตอนเดียว ซึ่งยังขาดการให้รางวัลเพื่อสร้างความภูมิใจให้แก่เด็กวัยเรียน ขาดการกล่าวถึงขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเด็ก การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กได้แสดงความต้องการ ความรู้สึกทางอารมณ์ และการเล่นที่ใช้อุปกรณ์การแพทย์ของจริงอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้นสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีความวิตกกังวลสูง และการสัมผัสโดยตรงกับวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เป็นของจริงจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลที่สูงขึ้นในผู้ป่วยเด็ก (Drewes & Schaefer, 2018)

ปัจจุบัน มีการพัฒนาเทคโนโลยีโทรศัพท์มือถือผ่านเครือข่ายไร้สาย เพื่อเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และใช้เทคโนโลยีการออกแบบเกมในการรักษาพยาบาลและการแพทย์ โดยมีคะแนนและรางวัลเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และเกิดแรงจูงใจในการเล่นอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของ เกม (McCoy et al., 2016) เกมที่พัฒนาด้านการเรียนรู้และความเข้าใจในเด็กวัยเรียน ได้แก่ เกมปริศนาอักษรไขว้ เกมค้นหาคำ เกมที่มีการเล่าเรื่องร่วมกับค้นหาปริศนา เป็นการส่งเสริมให้เด็กค้นหาสิ่งปริศนาอย่างอิสระ และการเล่นเกมสร้างสถานที่หรือประสบการณ์ใหม่ ๆ จะทำให้เกิดการเรียนรู้โดยค้นหาความสนใจ ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนได้แสดงออกถึงความรู้สึก ความคิด และเกิดการเรียนรู้ใหม่ แบ่งปันแนวคิดและการเรียนรู้ใหม่ ๆ ผ่านการเล่นได้ (Siegler et al., 2019) ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถเข้าถึงเกมดิจิทัลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ได้ผ่านไอแพดและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ ซึ่งการเล่นเกมดิจิทัลที่มีรูปแบบของเกมที่พัฒนาการเรียนรู้และความเข้าใจในเด็กวัยเรียน โดยการจำลองสภาพแวดล้อมจริงก่อนผ่าตัด มีการให้คะแนนและรางวัล จะทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเกิดการเรียนรู้ได้ประสบการณ์ในจินตนาการ และลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนรู้สึกภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเองหลังจากเล่นเกม

ผู้วิจัย ได้พัฒนาโปรแกรมการเล่นบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โดยใช้แนวคิดของ นอร์ตัน และ นอร์ตัน (Norton & Norton, 2002) โดยโปรแกรมการเล่นบำบัดใช้การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร และรูปแบบการเล่นที่เฉพาะเจาะจงกับพัฒนาการเด็กวัยเรียน โดยการใช้สื่อที่เป็นเกมดิจิทัล เพื่อเพิ่มประสบการณ์ใหม่ ๆ แสดงออกถึงความรู้สึก ความคิด และเกิดการเรียนรู้ใหม่ เป็นการส่งเสริมให้เด็กได้มีโอกาสแสดงออกถึงผลกระทบของสถานการณ์การผ่าตัดที่จะต้องเผชิญในเชิงบวกและควบคุมผลกระทบในเชิงลบให้เหมาะสมได้ โดยทำให้ผู้ป่วยเด็กคุ้นเคยกับสถานการณ์การผ่าตัดที่สมมติขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กจินตนาการเหตุการณ์ในห้องผ่าตัด คิดวิธีปรับตัว จัดการความรู้สึกของตนเองในสถานการณ์สมมติ สร้างอารมณ์ที่เข้มแข็งเพื่อจัดการกับสถานการณ์คุกคาม เมื่อประสบกับสถานการณ์จริงจะทำให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยเด็กลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ร่วมกับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



Effect of a Play Therapy Program on Preoperative Anxiety
Among School-Age Patients
ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนก่อนและภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ร่วมกับการพยาบาลตามปกติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดของ นอร์ตัน และ นอร์ตัน (Norton & Norton, 2002) ในการพัฒนาโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นตอนการสำรวจ (exploratory stage) เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เด็กคุ้นเคยและไว้วางใจ 2) ขั้นตอนการทดสอบการปกป้อง (testing for protection stage) เพื่อให้เด็กได้แสดงความต้องการและเป็นที่ยอมรับ รู้สึกมั่นคงปลอดภัย เริ่มต้นด้วยการเล่นเกม 3) ขั้นตอนการพึ่งพาอาศัยกัน (dependency stage) เพื่อให้เด็กแสดงความรู้สึกทางอารมณ์และความต้องการมากขึ้นผ่านการเล่นที่เหมาะสมกับขั้นพัฒนาการ 4) ขั้นตอนการรักษาที่มีความก้าวหน้า (therapeutic growth stage) ด้วยการเสริมแรงและการใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็ก พัฒนาให้เด็กรับรู้เข้าใจการผ่าตัดที่จะได้รับ โดยใช้การเล่นที่ทำให้เด็กสามารถควบคุมจัดการสถานการณ์และเข้าใจความรู้สึกของตนเองมากขึ้น นำไปสู่การเรียนรู้ที่มากขึ้นเรื่อย ๆ ร่วมกับการให้รางวัลเพื่อกระตุ้นให้เด็กอยากเรียนรู้และเล่นต่อจนสิ้นสุดการเล่น และ 5) ขั้นตอนการยุติ (termination stage) เป็นการสิ้นสุดการเล่นบำบัด โดยโปรแกรมการเล่นบำบัด จะช่วยลดความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน อธิบายตามกรอบแนวคิดของ สปีลเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1971)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี ที่เข้ารับการรักษาและผ่าตัดในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาและผ่าตัดในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย มีดังนี้ 1) ไม่มีโรคเฉียบพลันหรือเรื้อรังรุนแรง ตาม American Society of Anesthesiologists classification I หรือ II 2) ได้รับการวางแผนใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วไป 3) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ 4) เด็ก และผู้ปกครองยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวจากการวิจัย 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกกิจกรรมของการวิจัย 3) ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะหอบทางอารมณ์ (Hyperventilation Syndrome) 4) มีประวัติเคยได้รับการผ่าตัด 5) เด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น และเด็กที่มีความผิดปกติอื่น ๆ ที่อาจไม่สามารถสื่อสารอารมณ์หรือความรู้สึกของตนเองได้

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ทดสอบด้วยสถิติ t-test โดยทั้งสองกลุ่มมีอิสระต่อกัน ชนิดทางเดียว กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ 0.80 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.5 และนำไปเปิดตาราง (Gray & Grove, 2021) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 22 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และนำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาจับคู่ (match pair)



Effect of a Play Therapy Program on Preoperative Anxiety
Among School-Age Patients
ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

เพื่อให้มีลักษณะตรงกันของชนิดการผ่าตัดและอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

โปรแกรมการเล่นบำบัดในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเล่นบำบัดของ นอร์ตัน และ นอร์ตัน (Norton & Norton, 2002) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1.1 แผนดำเนินโปรแกรมการเล่นบำบัด และให้โปรแกรมการเล่นบำบัด 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ต่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียน 1 ราย

1.2 ชุดของเล่นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ที่มีสีสันสดใสและมีไฟกระพริบ 1 ชุด มี 22 ชิ้น ประกอบด้วย โต๊ะวางเครื่องมือแพทย์ หูฟังทางการแพทย์ แฟ้มสำหรับเขียนประวัติผู้ป่วย เครื่องวัดความดันโลหิต ไฟฉาย และกระจกใช้สำหรับช่องปาก อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกายผ่านทางหน้าผาก ค้อนเบา มีดผ่าตัด กรรไกรผ่าตัด กรรไกรตัดไหม คีมคีบ เข็มฉีดยา ขวดยา คีมคีบสำลี และการ์ดเอ็กซเรย์

1.3 เกมดิจิทัล ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการดมยาสลบ พัฒนารูปแบบของเกมตามขั้นพัฒนาการของเด็กวัยเรียน มีการให้เหรียญรางวัลและเล่นบนอุปกรณ์แท็บเล็ต (tablet) โดยก่อนจะเข้าสู่แต่ละเกมย่อยนั้น จะมีการให้ข้อมูลประกอบรูปภาพเกี่ยวกับการแนะนำสถานที่ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด สภาพแวดล้อม เครื่องมือและอุปกรณ์ในห้องผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก และการดูแลหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น ประกอบด้วย 4 เกมย่อย ได้แก่ เกมที่ 1 เกมจับคู่เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เกมที่ 2 เกมจับคู่อุปกรณ์และเงาของอุปกรณ์ในห้องผ่าตัด เกมที่ 3 เกมหาจุดแตกต่างกัน 2 ภาพ เป็นภาพเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และเกมที่ 4 เกมต่อภาพห้องพักฟื้นภายหลังการผ่าตัดเสร็จสิ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ อายุ เพศ และประวัติการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (A-State scale) ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย วราภรณ์ ชัยวัฒน์ (Chaiyawat, 2000) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.895 ค่าความเชื่อมั่นแบบวัดซ้ำ (test-retest) เท่ากับ 0.58 และค่า Cronbach's alpha time 1 เท่ากับ 0.83 และค่า Cronbach's alpha time 2 เท่ากับ 0.87 ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก ผู้ตอบต้องเลือกข้อความให้ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด ข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อความทางบวกซึ่งให้คะแนนเรียงลำดับ 1, 2 และ 3 คะแนน และข้อคำถามทางลบให้คะแนนเรียงลำดับ 3, 2 และ 1 คะแนน การคิดคะแนนได้จากการนำคะแนนทุกข้อมารวมกันและหาค่าเฉลี่ยเพื่อเปรียบเทียบกันระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แผนดำเนินโปรแกรมฯ และเกมดิจิทัล ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินการเข้าใจในเนื้อหา ความเหมาะสมของขั้นตอน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ ฉบับภาษาไทยของวราภรณ์ ชัยวัฒน์ ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.895 งานวิจัยครั้งนี้จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญในเด็ก ฉบับภาษาไทยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน หาค่า Cronbach's alpha



coefficient ได้เท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการประเมินผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณารับรองการดำเนินการวิจัย เลขที่จริยธรรม 041/2567 ก่อนดำเนินการวิจัย ได้มีการติดแผ่นโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยที่แผนกผู้ป่วยนอกและห้องตรวจแพทย์ ผู้ที่สนใจแจ้งความประสงค์ผ่านพยาบาลประจำจุดตรวจ เพื่อแจ้งผู้วิจัย หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการวิจัยให้แก่เด็กและผู้ปกครอง พร้อมทั้งให้เด็กลงนามในหนังสือความพร้อมใจและผู้ปกครองลงนามในใบความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยความสมัครใจและสามารถปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ การจัดกิจกรรมอยู่ในช่วงที่มานอนโรงพยาบาล เด็กได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล โดยไม่ก่อให้เกิดการขาดประโยชน์จากการพยาบาลปกติ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้เก็บเป็นความลับไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการอ่านข้อคำถามในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบด้วยตนเองโดยผู้ช่วยวิจัยไม่มีการอธิบายเพิ่มเติม ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

2. ผู้วิจัยทำการจับสลากสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ 3 ครั้ง ได้แก่ หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดทันที และในเช้าวันผ่าตัด สำหรับกลุ่มควบคุมได้ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ 2 ครั้ง ได้แก่ หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ และในเช้าวันผ่าตัด

3. ก่อนการผ่าตัดผ่าตัด 1 วัน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อน หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยอ่านแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ ให้กลุ่มตัวอย่างฟังโดยไม่มีการอธิบายเพิ่มเติมและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบด้วยตนเอง

4. การดำเนินการในกลุ่มควบคุม ในเช้าวันผ่าตัด ผู้ช่วยวิจัยอ่านแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ ให้กลุ่มควบคุมฟัง และให้เลือกคำตอบด้วยตนเอง

5. การดำเนินการในกลุ่มทดลอง ก่อนการผ่าตัดผ่าตัด 1 วัน หลังจากกลุ่มทดลองเลือกคำตอบในแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองที่เตียงและทำการแนะนำตนเองอีกครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เด็กคุ้นเคยและไว้วางใจ ผู้วิจัยพูดคุยและแนะนำตนเองกับผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็ก โดยใช้ภาษาที่เด็กเข้าใจง่าย สบายและยื่นมือไปสัมผัสกับเด็ก ใช้เวลา 15 นาที

ขั้นตอนที่ 2 ให้เด็กได้แสดงความต้องการและเป็นที่ยอมรับ รู้สึกมั่นคง ผู้วิจัยพูดคุยซักถามเรื่องทั่ว ๆ ไป ประเมินความรู้สึกของเด็กก่อนการผ่าตัดและพูดให้กำลังใจ ประเมินสาเหตุของความวิตกกังวลตามการรับรู้ของเด็กและผู้วิจัยชักชวนผู้ป่วยเด็กเข้าร่วมกิจกรรมการเล่นบำบัดโดยใช้สื่อเกมดิจิทัล (digital game) ใช้เวลา 15 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ให้เด็กแสดงความรู้สึกและความต้องการมากขึ้นผ่านการเล่น ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยให้เด็กเริ่มเล่นเกมดิจิทัลและมีการให้เหรียญรางวัล ถ้าทำได้ตามกติกาที่กำหนด โดยผู้วิจัยปฏิบัติ ดังนี้

1) เริ่มเกมโดยมีตัวการ์ตูนเด็กที่มีประสบการณ์การผ่าตัด โดยเกริ่นนำด้วยการเล่าถึงเรื่องราวตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์การเข้าห้องผ่าตัดครั้งแรก และกล่าวเชิญชวนให้ไปค้นหาประสบการณ์ก่อนผ่าตัดด้วยกัน เมื่อกล่าวเชิญชวนเสร็จตัวการ์ตูนเด็กที่มีประสบการณ์การผ่าตัดอธิบายถึงการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด



2) ถามความรู้สึกหลังฟังประสบการณ์จากตัวการ์ตูนที่เคยผ่าตัด และเชิญชวนให้เด็กเล่นเกมต่อโดยเริ่มจากให้เด็กเลือกตัวละครในฉากที่ตนเองเล่น เมื่อเด็กเลือกตัวละครแล้ว ได้กดปุ่มถัดไปโดยมีตัวการ์ตูนเด็กเป็นผู้ดำเนินเรื่องโดยเล่าประสบการณ์การผ่าตัด และแนะนำสถานที่ในตึกผู้ป่วย

3) ประเมินความรู้สึกหลังเล่นเกมที่ 1 ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลของเด็ก โดยการสอบถาม “มาถึงตรงนี้แล้วน้องรู้สึกอย่างไร กังวลหรือมีข้อสงสัยเรื่องใดบ้าง” หากเด็กมีข้อคำถามหรือวิตกกังวล ผู้วิจัยอธิบายเองอีกครั้ง และให้ความมั่นใจแก่เด็กว่า “การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนก่อนผ่าตัดจะได้รับทำให้เด็กมีความปลอดภัย”

4) สนับสนุนให้เด็กเล่นเกมต่อ เมื่อเด็กยอมรับและต้องการเล่นเกมต่อ ผู้วิจัยเชิญชวนให้เด็กเล่นเกมต่อ โดยในเกมมีปุ่มให้กดเล่นในฉากต่อไป ให้เด็กลองเลือกรูปภาพมาใส่ให้ตรงกับความต้องการการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่เกมได้อธิบายไว้ก่อนหน้า หลังจากเลือกรูปภาพมาใส่ หากเลือกถูกต้อง จะมีเสียงกล่าวคำชมเชย และให้เหรียญรางวัล แล้วให้กดปุ่มเล่นในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนความก้าวหน้าของการบำบัด เป็นการเสริมแรงโดยการกล่าวชมเชยและให้เหรียญรางวัล เพื่อการเล่นทำให้เด็กเข้าใจความรู้สึกของตนเองมากขึ้น นำไปสู่การเรียนรู้มากขึ้น ดังนี้

1) ผู้วิจัยเสริมแรงด้วยวิธีการกล่าวชมเชยและให้กำลังใจตลอดระยะเวลาเล่นเกมให้สอดคล้องกับขั้นตอนในเกมที่เด็กเล่นและได้รับรางวัล โดยในเกมมีการให้เหรียญรางวัล เพื่อสะสมเพิ่มขึ้นในแต่ละฉากจนจบเกม เช่น “ทำได้ดีมาก” “เยี่ยมมาก”

2) ผู้วิจัยให้เด็กเล่นเกมย่อยอื่น ๆ ต่อไป โดยตัวการ์ตูนเด็กที่มีประสบการณ์การผ่าตัด อธิบายถึงการพยาบาลที่จะได้รับในห้องผ่าตัด เป็นการเตรียมความพร้อมในการดมยาสลบ รวมถึง ให้เด็กได้เห็นถึงสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด เครื่องมือและอุปกรณ์ เจ้าหน้าที่ภายในห้องผ่าตัด หลังจากตัวการ์ตูนพยาบาลอธิบายเสร็จ จะมีปุ่มกดให้เด็กเล่นเกมต่อโดยเป็นเกมจับคู่ หากเลือกถูกต้อง จะมีเสียงกล่าวคำชมเชย และเหรียญรางวัล หากตอบถูก 1 ข้อจะได้ 1 เหรียญ มีทั้งหมด 5 เหรียญ พร้อมกับมีเสียงปรบมือ และหากเลือกรูปภาพมาวางไม่ถูกต้องจะมีเสียงเชียร์ในเกม เช่น “ลองอีกครั้งไหมคะ” “พยายามอีกนิดนะคะ” “ใกล้สำเร็จแล้วคะ” หลังจากนั้นจะมีปุ่มให้กดเพื่อเล่นต่อในด้านต่อไป

3) กระตุ้นให้เด็กเล่นเกมต่อในสถานการณ์การเดินทางเข้าห้องผ่าตัด โดยตัวการ์ตูนเด็กกล่าวถึงการพยาบาลที่จะได้รับในห้องผ่าตัด มีภาพสไลด์ขึ้นตามที่ตัวการ์ตูนบรรยายเหตุการณ์ตามเส้นทางใหม่ไลน์นั้น ๆ ประกอบด้วยภาพที่เจ้าหน้าที่นำล้อนอนมารับและบรรยากาศในห้องผ่าตัด หลังจากตัวการ์ตูนอธิบายเสร็จ จะมีปุ่มขั้นตอนต่อไป กระพริบ ให้เด็กกดเพื่อไปฉากต่อไปเป็นฉากบรรยากาศในห้องผ่าตัดให้เด็กเล่นเกมจับภาพฉากเงา หากทำถูกต้องแล้วจะได้รับเหรียญรางวัล และหากเลือกรูปภาพมาวางไม่ถูกต้อง จำนวนเหรียญรางวัลที่มีอยู่จะลดลงและมีเสียงเชียร์ในเกม เช่น “ลองอีกครั้งไหมคะ” หลังจากเลือกครบและเสร็จสิ้นแล้ว จะมีปุ่มให้กดขั้นตอนต่อไป

4) กระตุ้นให้เด็กเล่นเกมต่อในสถานการณ์การระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัด โดยตัวการ์ตูน อธิบายพร้อมรูปภาพ และมีปุ่มให้กดเพื่อเล่นเกมจับผิด 2 ภาพ ที่มีจุดที่แตกต่างกันพร้อมมีตัวเลขนับเวลาถอยหลัง ถ้าทำได้ถูกต้องและเสร็จสิ้นในเวลาจะได้เหรียญรางวัล หากเด็กไม่สามารถทำได้ตามเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยพูดให้กำลังใจ แต่ถ้าหากเด็กเล่นเกมได้ตามกำหนดเวลาและได้เหรียญรางวัล ผู้วิจัยกล่าวชมเชย ตัวการ์ตูนเด็กอธิบายหลังการผ่าตัดเสร็จสิ้น และการดูแลต่อที่ห้องพักรักษา ซึ่งหลังบรรยายเสร็จ จะมีปุ่มให้เด็กกดเล่นเกมต่อจิ๊กซอภาพการดูแลต่อที่ห้องพักรักษา ถ้าต่อจิ๊กซอสำเร็จแล้ว จะแสดงคะแนนรวมทั้งหมด และเป็นการสิ้นสุดการเล่น

ขั้นตอนที่ 3 และขั้นตอนที่ 4 ใช้เวลา 20 นาที



ขั้นตอนที่ 5 ขั้นตอนการยุติ เป็นการสรุปและทบทวน ใช้เวลา 10 นาที โดยผู้วิจัยพูดคุยกับเด็ก ประเมินความรู้สึกหลังเล่นเกม สรุปกิจกรรมโดยรวมโดยการให้เด็กทบทวน ผู้วิจัยพูดเสริมกำลังใจและแจ้งผู้ปกครองว่าเสร็จสิ้นกิจกรรมแล้ว

1) หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ ผู้ช่วยวิจัยอ่านแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ ให้กลุ่มทดลองฟัง และให้เลือกคำตอบด้วยตนเอง

2) ในเช้าวันผ่าตัด ผู้ช่วยวิจัยอ่านแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ ให้กลุ่มทดลองฟัง และให้เลือกคำตอบด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ และประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ chi-square test และ สถิติ Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของเด็กวัยเรียนในเช้าวันผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ Shapiro-Wilks ผลการทดสอบข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ จึงใช้สถิติ independent t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ระหว่างความวิตกกังวลก่อนได้รับโปรแกรมฯ ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ทันที และเช้าวันผ่าตัด ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ Shapiro-Wilks ผลการทดสอบข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ จึงใช้สถิติ One-way repeated ANOVA

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 8.59 ปี (SD = 2.404) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.50 และไม่เคยมีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 59.10 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 8.59 ปี (SD = 2.404) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.50 และไม่เคยมีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 54.50 นำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมาทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ chi-square test และ Fisher's exact test พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมฯ ในเช้าวันผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -1.015, p = .310$) ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ในเช้าวันผ่าตัดพบว่า คะแนนความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.991, p = .000$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดในกลุ่มทดลองเท่ากับ 25.32 คะแนน (SD = 4.087) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 38.27 คะแนน (SD = 5.382) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของเด็กวัยเรียน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 44)

คะแนนความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด	กลุ่มควบคุม M (SD) (Range)	กลุ่มทดลอง M (SD) (Range)	Statistic value	p-value
ก่อนการทดลอง	35.64 (5.678) (29-51)	37.32 (6.113) (29-51)	-1.015 ^a	.310
หลังการทดลอง	38.27 (5.382) (29-51)	25.32 (4.087) (19-34)	8.991 ^b	.000*

หมายเหตุ a = Mann-Whitney U test, b= independent t-test *p < .001

ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดในกลุ่มทดลอง ก่อน และหลังได้รับโปรแกรม ภายหลังการได้รับโปรแกรมทันที และเข้าวันผ่าตัด ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p = .000) และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมทันทีและเข้าวันผ่าตัด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .551) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนได้รับโปรแกรมฯ ภายหลังได้รับโปรแกรมฯทันที และเข้าวันผ่าตัดเท่ากับ 37.32 คะแนน (SD = 6.11), 26.82 คะแนน (SD = 3.72) และ 25.32 คะแนน (SD = 4.09) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของกลุ่มทดลอง ระหว่างความวิตกกังวลก่อนได้รับโปรแกรมฯ ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯทันที และเข้าวันผ่าตัด (n = 22)

คะแนนความ วิตกกังวล	M ± SD (Range)			p-value		
	ก่อนได้รับ โปรแกรมฯ (1)	ภายหลังได้รับ โปรแกรมฯทันที (2)	เข้าวันผ่าตัด (3)	(1) VS (2)	(1) VS (3)	(2) VS (3)
กลุ่มทดลอง	37.32 ± 6.11 (29-51)	26.82 ± 3.72 (19-35)	25.32 ± 4.09 (19-34)	.000*	.000*	.551

*p < .001

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า ในโปรแกรมฯ ตามขั้นตอนที่ 1 มีการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นสมรรถนะของพยาบาลเด็ก ด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเด็ก และด้านการสอนโดยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเด็ก ทำให้เด็กคุ้นเคยและไว้วางใจ (Niyomchat & Wivatvanit, 2017) การจัดเตรียมสถานที่และเตรียมชุดของเล่นทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดตั้งอยู่ด้วย เป็นการสนับสนุนให้เด็กได้สำรวจและคุ้นเคยกับประสบการณ์ใหม่ที่จะต้องพบในการผ่าตัด เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ ช่วยให้เด็กซึมซับและจัดระบบการเรียนรู้ได้ดี ในขั้นตอนที่ 2 การพูดคุยซักถามเรื่องทั่ว ๆ ไป การประเมินความรู้สึกของเด็กก่อนการผ่าตัด



Effect of a Play Therapy Program on Preoperative Anxiety Among School-Age Patients ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

ประเมินสาเหตุของความวิตกกังวลตามการรับรู้ของเด็ก ทำให้เด็กได้แสดงความต้องการและรู้สึกเป็นที่ยอมรับ รู้สึกมั่นคงและปลอดภัย แล้วจึงชักชวนให้เข้าร่วมกิจกรรมการเล่นบำบัด ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยเด็กจะรู้สึกคุ้นเคย กล้าที่จะแสดงความต้องการ และแสดงความรู้สึกกับผู้วิจัยมากขึ้น

สำหรับขั้นตอนที่ 3 การใช้เกมดิจิทัลที่มีการออกแบบเกมให้เป็นสถานการณ์จำลองและมีเนื้อหาที่ต้องการให้ผู้ป่วยเด็กเรียนรู้และตัดสินใจในตัวเลือกนั้น ๆ จะทำให้ผู้ป่วยเด็กสนใจในสิ่งที่เกิดขึ้น ได้คิดเป็น รู้จักเครื่องมือ จัดหมวดหมู่ของเล่น และการเพลิดเพลินกับประสบการณ์ที่จะได้เผชิญในห้องผ่าตัด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 6-12 ปี และอายุเฉลี่ย 8.59 ปี เป็นช่วงพัฒนาการทางสติปัญญาขั้นปฏิบัติการคิดแบบเป็นรูปธรรม ซึ่งเด็กในวัยนี้ เริ่มเข้าใจกฎเกณฑ์ เหตุผล แบ่งสิ่งแวดล้อมออกเป็นหมวดหมู่ได้ รู้จักแก้ปัญหาสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นรูปธรรมและมีความสามารถในการคิดย้อนกลับได้ (Piaget, 1963) ในขั้นตอนที่ 4 เพื่อให้เด็กมีความชำนาญและเข้าใจความรู้สึกตนเองมากขึ้นนำไปสู่การเรียนรู้มากขึ้นเรื่อย ๆ โดยในระหว่างการเล่นมีการเสริมแรงด้วยวิธีการกล่าวชมเชย และให้เหรียญรางวัล ซึ่งทำให้เด็กเกิดความภาคภูมิใจ กระตุ้นให้เด็กอยากเล่นเกมจนเสร็จสิ้น ซึ่งในขั้นตอนที่ 5 การยุติมีการประเมินความรู้สึกหลังเล่นเกม โดยให้เด็กทบทวนสรุปกิจกรรมโดยรวมและการพูดคุยเสริมกำลังใจแก่ผู้ป่วยเด็กก่อนผ่าตัด ในระหว่างดำเนินกิจกรรมการเล่นบำบัด ทำให้ผู้ป่วยเด็กได้คิดย้อนกลับอย่างมีเหตุผล เรียงลำดับ และรับรู้ถึงสถานการณ์ที่จะเผชิญ ซึ่งกิจกรรมการเล่นบำบัดทั้ง 5 ขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดการเรียนรู้และได้รับประสบการณ์ในจินตนาการ เมื่อผู้ป่วยเด็กเผชิญกับสถานการณ์จริงในวันผ่าตัดส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 4 เกมย่อยที่สอดคล้องกับพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กวัยเรียน เกมจะมีกฎกติกา มีการแข่งขันกับเวลาและฝึกการแก้ปัญหา โดยเกมมีลักษณะเป็นแบบจำลอง ทักษะและมีการตั้งคำถาม สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กอย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเด็กได้คิดและเผชิญกับความท้าทายในเกม การให้คะแนนและรางวัลในรูปแบบของเหรียญรางวัลเป็นการสนับสนุนการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยเด็กซึ่งเป็นกิจกรรมการเล่นที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ สอดคล้องกับเกมคอมพิวเตอร์ ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาการเรียนรู้ที่จินตนาการได้ กติกา สถานการณ์จำลอง ความท้าทาย และความซับซ้อนซึ่งเพิ่มแรงจูงใจให้กับผู้เล่นและนำไปสู่การเรียนรู้ (Charoenmongkonvilai & Wannasoot, 2024) ขณะที่เล่นเกมผู้ป่วยเด็กตั้งใจฟังตัวการ์ตูนในเกมเล่าเรื่องราวต่าง ๆ สนุกกับการเล่นเกมที่มีเวลานับถอยหลัง และลุ้นเหรียญรางวัลตลอดทั้งเกมที่เล่น

การศึกษาเกี่ยวกับการสำรวจผลของเกมต่อทักษะทางปัญญาพบว่า การเล่นเกมทำให้เด็กเกิดทักษะการเรียนรู้ในด้านของการแก้ปัญหา เกิดจินตนาการและมีความอยากรู้อยากเห็น (Asadzadeh et al., 2024) โดยในระหว่างที่มีการเล่นเกม ผู้ป่วยเด็กมีความสนใจ อยากเล่นเกม ตื่นเต้นกับของเล่นที่ตั้งอยู่ ซึ่งเป็นการเสริมแรงและการใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็ก จากการสอบถามผู้ป่วยเด็กไม่มีความวิตกกังวล จดจ่อกับการเล่นเกมและอยากเล่นเกมในด่านต่อไปจนถึงสิ้นสุดเกม ซึ่งเป็นการพัฒนาให้ผู้ป่วยเด็กรับรู้เข้าใจการผ่าตัดที่จะได้รับ โดยใช้การเล่นที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความชำนาญและเข้าใจความรู้สึกมากขึ้นนำไปสู่การเรียนรู้ที่มากขึ้นเรื่อย ๆ ร่วมกับการให้รางวัลเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กอยากเรียนรู้และเล่นต่อจนถึงสิ้นสุดการเล่น ทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับประสบการณ์ในจินตนาการก่อนผ่าตัด ส่งผลให้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนลดลง

ความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน อธิบายตามกรอบแนวคิดของ สปิลเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1971) ได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น โดยผู้ที่ประสบกับความวิตกกังวลจะประเมินสิ่งเร้าว่าอาจก่อให้เกิดอันตรายหรือมีการคุกคาม ซึ่งกระบวนการนี้สามารถเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะ ณ ขณะนั้นหรือเป็นเพียงชั่วคราว ความรุนแรงของความวิตกกังวลอาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา แต่จะคงอยู่ในช่วงเวลาสั้น ๆ สำหรับผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดจะได้รับการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการทางความคิดและประเมินถึงสถานการณ์ของการผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งคุกคามและมีอันตราย ซึ่งนำไปสู่ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น



Effect of a Play Therapy Program on Preoperative Anxiety Among School-Age Patients ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

กลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด หลังจากให้การพยาบาลปกติแล้วไม่ได้ประเมินความวิตกกังวลและความต้องการของเด็ก ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดพบว่า การรับข้อมูลไม่เพียงพอและการเตรียมก่อนการผ่าตัดที่ไม่เพียงพอทำให้เด็กขาดความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาก่อนผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้น ความไม่คุ้นเคยกับสถานที่ผ่าตัด อุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กเกิดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (Fronk & Billick, 2020) จึงทำให้ภายหลังการทดลอง เด็กในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ร่วมกับการพยาบาลตามปกติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษา มีความสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พัฒนาโปรแกรมการเล่นบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลในการบรรยายร่วมกับการใช้ตุ๊กตาสัตว์เทียมตัวก่อนผ่าตัดในเด็กอายุ 7-12 ปี ที่จะเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (Li et al., 2007) และในเด็กอายุ 7-12 ปี ที่จะได้รับการผ่าตัด (elective surgery) (He et al., 2014; Li et al., 2014) พบว่า โปรแกรมฯ สามารถลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ยังพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ทันที และเข้าวันผ่าตัด ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .551$) อาจเกี่ยวข้องกับระยะเวลาการประเมินความวิตกกังวลทั้ง 2 ครั้ง ใกล้เคียงกัน ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลไม่มีความแตกต่างกันแต่พบว่า เข้าวันผ่าตัดยังมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงต่ำกว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ทันที และยังมีค่าเฉลี่ยคะแนน (25.32) ต่ำกว่าจุดตัดคะแนนที่ 31 คะแนน ซึ่งหมายถึง กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อย

ดังนั้น โปรแกรมฯ ทั้ง 5 ขั้นตอนซึ่งใช้การสร้างสัมพันธ์ภาพ การสื่อสาร และรูปแบบการเล่นที่เฉพาะเจาะจงกับพัฒนาการเด็กวัยเรียน มีการใช้สื่อที่เป็นเกมดิจิทัลโดยใช้กลยุทธ์การให้เหรียญรางวัล การกล่าวชมเชย และกล่าวให้กำลังใจ ในเกมดิจิทัลประกอบด้วยเกมย่อย 4 เกม ได้แก่ เกมจับคู่เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เกมจับคู่อุปกรณ์และเงาของอุปกรณ์ในห้องผ่าตัด เกมหาจุดแตกต่างกัน 2 ภาพซึ่งเป็นภาพเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และเกมต่อภาพห้องฟักฟีนหลังผ่าตัดเสร็จสิ้น ทำให้เกิดการเรียนรู้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่จะได้รับการผ่าตัดได้แสดงออกถึงความรู้สึก ความคิดและเกิดการเรียนรู้ใหม่ มีโอกาสแสดงออกถึงผลกระทบของสถานการณ์การผ่าตัดที่จะต้องเผชิญในอนาคตในเชิงบวก และการควบคุมผลกระทบในเชิงลบให้เหมาะสมได้ ทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีประสบการณ์ในจินตนาการก่อนการผ่าตัด ส่งผลให้ลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการเล่นบำบัดไปใช้ในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของเด็กวัยเรียนก่อนผ่าตัดได้
2. ด้านการศึกษา สามารถนำกิจกรรม เทคนิค และกลยุทธ์ที่ใช้ในโปรแกรมการเล่นบำบัด ไปใช้ในการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นตัวอย่างในการวางแผนการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเล่นบำบัด โดยวัดผลลัพธ์ตัวแปรอื่น ๆ เช่น ความร่วมมือก่อนผ่าตัด ความร่วมมือในการดูแลรักษาต่อที่ห้องฟักฟีน พฤติกรรมก่อนและหลังผ่าตัด



2. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่จะได้รับหัตถการผ่าตัดที่ซับซ้อนและหลากหลาย

3. ควรใช้เครื่องมือวัดความวิตกกังวลทั้งในส่วนของ State- Anxiety ซึ่งเป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และ Trait-Anxiety ซึ่งเป็นแบบวัดความวิตกกังวลแฝง ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

References

- Akca, S. O., Gozen, D., & Akpinar, Y. Y. (2015). The effects of pre-op training on the anxiety levels of children in Corum/Turkey. *Revista da Associacao Medica Brasileira* (1992), 61(2), 121-125. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.02.121>
- Asadzadeh, A., Shahrokh, H., Shalchi, B., Khamnian, Z., & Rezaei-Hachesu, P. (2024). Serious educational games for children: A comprehensive framework. *Heliyon*, 10(6), e28108. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e28108>
- Chaiyawat, W. (2000). *Psychometric properties of the Thai version of the state-trait anxiety inventory for children-revised (STAIC-R) and the child medical fear scale-revised (CMFS-R) in Thai school age children* [Doctoral dissertation, State University of New York]. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130282270193117952>
- Charoenmongkonvilai, K., & Wannasoot, P. (2024). Developing lessons through computer games subject: Diversity of living things basic science course for students in grade 4, Wat Pa Sakae School. *Maejo Information Technology and Innovation Journal*, 10(1), 21-35. (in Thai)
- Drewes, A. A., & Schaefer, C. E. (Eds.). (2018). *Play-based interventions for childhood anxieties, fears, and phobias*. The Guilford Press.
- Fronk, E., & Billick, S. B. (2020). Pre-operative anxiety in pediatric surgery patients: Multiple case study analysis with literature review. *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1439-1451. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09780-z>
- Getahun, A. B., Endalew, N. S., Mersha, A. T., & Admass, B. A. (2020). Magnitude and factors associated with preoperative anxiety among pediatric patients: Cross-sectional study. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 11, 485-494. <https://doi.org/10.2147/PHMT.S288077>
- Godino-láñez, M. J., Martos-Cabrera, M. B., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Vargas-Román, K., Membrive-Jiménez, M. J., & Albendín-García, L. (2020). Play therapy as an intervention in hospitalized children: A systematic review. *Healthcare (Basel)*, 8(3), 239. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030239>
- Gray, J., & Grove, S. K. (2021). *Burns & Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th ed.). Elsevier.
- Härter, V., Barkmann, C., Wiessner, C., Rupprecht, M., Reinshagen, K., & Trah, J. (2021). Effects of educational video on pre-operative anxiety in children-a randomized controlled trial. *Frontiers in Pediatrics*, 9, 640236. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.640236>



Effect of a Play Therapy Program on Preoperative Anxiety
Among School-Age Patients
ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

- He, H. G., Zhu, L., Li, H. C. W., Wang, W., Vehviläinen-Julkunen, K., & Chan, S. W. C. (2014). A randomized controlled trial of the effectiveness of a therapeutic play intervention on outcomes of children undergoing inpatient elective surgery: Study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 431-442. <https://doi.org/10.1111/jan.12234>
- Kassai, B., Rabilloud, M., Dantony, E., Grousson, S., Revol, O., Malik, S., Ginhoux, T., Touil, N., Chassard, D., & Pereira de Souza Neto, E. (2016). Introduction of a paediatric anaesthesia comic information leaflet reduced preoperative anxiety in children. *British Journal of Anaesthesia*, 117(1), 95-102. <https://doi.org/10.1093/bja/aew154>
- Kim, J., Chiesa, N., Raazi, M., & Wright, K. D. (2019). A systematic review of technology-based preoperative preparation interventions for child and parent anxiety. *Canadian Journal of Anesthesia*, 66(8), 966-986. <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01387-8>
- Klunklin, P. (2020). *Child and adolescent nursing* (2nd ed.). Smart Coating and Services. (in Thai)
- Li, W. H. C., Chan, S. S. C., Wong, E. M. L., Kwok, M. C., & Lee, I. T. L. (2014). Effect of therapeutic play on pre- and post-operative anxiety and emotional responses in Hong Kong Chinese children: A randomised controlled trial. *Hong Kong Medical Journal*, 20(Suppl. 7), 36-39.
- Li, W. H. C., Chung, J. O. K., Ho, K. Y., & Kwok, B. M. C. (2016). Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMC Pediatrics*, 16, 36. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0570-5>
- Li, W. H. C., Lopez, V., & Lee, T. L. I. (2007). Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. *Research in Nursing & Health*, 30(3), 320-332. <https://doi.org/10.1002/nur.20191>
- Löf, G., & Lönnqvist, P. A. (2022). Role of information and preparation for improvement of pediatric perioperative care. *Pediatric Anesthesia*, 32(5), 600-608. <https://doi.org/10.1111/pan.14419>
- McCoy, L., Lewis, J. H., & Dalton, D. (2016). Gamification and multimedia for medical education: A landscape review. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 116(1), 22-34. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2016.003>
- Nakornping Hospital. (2021). *Annual Report 2021*. <https://www.nkp-hospital.go.th/th/dnFile/ReportNKP2564.pdf> (in Thai)
- Nattaya, P. (2002). *Effects of preoperative preparation by concrete-objective information plus cartoon modeling on anxiety level and cooperation to preoperative preparation for school age patients* [Unpublished master's thesis]. Chulalongkorn University. (in Thai)
- Niyomchat, R., & Wivatvanit, S. (2017). Competencies of pediatric nurses. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33(2), 84-100. (in Thai)
- Norton, C. C., & Norton, B. E. (2002). *Reaching children through play therapy: An experiential approach*. White Apple Press.



Effect of a Play Therapy Program on Preoperative Anxiety
Among School-Age Patients
ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

- Onreun, W. (2007). Effects of the innovation in providing pre-operative information of open-heart surgery for school age patients with congenital heart disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 18(2), 37-48. (in Thai)
- Piaget, J. (1963). *The origins of intelligence in children*. W.W. Norton & Company.
- Queen Sirikit National Institute of Child Health. (2017). *Annual Report 2017*. <https://shorturl.asia/udFLS> (in Thai)
- Rabbitts, J. A., & Groenewald, C. B. (2020). Epidemiology of pediatric surgery in United States. *Pediatric Anesthesia*, 30(10), 1083-1090. <https://doi.org/10.1111/pan.13993>
- Romero Leguizamon, C., Osorio Castano, A., Guarin Morales, C., & Neira Cifuentes, L. (2017). Humour therapy intervention to reduce stress and anxiety in paediatric anaesthetic induction, a pilot study. *British Journal of Anaesthesia*, 119(4), 847-848. <https://doi.org/10.1093/bja/aex278>
- Siegler, R. S., Saffran, J., Eisenberg, N., & Gershoff, E. (2019). *How children develop*. Worth Publishers.
- Spielberger, C. D., Gonzalez-Reigosa, F., Martinez-Urrutia, A., Natalicio, L. F. S., & Natalicio, D. S. (1971). The state-trait anxiety inventory. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology*, 5(3&4), 145-158. <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v5i3&4.620>
- Spielberger, C. D., & Sydeman, S. J. (1994). State-trait anxiety inventory and state-trait anger expression inventory. In M. E. Marvish (Ed.). *The use of psychological test for treatment planning and outcome assessment* (pp.292-321). Hillsale: LEA. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0943>
- Yahya AL-Sagarat, A., Al-Oran, H. M., Obeidat, H., Hamlan, A. M., & Moxham, L. (2017). Preparing the family and children for surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*, 40(2), 99-107. <https://doi.org/10.1097/cnq.000000000000146>
- Yogman, M., Garner, A., Hutchinson, J., Hirsh-Pasek, K., Golinkoff, R. M., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Council on Communications and Media. (2018). The power of play: A pediatric role in enhancing development in young children. *Pediatrics*, 142(3), e20182058. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2058>



The Effect of a Health Literacy Enhancement Program on Early Childhood Development Among Primary Caregivers in Ethnic Groups

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในผู้ดูแลหลักกลุ่มชนชาติพันธุ์

กุนนรา	มณีคันธ์วงศ์*	Kunnara	Maneekunwong*
เกศมณี	มุลปานันท์**	Katemanee	Moonpanane**
ณัฐมน	วุฒิพันธุ์*	Nathamon	Wuttipan*
ชนิษฐา	พิชฉลาด*	Khanittha	Pitchalard*
ฉันทนา	แรงสิงห์**	Chuntana	Reangsing**
ศรีสุรักษ์	เกียรติมนิรัตน์*	Srisuruk	Kietmaneerut*
ศลิษา	โกดีย์*	Salisa	Kodyee*
พิมคนภรณ์	ตระกุลต่อวงศ์***	Pimkanabhon	Trakooltorwong***

Abstract

Health literacy refers to the intellectual and social skills that motivate and the capability of caregivers to access, comprehend, and utilize information to support early childhood development. This quasi-experimental two-group pretest-posttest design aimed to examine the effect of a health literacy enhancement program for caregivers from ethnic groups. Five child development centers in Chiang Rai province were purposively selected based on ethnic population and their willingness to participate. They were randomly assigned to two groups: three centers for the experimental group and two for the control group. Caregivers were selected based on inclusion criteria, resulting in 40 participants in each group. The research instrument was the health literacy enhancement program. Research instruments for data collection included: 1) a general information questionnaire for caregivers, 2) a health literacy questionnaire, and 3) a caregiver behavior questionnaire. Analysis of data used descriptive statistics, chi-square test, Wilcoxon matched-pairs signed-rank test, and Mann-Whitney U test.

The finding revealed that the experimental group had statistically significant higher mean scores for health literacy after receiving the program ($M = 66.02, SD = 4.36$) compared to before the intervention ($M = 32.75, SD = 5.18, Z = -5.516, p < .001$), and higher than the control group ($M = 41.55, SD = 9.80, Z = -7.719, p < 0.001$). Additionally, the experimental group had statistically significant higher mean scores for caregiver behavior in promoting the development of children after receiving the program ($M = 54.98, SD = 2.42$) compared to before the intervention ($M = 49.75, SD = 7.47, Z = -2.916, p < .01$) and statistically significantly higher than those of the control group ($M = 49.43, SD = 6.20, Z = -4.340, p < 0.001$).

Healthcare providers may apply health literacy programs to enhance caregivers' capacity, promoting optimal child development and age-appropriate developmental milestones.

Keywords: Developmental promotion; Early childhood development; Ethnic group; Health literacy; Primary caregivers

* Lecturer, School of Nursing, Mae Fah Luang University

** Nursing Innovation Research and Resource Group, School of Nursing, Mae Fah Luang University

*** Corresponding author, Lecturer, School of Nursing, Mae Fah Luang University;

e-mail: pimkanabhon.tra@mfu.ac.th

Received 17 January 2025; Revised 6 June 2025; Accepted 9 June 2025



บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่ส่งเสริมแรงจูงใจ และความสามารถของผู้ดูแลเด็ก ในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้เหมาะสมตามวัย การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในผู้ดูแลหลักกลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของเด็ก อายุ 2-5 ปี กลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย คัดเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 5 แห่ง จาก จำนวนประชากรกลุ่มชาติพันธุ์และความร่วมมือในการวิจัย สุ่มอย่างง่ายแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 แห่ง และกลุ่ม ควบคุม 2 แห่ง คัดเลือกผู้ดูแลตามเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มละ 40 คน เครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก 2) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และ 3) แบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ chi-square test, Wilcoxon matched pairs signed-ranks test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมฯ ($M = 66.02, SD = 4.36$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($M = 32.75, SD = 5.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.516, p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 41.55, SD = 9.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -7.719, p < .001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวหลังได้รับโปรแกรมฯ ($M = 54.98, SD = 2.42$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($M = 49.75, SD = 7.47$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.916, p < .01$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 49.43, SD = 6.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.340, p < 0.001$)

บุคลากรทางสุขภาพ อาจนำโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแล ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้สมวัย

คำสำคัญ: การส่งเสริมพัฒนาการ พัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ดูแลหลัก

* อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

** กลุ่มนวัตกรรม วิจัยและศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

*** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง e-mail: pimkanabhon.tra@mfu.ac.th



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นโยบายพัฒนาคนตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-พ.ศ.2580) ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งเป็นทักษะปัญญาของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ดูแลหลักของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ซึ่งต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามวัยอย่างเหมาะสม เนื่องจากเด็กวัย 5 ขวบปีแรก เป็นช่วงที่สมองมีการเจริญเติบโตมากที่สุดและสูงกว่าวัยอื่น มีการเชื่อมโยงของเซลล์สมองเป็นเครือข่ายที่ซับซ้อน เป็นส่วนสำคัญให้เกิดการจดจำ มีสติปัญญา และเกิดการเรียนรู้ การพัฒนาคนให้เจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ จึงควรเริ่มตั้งแต่เด็กปฐมวัย (Treepoka & Srilasak, 2023) นอกจากนี้เด็ก 5 ขวบปีแรก ยังขาดวุฒิภาวะในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลหลักจึงเป็นบุคคลสำคัญในการสังเกต ประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการ เพราะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดเด็กตลอดเวลา (Sanivee et al., 2020) อย่างไรก็ตามจากรายงานผลการคัดกรองสุขภาพกรมอนามัยปี พ.ศ.2566 พบว่า เด็กไทยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าคิดเป็น 1 ใน 3 ของเด็กปฐมวัยทั้งหมดของประเทศ (National Institute of Child Development, 2020) ซึ่งอาจส่งผลกระทบยาวต่อเด็ก โดยเฉพาะด้านความสามารถในการเรียนรู้การเกิดปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ หรือพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กลดลง (Ziegenfusz et al., 2022)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 3 ระดับ 6 ทักษะ (Nutbeam, 2008) ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (basic/functional literacy) เป็นความสามารถในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลการประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แบ่งเป็น (1) ทักษะการเข้าถึง เป็นความสามารถในการสืบค้นและเลือกแหล่งข้อมูลที่ น่าเชื่อถือเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (2) ทักษะการรู้คิด เป็นความสามารถในการรู้และเข้าใจการประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สำหรับระดับปฏิสัมพันธ์ (communicative/interactive literacy) เป็นความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แบ่งเป็น (3) ทักษะการสื่อสาร เป็นความสามารถในการสื่อสารซักถามข้อมูล การทวนความเข้าใจ และเลือกข้อมูลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้สามารถใช้ได้จริง (4) ทักษะการจัดการตนเอง เป็นความสามารถในการตั้งเป้าหมาย วางแผน และกำกับตนเองให้ปฏิบัติตามแผนเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ส่วนระดับวิจารณ์ญาณ (critical literacy) เป็นความสามารถในการประเมินข้อมูลที่มีอยู่ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แบ่งเป็น (5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เป็นความสามารถในการประเมินและเปรียบเทียบคุณภาพข้อมูลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กจากสื่อต่าง ๆ อย่างมีวิจารณ์ญาณ (6) ทักษะการตัดสินใจ เป็นความสามารถในการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พิจารณาจากผลดี ผลเสีย และความเป็นไปได้ ทั้งนี้ หากผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง (Sanivee et al., 2020)

การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างเหมาะสม ส่งผลให้พัฒนาการของเด็กสมวัย จากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กประกอบด้วย ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ โดยการส่งเสริมให้เด็กได้เคลื่อนไหวร่างกายอย่างอิสระ จัดหาของเล่นหรืออุปกรณ์ที่ส่งเสริมการเคลื่อนไหวของร่างกาย และจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก โดยการจัดกิจกรรมหรือจัดหาของเล่นให้เด็กเพื่อกระตุ้นการประสานงานระหว่างตากับนิ้วมือ ด้านการเข้าใจและการใช้ภาษา โดยการเล่านิทานให้เด็กฟังอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง หมั่นพูดคุยและตอบคำถามเด็กอย่างชัดเจนชัดคำ และด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง โดยส่งเสริมให้เด็กได้ช่วยเหลือตนเองตามวัย สนับสนุนให้เด็กเล่นกับผู้อื่นตามกติกา พร้อมให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม ซึ่งการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลที่สอดคล้องกับหลักการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง มีส่วนสำคัญให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย (Inson et al., 2021)



จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบ 2 ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย คือ ปัจจัยด้านพันธุกรรมและด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งการเลี้ยงดูเป็นหนึ่งในปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สามารถควบคุมได้ เช่น การจัดการเรียนรู้ การกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพ (Chattakul, 2021) ดังการศึกษาอิทธิพลของความรู้ด้านสุขภาพของมารดาต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 36-59 เดือน จำนวน 440 คู่ พบว่า มารดาที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ ทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ 2.16 เท่า และพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพทำให้มารดาสามารถจัดกิจกรรมสนับสนุนการเรียนรู้แก่เด็กเพิ่มขึ้น 3.23 เท่า (Ofly & Yalcin, 2024) ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย (Chinnamart, 2024) อย่างไรก็ตามจากการสำรวจของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 พบว่า ผู้ปกครองทารกแรกเกิดถึง 3 ปี จำนวน 1,061 คน มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 12.9 และระดับพอใช้ร้อยละ 48.3 (National Institute of Child Development, 2022) สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 อยู่ในระดับไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตัวเพื่อเลี้ยงดูเด็ก (Potipiti, 2023) และการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเชื้อสายละตินและเอเชียที่อพยพอาศัยในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า อยู่ในระดับต่ำ และสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lee et al., 2020)

เชียงใหม่ เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือที่มีประชากรหลากหลายชนชาติพันธุ์อาศัยจำนวนมาก (Chiang Rai Provincial Office of Social Development and Human Security, 2023) แต่ละชนชาติพันธุ์มีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของตนเอง และส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับสัญชาติไทย มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำ มีที่อยู่อาศัยในพื้นที่สูงหรือห่างไกล ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและมีปัญหาสุขภาพมากกว่าประชากรในเขตเมือง (Health Center for Ethnic Group, Marginal People and Migrant Worker, 2020) จากรายงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเล่าฝู อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่า เด็กปฐมวัยชนชาติพันธุ์มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 35.85 ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (Pa Tung Subdistrict Administrative Organization, 2022) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ดูแลชนชาติพันธุ์ ยังขาดการปฏิบัติตัวในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPP เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (Ritthimom, 2023)

หากผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลเด็ก อาจช่วยให้มีพฤติกรรมการดูแลเด็กดีขึ้น (Kunyasai, 2024) ดังการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของผู้ดูแล และพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปี (Thanachaihubparom et al., 2024) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 9.40, p < 0.03$; $F = 4.74, p < 0.033$) อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวศึกษาในผู้ดูแลเด็กที่มารับบริการในหน่วยงานกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และยังไม่พบรายงานการศึกษาในประชากรกลุ่มชนชาติพันธุ์ ซึ่งเป็นประชากรที่มีความมั่นคงทางสุขภาพต่ำกว่าประชากรกลุ่มอื่น ๆ (Moonpanane & Thepsaw, 2019)

ผู้วิจัย จึงเห็นความสำคัญของการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ในผู้ดูแลหลักกลุ่มชนชาติพันธุ์จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แนวคิดของนัทปีม (Nutbeam, 2008) และการทบทวนวรรณกรรม (Ministry of Public Health, 2022) โปรแกรมประกอบด้วย 1) แผนการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี กลุ่มชนชาติพันธุ์ 2) วิดีทัศน์ประกอบการให้ความรู้เรื่องความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3) สถานการณ์จำลองเพื่อให้ผู้ดูแลฝึกการคิด วิเคราะห์ หลังได้รับความรู้แต่ละกิจกรรม ผลการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็น



ข้อมูลในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลกลุ่มชนชาติพันธุ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทในพื้นที่ ส่งผลให้เด็กปฐมวัยกลุ่มชนชาติพันธุ์ มีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

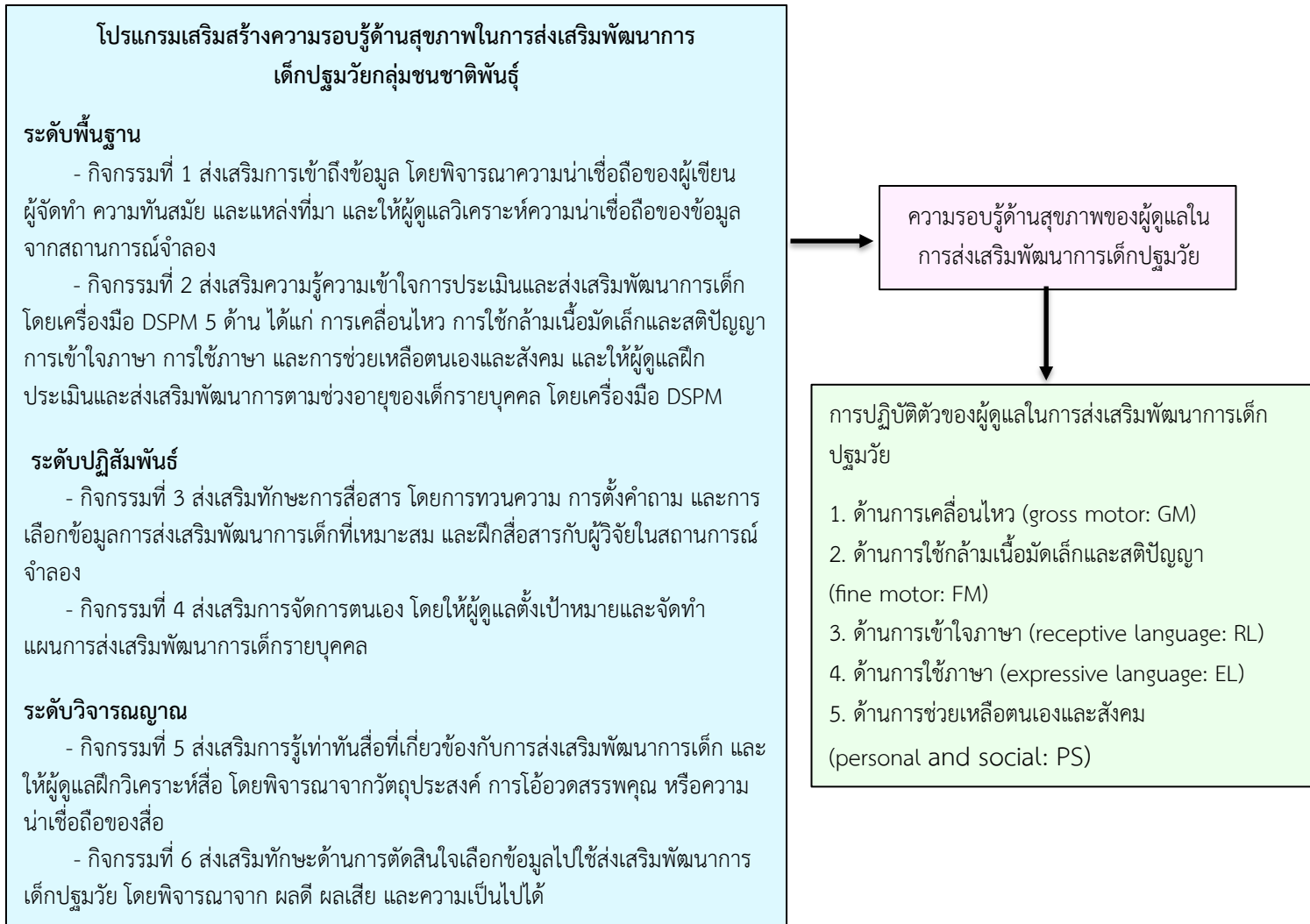
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชนชาติพันธุ์ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชนชาติพันธุ์ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกลุ่มชนชาติพันธุ์ หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกลุ่มชนชาติพันธุ์ หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี กลุ่มชนชาติพันธุ์ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญาและสังคมที่กำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการศึกษาครั้งนี้ มุ่งพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน: เสริมสร้างทักษะการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือและพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ โดยใช้คู่มือ DSPEM และอุปกรณ์เทียบเคียงที่หาได้ง่ายในชีวิตประจำวัน ระดับที่ 2 ความรอบรู้ขั้นปฏิสัมพันธ์: พัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก รวมถึงส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองในการวางแผนและติดตามผลการส่งเสริมพัฒนาการ และระดับที่ 3 ความรอบรู้ขั้นวิจารณ์ญาณ: พัฒนาทักษะการประเมินข้อมูล การรู้เท่าทันสื่อ และความสามารถในการตัดสินใจเลือกข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างเหมาะสม ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) 5 แห่ง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง พิจารณาจากจำนวนประชากรชนชาติพันธุ์ และการให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ประกอบด้วย 1) ศพด. องค์การบริหารส่วนตำบลป่าตึง 2) ศพด. บ้านป่าบง 3) ศพด. ห้วยมะหินฝน 4) ศพด. บ้านจะพือ และ 5) ศพด. บ้านสันติสุข อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี กลุ่มชนชาติพันธุ์ที่เข้าเรียนใน ศพด. 5 แห่ง จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี กลุ่มชนชาติพันธุ์จาก ศพด. ทั้ง 5 แห่ง ผู้วิจัยแบ่ง ศพด. เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล ศพด. ที่ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มทดลองมีจำนวน 3 แห่ง คือ 1) ศพด. องค์การบริหารส่วนตำบล



ป่าตึง 2) ศพต. หัวยวมหินผน 3) ศพต. บ้านจะพือ สำหรับ ศพต. ที่ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มควบคุมมีจำนวน 2 แห่ง คือ 1) ศพต. บ้านป่าบง และ 2) ศพต. บ้านสันติสุข โดยตำแหน่งที่ตั้งของ ศพต. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระยะทางที่ห่างกัน

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน และคัดเลือกกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี กลุ่มชนชาติพันธุ์ 2) สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ 3) สม่ครใจในการเข้าร่วมการวิจัย 4) เด็กอายุ 2-5 ปี ต้องไม่มีภาวะดังต่อไปนี้ (1) เป็นโรคที่ส่งผลต่อพัฒนาการล่าช้า (2) มีประวัติชักและได้รับยากันชัก ยกเว้นชักจากมีไข้ (3) มีประวัติคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือขาดออกซิเจนระหว่างคลอด (4) มีประวัติตรวจพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (suspected developmental delay) และเคยได้รับการสอนหรือกระตุ้นพัฒนาการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง อ้างอิงการคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) งานวิจัยที่ผ่านมา (Waencwaen et al., 2021) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กระดับปานกลาง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลางที่ 0.60 กำหนดระดับค่านัยสำคัญการทดสอบ 0.05 กำลังทดสอบ (power of the test) 0.80 นำไปคำนวณโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 (Siedlecki, 2020) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี กลุ่มชนชาติพันธุ์ สร้างโดยใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) และจากการทบทวนวรรณกรรม (Ministry of Public Health, 2022; Morrison et al., 2019) ประกอบด้วย 1) แผนการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี กลุ่มชนชาติพันธุ์ 2) วัตถุประสงค์ประกอบทำให้ความรู้เรื่องความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแต่ละด้าน และ 3) สถานการณ์จำลองเพื่อให้ผู้ดูแลฝึกการคิด วิเคราะห์ หลังได้รับความรู้แต่ละกิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2.2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ สุรสสิทธิ์ แจ็งภักดี และคณะ (Jangpakdee et al., 2022) ที่พัฒนาจากแนวคิดของนัทบีม โดยดัดแปลงข้อคำถามให้เข้ากับบริบทของการสอบถามผู้ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปี กลุ่มชนชาติพันธุ์ จำนวนคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ด้านละ 3 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) โดย 1 คือ ไม่ปฏิบัติ 2 คือ ปฏิบัติน้อย 3 คือ ปฏิบัติมาก 4 คือ ปฏิบัติมากที่สุด แปลผลคะแนน 3 ระดับ คือ ไม่เพียงพอ (18-36 คะแนน) ปานกลาง (37-55 คะแนน) และดี (มากกว่า 55 คะแนน)

2.3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 2-5 ปี ดัดแปลงจากแบบประเมินของ ซูชาติ มีรอด (Meerod, 2007) มีจำนวนคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ให้ตอบแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) 1 คือ ไม่ปฏิบัติ 2 คือ ปฏิบัติน้อย 3 คือ ปฏิบัติมาก 4 คือ ปฏิบัติมากที่สุด แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ไม่เพียงพอ (16-32 คะแนน), ปานกลาง (33-49 คะแนน) และดี (มากกว่า 49 คะแนน)



The Effect of a Health Literacy Enhancement Program on Early Childhood Development Among Primary Caregivers in Ethnic Groups ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในผู้ดูแลหลักกลุ่มชาติพันธุ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1. โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 2-5 ปี กลุ่มชาติพันธุ์ ผ่านการตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสม และความครอบคลุมของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารเวชศาสตร์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก จากนั้นผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี โดยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.95 และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำมาประเมินค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.88 สำหรับแบบสอบถามการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี มีค่า CVI เท่ากับ 0.90 และค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (เลขที่ CRPP HO21/2567) และได้รับอนุญาตจากองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้วิจัยเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ และชี้แจงให้รับทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ความเสี่ยง ประโยชน์ที่ได้รับ และการเผยแพร่ผลงานวิจัยที่นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมให้ลงนามในเอกสารพิทักษ์สิทธิ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม และถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และเด็กปฐมวัยของกลุ่มตัวอย่างไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการดูแลจาก ศพด.

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุญาตจากองค์การบริหารส่วนตำบลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 40 ราย ดังนี้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมที่ ศพด. บ้านป่าบง และศพด. บ้านสันติสุข แต่ละ ศพด. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ระยะเวลาของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล (pre-test) ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มควบคุมแต่ละ ศพด. ตอบแบบสอบถามพร้อมกัน โดยตอบเป็นรายบุคคลตามความจริง ผู้วิจัยจัดที่นั่งให้มีระยะห่าง เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามมีสมาธิและความเป็นส่วนตัว ระยะเวลาตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 30 นาที

สัปดาห์ที่ 2-5 เด็กปฐมวัยและผู้ดูแลได้รับการดูแลจากคุณครูประจำ ศพด. ตามปกติ

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมแต่ละ ศพด. เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย (post-test) ขอความร่วมมือให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามด้วยตนเองตามความเป็นจริง อธิบายว่าไม่มีคำตอบถูกผิด เป็นเพียง



ความคิดเห็นหรือพฤติกรรมส่วนตัว เมื่อการตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี กลุ่มชนชาติพันธุ์ ทั้งหมด 6 กิจกรรม ระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย คือ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบล มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย การปฐมนิเทศ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาการวิจัย ความเสี่ยง และประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับ จากนั้นเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมวิจัย (pre-test) ระยะเวลา 30 นาที ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 2-5 ปี และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 2-5 ปี

กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมทักษะการเข้าถึงข้อมูลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยให้ความรู้ผู้ดูแลรายกลุ่ม โดยการบรรยายและใช้วีดิทัศน์เป็นสื่อเกี่ยวกับวิธีการสืบค้นข้อมูล การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ให้พิจารณาจากผู้เขียนหรือผู้จัดทำว่าเป็นหน่วยงานภาครัฐ มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์หรือไม่ ตรวจสอบความทันสมัย นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้แนะนำสื่อการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มชนชาติพันธุ์ที่น่าเชื่อถือ จากศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จากนั้นให้ผู้ดูแลฝึกวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กจำนวน 2 สถานการณ์ ระยะเวลา 40 นาที

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยให้ความรู้ผู้ดูแลรายกลุ่ม โดยการบรรยายและใช้วีดิทัศน์เป็นสื่อเกี่ยวกับความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก วิธีการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการโดยเครื่องมือ DSPM โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ดูแลชนชาติพันธุ์ เช่น ภาษา หรือการใช้อุปกรณ์ทดแทนที่หาง่ายในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น กลองนมแทนก้อนไม้ ผ้ามัดเป็นก้อนแทนลูกบอล ตุ๊กตาสัตว์แทนตุ๊กตาคคน หรือปกสมุดตัดชิ้นส่วนแทนจิ๊กซอว์ภาพ เป็นต้น จากนั้นให้ผู้ดูแลรายบุคคลฝึกประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุ ระยะเวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมทักษะการสื่อสารหรือโต้ตอบอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยให้ความรู้ผู้ดูแลรายกลุ่ม โดยการบรรยายและใช้วีดิทัศน์เป็นสื่อเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยการทวนความ หากฟังไม่เข้าใจให้ตั้งคำถามโดยเทคนิค ask me 3 ได้แก่ ปัญหาคืออะไร ต้องทำอะไร ทำไมต้องทำสิ่งนั้น และการสรุปผล รวมถึงแนะนำแหล่งสนับสนุนที่สามารถขอคำปรึกษาข้อมูลการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น บุคลากรทางสุขภาพ หรือสายด่วนมูลนิธิสายเด็ก เป็นต้น จากนั้นให้ผู้ดูแลฝึกการสื่อสาร โดยมีสถานการณ์ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 2 สถานการณ์ แล้วให้ผู้ดูแลรายบุคคล ฝึกตั้งคำถามและสื่อสารกับทีมผู้วิจัย ระยะเวลา 40 นาที

สัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง ผู้วิจัยให้ความรู้ผู้ดูแลรายกลุ่ม โดยการบรรยายและใช้วีดิทัศน์เป็นสื่อเกี่ยวกับการวางแผนจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จากนั้น จัดทำแผนร่วมกับผู้ดูแลรายบุคคล โดยการตั้งเป้าหมาย การวางแผนส่งเสริมพัฒนาการเด็กแต่ละด้าน การใช้อุปกรณ์เทียบเคียงที่หาได้ง่าย และมอบหมายให้ผู้ดูแลกลับไปส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน ระยะเวลา 40 นาที

สัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 5 ส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผู้วิจัยให้ความรู้ผู้ดูแลรายกลุ่ม โดยการบรรยายและใช้วีดิทัศน์เป็นสื่อเกี่ยวกับการวิเคราะห์สื่อผ่าน 5 คำถาม คือ สื่อนี้มีวัตถุประสงค์อะไร มีการโอ้อวดสรรพคุณเกินจริงหรือไม่ กลุ่มเป้าหมายคือใคร รูปภาพสอดคล้องกับเนื้อหาหรือไม่ และแหล่งที่มาเชื่อถือหรือไม่ หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลรายบุคคล ฝึกวิเคราะห์สถานการณ์สื่อตัวอย่างด้วย 5 คำถาม จำนวน 2 สถานการณ์ ระยะเวลาดำเนินการกิจกรรม 40 นาที



สัปดาห์ที่ 5 ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 6 ส่งเสริมทักษะการตัดสินใจเลือก ผู้วิจัยให้ความรู้ผู้ดูแลรายกลุ่ม โดยการบรรยายและใช้วีดิทัศน์เป็นสื่อเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกข้อมูลสุขภาพ การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พิจารณาจากความน่าเชื่อถือ ผลดี ผลเสีย และความเป็นไปได้ จากนั้น ให้ผู้ดูแลรายบุคคล วิเคราะห์สถานการณ์ และฝึกเลือกข้อมูลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสม จำนวน 3 สถานการณ์ ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 40 นาที

สัปดาห์ที่ 6 ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย (post-test) ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามด้วยตนเองตามความเป็นจริง อธิบายว่าไม่มีคำตอบถูกผิด เป็นเพียงความคิดหรือพฤติกรรมส่วนตัว เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 23 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ chi-square test เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยสถิติ Wilcoxon matched pairs signed-ranks-test เปรียบเทียบคะแนนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมฯ โดยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากทดสอบข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายร้อยละ 35.00 (14 คน) เพศหญิงร้อยละ 65.00 (26 คน) มีความสัมพันธ์กับเด็กเป็นมารดาร้อยละ 55 (22 คน)

ผู้ดูแลกลุ่มทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 22.50 (9 คน) เพศหญิงร้อยละ 77.50 (31 คน) มีความสัมพันธ์กับเด็กเป็นมารดาร้อยละ 72.50 (29 คน) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติ chi-square test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลอง (n = 40) และกลุ่มควบคุม (n = 40)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง		χ^2	p-value
	กลุ่มทดลอง (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (ร้อยละ)		
เพศ				
- ชาย	9 (22.50)	14 (35.00)	0.30	0.583
- หญิง	31 (77.50)	26 (65.00)		
อายุ (ปี)				
- 31 - 40	12 (30.00)	12 (30.00)	13.95	0.124
- 41 - 50	7 (17.50)	12 (30.00)		
- 51 - 60	2 (5.00)	2 (5.00)		
ความสัมพันธ์กับเด็ก				
- บิดา	7 (17.50)	10 (25.00)	5.04	0.283
- มารดา	29 (72.50)	22 (55.00)		
- ปู่/ย่า/ตา/ยาย	4 (10.00)	8 (20.00)		



The Effect of a Health Literacy Enhancement Program on Early Childhood Development
Among Primary Caregivers in Ethnic Groups

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
ในผู้ดูแลหลักกลุ่มชนชาติพันธุ์

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลอง (n = 40) และกลุ่มควบคุม (n = 40) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง		χ ²	p-value
	กลุ่มทดลอง (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (ร้อยละ)		
ระดับการศึกษา				
- ไม่ได้รับการศึกษา	5 (12.50)	12 (30.00)	1.97	0.922
- ประถม/มัธยม/ปวช.	31 (77.50)	25 (62.50)		
- อนุปริญญา/ปวท./ปวส.	1 (2.50)	2 (5.00)		
- ปริญญาตรี/สูงกว่า	3 (7.50)	1 (2.50)		
รายได้ของครอบครัว (บาท)				
- ต่ำกว่า 3,000	7 (17.50)	3 (7.50)	27.88	0.313
- 3,001 – 5,000	8 (20.00)	6 (15.00)		
- มากกว่า 5,000	25 (62.50)	31 (77.5)		
สถานภาพสมรส				
- คู่	35 (87.50)	32 (80.00)	1.43	0.998
- แยกกันอยู่	1 (2.50)	2 (5.00)		
- หย่าร้าง	2 (5.00)	5 (12.50)		
- หม้าย	2 (5.00)	1 (2.50)		
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่				
- มากกว่า 6 เดือน	29 (72.50)	34 (85.00)	5.44	0.245
- น้อยกว่า 6 เดือน	3 (7.50)	3 (7.50)		
- เลี้ยงด้วยนมผสม	8 (20.00)	3 (7.50)		

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบ Wilcoxon matched pairs signed-ranks-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.516, p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.916, p < .01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ของกลุ่มทดลอง (n = 40)

คะแนน	กลุ่มทดลอง	M	SD	Z	p-value
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ	32.75	5.18	-5.516**	<.001
	หลังได้รับโปรแกรม ฯ	66.02	4.36		
2. การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ	49.75	7.47	-2.916*	0.004
	หลังได้รับโปรแกรม ฯ	54.98	2.42		



ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
ในผู้ดูแลหลักกลุ่มชาติพันธุ์

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -7.719, p < .001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.340, p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนน	การทดลอง	กลุ่มทดลอง (n = 40)		กลุ่มควบคุม (n = 40)		Z	p-value
		M	SD	M	SD		
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	32.75	5.18	35.95	6.67	-0.444	.657
	หลังได้รับโปรแกรมฯ	66.02	4.36	41.55	9.80	-7.719	<.001
	โปรแกรมฯ						
2. การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	49.75	7.47	49.63	6.67	-0.347	.728
	หลังได้รับโปรแกรมฯ	54.98	2.42	49.43	6.20	-4.340	<.001
	โปรแกรมฯ						

การอภิปรายผล

1. คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ($M = 66.02, SD = 4.36$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($M = 32.75, SD = 5.18$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 41.55, SD = 9.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะที่เสริมสร้างแรงจูงใจให้กับบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และเลือกใช้ข้อมูลเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมด้านการสืบค้นและเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาเด็กที่น่าเชื่อถือ มีการสอนและสาธิต การประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยเครื่องมือ DSPP มีการวางแผนร่วมกับผู้ดูแลในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน ส่งเสริมให้ผู้ดูแลตัดสินใจเลือกวิธีการส่งเสริมพัฒนาการ หรือจัดหาอุปกรณ์ส่งเสริมพัฒนาการเทียบเคียงที่หาได้ง่ายรอบตัว สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งแนวทางดังกล่าวถือเป็นการจัดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตรง ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และเห็นความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้สื่อสารกับผู้วิจัยเมื่อมีคำถามหรือพบปัญหา ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างตรงประเด็นและทันทั่วทั้งที่ เป็นการสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (Danusevičiute-Brazaitė & Draudvilienė, 2025) ส่งผลให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้น สำหรับกลุ่มควบคุม เป็นผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่ได้รับการดูแลตามปกติจากครูประจำ ศพด. ซึ่งมีการจัดกิจกรรมการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยตรง แต่ไม่ได้จัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ดูแล ส่งผลให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ร้อยละ 72.50 ของผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองเป็นมารดา จึงอาจมีความผูกพันแรงจูงใจ ความกระตือรือร้นในการเรียนรู้และนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติตัวให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย สอดคล้องกับการศึกษาของ กันยา โพธิ์ปิติ (Potipiti, 2023) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.74 มีความสัมพันธ์กับเด็กเป็นมารดา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <$



0.001) สำหรับปัจจัยด้านระดับการศึกษา อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถม/มัธยม ร้อยละ 77.50 ระดับปริญญาตรีร้อยละ 7.50 ระดับการศึกษาอาจเพิ่มความสามารถในการค้นหา ตัดสินใจ และเลือกใช้ข้อมูลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ นาฏอนงค์ แผงพงษ์ และคณะ (Faengphong et al., 2023) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.128, p = 0.016$)

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ปกครองโดยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการและวินัยเชิงบวกของเด็กวัยก่อนเรียนพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Aeamsee & Saranritticha, 2022) และการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษาพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kunyasai, 2024)

2. คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ดูแล ในการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยกลุ่มชาติพันธุ์ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ($M = 54.98, SD = 5.24$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($M = 49.75, SD = 7.47$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 49.43, SD = 6.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่า การมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มมากขึ้น (Nutbeam, 2008) ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM โดยผู้วิจัยสาธิตวิธีการใช้เครื่องมือ DSPM แล้วให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง อีกทั้งมีการวางแผนร่วมกันเป็นรายบุคคล ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้านให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ดูแลกลุ่มชาติพันธุ์ มีการติดตามอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ทำให้ผู้ดูแลสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัยได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง (Kunyasai, 2024) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองจึงมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยกลุ่มชาติพันธุ์ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลทารกและเด็กวัยหัดเดินของผู้ปกครองจำนวน 136 คน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลทารกและเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.18, P = 0.015$) (Jung & Park, 2024) และการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ต่อการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบของผู้ปกครองพบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (Krasin & Malangoen, 2024)

ข้อจำกัดในการวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลเด็กกลุ่มชาติพันธุ์จาก ศพด. 5 แห่ง ในอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงรายแบบเฉพาะเจาะจง พิจารณาจากจำนวนประชากรชนชาติพันธุ์และการให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมวิจัย จึงอาจเกิดความลำเอียงในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยอาจไม่สามารถสะท้อนความหลากหลายของประชากร



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแล ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อายุ 2-5 ปี กลุ่มชนชาติพันธุ์ ไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มวัยอื่น ๆ

2. หน่วยงานสาธารณสุข การศึกษา และองค์กรที่ทำงานในพื้นที่กลุ่มชนชาติพันธุ์ สามารถนำโปรแกรมไปปรับใช้ในรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาขยายผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สำหรับผู้ดูแลให้ครอบคลุมกลุ่มชนชาติพันธุ์ต่าง ๆ ที่มีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำโปรแกรมไปใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

- Aeamsee, A., & Saranritticha, K. (2022). Effects of caregiver's behavioral modification program on development and positive discipline promotion for preschool children by application of health literacy concept. *Journal of Nursing Science and Health*, 45(4), 30-43. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/257793/175554> (in Thai)
- Chattakul, S. (2021). Factors related to suspected delayed development of early childhood in well child clinic at health promoting hospital, Khonkaen. *Journal of Regional Health Centre 7 Khonkaen*, 13(2), 87-102. (in Thai)
- Chiang Rai Provincial Office of Social Development and Human Security. (2023). *Social situation report of Chiang Rai Province, 2023*. <https://drive.google.com/file/d/1BH9jAohBtRNb3ritHzd3Vm-DRLTldcu3/view?pli=1> (in Thai)
- Chinnamart, K. (2024). Factors associated with health literacy and the relationship between health literacy, nutritional status, and early childhood development among caregivers. *Research and Development Health System Journal*, 17(2), 140-153. (in Thai)
- Daniuseviciute-Brazaitė, L., & Draudviliene, L. (2025). The influence of health literacy on how preschool educators and parents perceive the continuous development of health competencies within the framework of sustainability: Lithuanian case. *Frontiers in Public Health*, 12, 1489816. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1489816>
- Faengphong, N., Jandee, P., & Panyatanakun, N. (2023). Health literacy of caregivers and teachers about preschool-aged care in Ubon Ratchathani province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 24(1), 441-449. (in Thai)
- Health Center for Ethnic Group, Marginal People and Migrant Worker. (2020). *Highland health development center dashboard*. <https://hhdclampang.anamai.moph.go.th:8080/hhdcdashboard/> (in Thai)
- Inson, S., Aonkam, Y., & Ruangrith, R. (2021). Effectiveness of development promotion and reinforce positive to improve discipline programs based on family participation to children aged 3–5 years in Mahasarakham Province. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 5(10), 143-160. (in Thai)



The Effect of a Health Literacy Enhancement Program on Early Childhood Development Among Primary Caregivers in Ethnic Groups ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในผู้ดูแลหลักกลุ่มชนชาติพันธุ์

- Jangpakdee, S., Prasertsong, C., & Kasiphol, T. (2022). The effects of health literacy program on covid-19 prevention behaviors type 2 diabetes mellitus patients. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 23(3), 333-341. (in Thai)
- Jung, S. Y., & Park, S. Y. (2024). The impact of mothers' smartphone use, eHealth literacy, maternal role performance confidence, and online social support on health promotion behavior for infants and toddlers. *Korean Journal of Health Promotion*, 24(3), 134-141. <https://doi.org/10.15384/kjhp.2024.00129>
- Krasin, K., & Malangoen, D. (2024). The effects of health literacy promotion program on parents of pediatric pneumonia patients in health promoting hospital of regional health promotion center 3 Nakhon Sawan. *Health Center Journal of Health Promotion and Environmental Health*, 47(Suppl), S26-S39. (in Thai)
- Kunyasai, K. (2024). The effectiveness of the program to enhance health literacy for parents of children with suspected delays in language development at the model development and innovations services for good children health clinic, metropolitan health and wellness institution. *Journal of Health Innovation and Safety*, 1(2), 1-14. <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/JHIS/article/view/1233/793> (in Thai)
- Lee, H. Y., Zhou, A. Q., Lee, R. M., & Dillon, A. L. (2020). Parents' functional health literacy is associated with children's health outcomes: Implications for health practice, policy, and research. *Children and Youth Services Review*, 110, 104801. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104801>
- Meerod, C. (2007). *Effect of training program to enhance child development on knowledge, practice of mothers with children aged one to three years old* [Master's thesis, Mahidol University]. https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/MU.the.2007.23
- Ministry of Public Health. (2022). *A survey of health behavior, health literacy, and environmental factors affecting the health of working-age populations in highland ethnic groups within the development villages for security along the border, initiated by the royal project (PMP villages), and border patrol villages*. <https://hhdc.anamai.moph.go.th/th/academic-work/download/?did=212500&id=89609&reload> (in Thai)
- Moonpanane, K., & Thepsaw, J. (2019). Health security of ethnics pre-school children: A challenge to nursing roles. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 31(2), 1-9. (in Thai)
- Morrison, A. K., Glick, A., & Yin, H. S. (2019). Health literacy: Implications for child health. *Pediatrics in Review*, 40(6), 263-277. <https://doi.org/10.1542/pir.2018-0027>
- National Institute of Child Development. (2020). *Analysis of early childhood development data*. National Institute of Child Development. (in Thai)
- National Institute of Child Development. (2022). *Summary report on the situation of early childhood caregiving literacy*. National Institute of Child Development. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Oflu, A., & Yalcin, S. S. (2024). Exploring the interplay: Maternal electronic health literacy and its impact on early childhood development and parenting practices. *Child: Care, Health and Development*, 50(3), e13261. <https://doi.org/10.1111/cch.13261>



The Effect of a Health Literacy Enhancement Program on Early Childhood Development Among Primary Caregivers in Ethnic Groups ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในผู้ดูแลหลักกลุ่มชนชาติพันธุ์

- Pa Tung Subdistrict Administrative Organization. (2022). *Summary report of the child development promotion project at Lae Fu Health Promoting Hospital, Mae Chan District, Chiang Rai Province 2022*. <https://www.patueng.go.th/filesAttach/download/1687950946.pdf> (in Thai)
- Potipiti, K. (2023). Health literacy of major caregivers and teachers/child caregivers about early childhood care in Health Region 5. *Journal of Regional Health Promotion Centre 7 Khon Kaen*, 15(1), 28-50. (in Thai)
- Ritthimom, W. (2023). Early childhood development promotion: Usage of early childhood developmental assessment and promotion tool for children in highland ethnic groups in the area of border security development village under the royal initiatives and border guard village in Mae Hong Son Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 10(1), 66-81. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss/article/view/260059/177085> (in Thai)
- Sanivee, H., Wangthong, A., & Wangthong, A. (2020). Development process of enhancing health literacy in children's development among parents in Nongjik district, Pattani province. *Journal of Health Science, Thaksin University*, 2(1), 41-51. (in Thai)
- Siedlecki, S. L. (2020). Quasi-experimental research designs. *Clinical Nurse Specialist*, 34(5), 198-202. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000540>
- Thanachaibubparom, T., Nookong, A., & Rungamornrat, S. (2024). Effects of a health literacy enhancement program on language development promoting behavior of caregivers and expressive language development of children aged 2-5 years old. *Journal of Health and Nursing Research*, 40(2), 12-24. (in Thai)
- Treepoka, P., & Srilasak, C. (2023). The effectiveness of the DSPM-based family-mediated preschool parenting program; Triple-P on parents and children in child development center. *Journal of Environmental and Community Health*, 8(3), 321-330. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1908/1327> (in Thai)
- Waencwaen, N., Srichantaranit, A., & Sanasuttipun, W. (2021). The relationship between health perception, health literacy, and caring behavior of caregivers of children with acyanotic congenital heart disease. *Nursing Science Journal of Thailand*, 39(1), 24-37. (in Thai)
- Ziegenfusz, S., Paynter, J., Flückiger, B., & Westerveld, M. F. (2022). A systematic review of the academic achievement of primary and secondary school-aged students with developmental language disorder. *Autism & Developmental Language Impairments*, 7, 23969415221099397. <https://doi.org/10.1177/23969415221099397>



Effect of a Supportive-Educative Nursing Program on
Self-Care Behaviors of Adolescents with SLE*
ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี*

Benjamas	Nuangkanta**	เบญจมาศ	เนืองกันทา**
Nuttanicha	Sriboonyawattana***	ณัฐนิชา	ศรีบุญวัฒน์***
Nethong	Namprom****	เนตรทอง	นามพรหม****

Abstract

Adolescents with systemic lupus erythematosus (SLE) can effectively control a relapse of the disease, and improve quality of life, by performing proper self-care behaviors. This two-group quasi-experimental study aimed to compare self-care behaviors of adolescents with SLE between an experimental group and a control group. The participants, purposively selected, were 48 adolescents aged 10 to 19 years with SLE who sought treatment at the pediatric nephrology and rheumatology clinic at a university hospital. Participants were divided into the control group and the experimental group by matching to ensure similar characteristics. The experimental group received the supportive-educative nursing program, whereas the control group received standard nursing care. Research instruments included the supportive-educative nursing program and a self-care behavior assessment questionnaire for adolescents with SLE. Analysis of data used descriptive statistics, Mann-Whitney U test, and Wilcoxon matched pairs signed-rank test.

The results revealed that the experimental group had statistically significant higher mean scores for self-care behavior after the program ($Z = -4.288, p < .05$). The experimental group also showed statistically significant higher mean scores for self-care behavior than those of the control group ($Z = -3.336, p < .05$).

The study's findings indicate that the supportive-educative nursing program successfully improved self-care behaviors among adolescents with SLE. Therefore, nurses who provide care for this group may use the program as a guideline to promote their self-care behaviors.

Keywords: Adolescents with SLE; Self-care behaviors; The supportive-educative nursing program

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: nuttanicha.baiya@cmu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 18 February 2025; Revised 28 May 2025; Accepted 6 June 2025



Effect of a Supportive-Educative Nursing Program on Self-Care Behaviors of Adolescents with SLE

ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

บทคัดย่อ

วัยรุ่นโรคเอสแอลอี สามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้ ด้วยการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นโรคเอสแอลอี อายุระหว่าง 10-19 ปี เข้ารับบริการที่ห้องตรวจเด็กโรคไตและรูมาติซึม โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 48 ราย กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยนำมาจับคู่เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับวัยรุ่นโรคเอสแอลอี กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Mann-Whitney U test และ Wilcoxon matched pairs signed-ranks test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.288, p < .05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.336, p < .05$)

ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ทำให้วัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ดังนั้น พยาบาลผู้ให้การดูแลวัยรุ่นกลุ่มนี้ควรนำโปรแกรมไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

คำสำคัญ: วัยรุ่นโรคเอสแอลอี พฤติกรรมการดูแลตนเอง โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: nuttanicha.baiya@cmu.ac.th
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 18 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่แก้ไขบทความ 28 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 6 มิถุนายน 2568



Effect of a Supportive-Educative Nursing Program on Self-Care Behaviors of Adolescents with SLE

ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอสแอลอี (Systemic Lupus Erythematosus: SLE) เป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในเด็กและวัยรุ่น พบมากที่สุดในช่วงอายุ 10-19 ปี จากข้อมูลทั่วโลก มีอุบัติการณ์โรคเอสแอลอีในเด็กประมาณ 0.36-2.5 ต่อประชากรเด็กแสนคนต่อปี และความชุก 1.89-25.7 ต่อประชากรเด็กแสนคนต่อปี (Avar-Aydin & Brunner, 2024) พบวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคนี้อัตราร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเด็กทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าเด็กวัยอื่น ๆ (Aljaberi et al., 2021) สถิติจำนวนวัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่ได้รับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจเด็กโรคไตและห้องตรวจเด็กโรคข้อและรูมาติสซั่ม ในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีเฉลี่ย 30-50 รายต่อเดือน และมีอายุระหว่าง 9-19 ปี (Medical Record Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2024) นอกจากนี้ ยังพบว่า วัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีอัตราการรอดชีวิตหลังการวินิจฉัย 5 ปี และ 10 ปี ร้อยละ 81 และ 92 ตามลำดับ (Valenzuela-Almada et al., 2022) สถิติเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นต้องการการดูแลที่เหมาะสม

โรคเอสแอลอี เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน โดยระบบภูมิคุ้มกันไม่สามารถจดจำเนื้อเยื่อของตนเองได้ และมีการสร้างอโตแอนติบอดี (auto-antibody) ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันที่ทำลายเนื้อเยื่อในร่างกาย ซึ่งนำไปสู่การอักเสบเรื้อรังในอวัยวะต่าง ๆ เช่น ผิวหนัง ข้อต่อ ไต และระบบประสาท ซึ่งการรักษามีความแตกต่างกันขึ้นกับพยาธิสภาพของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง (Duangmala & Sontichai, 2025) สาเหตุของโรคมายังคงไม่ชัดเจนได้แก่ พันธุกรรม ฮอร์โมนเพศ ความเครียด การได้รับแสงแดด อาหาร ยาบางชนิด และการติดเชื้อ ปัจจัยเหล่านี้กระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ส่งผลต่อความไม่แน่นอนและความรุนแรงของโรค (Avar-Aydin & Brunner, 2024)

การรักษาโรคนี้ส่วนใหญ่ใช้ยาที่มีขนาดสูง เช่น ยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ และยากดภูมิคุ้มกัน รวมถึงยาลดการอักเสบของข้อกลุ่มของยาต้านรูมาติสซั่มที่ปรับเปลี่ยนการดำเนินโรคที่ไม่ใช่สารชีวภาพ (disease-modifying anti-rheumatic drugs: DMARDs) เพื่อลดความปวด นอกจากนี้ ยังมียาช่วยในการปรับการทำงานของเม็ดเลือดขาวให้ทำงานเหมือนปกติมากยิ่งขึ้น (Avar-Aydin & Brunner, 2024) วัยรุ่นโรคนี้จึงได้รับการรักษาด้วยยาที่มีขนาดสูงเป็นเวลานาน โดยเป้าหมายในการรักษาเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และลดความเสี่ยงของอวัยวะในระยะยาว จึงอาจส่งผลให้วัยรุ่นโรคนี้ได้รับความรุนแรงและผลกระทบมากกว่าวัยผู้ใหญ่

การเจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอีในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพัฒนาการ ด้านร่างกายพบว่า วัยรุ่นมักมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากเผชิญกับอาการปวดหรือปวดเรื้อรังซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (Sakdisthanont et al., 2020) ร่วมกับการรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์อย่างต่อเนื่องทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยา ได้แก่ บวมทั่วร่างกาย น้ำหนักเพิ่ม ผื่นผิวหนัง ผิดคลั่ง ผมหงอก และภูมิคุ้มกันลดลง ติดเชื้อได้ง่าย จึงส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของตนเอง ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ใจ เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่า และขาดความมั่นใจในตนเอง จึงเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจ (Smith et al., 2024)

ความรู้สึกเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการที่เกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นที่กำลังพัฒนาเอกลักษณ์แห่งตน ตามทฤษฎีของ อิริคสัน (Erikson, 1993) ทำให้เกิดความสับสนในบทบาท และส่งต่อความภาคภูมิใจในตนเอง มีผลกระทบต่ออารมณ์ความเครียด โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิงมักเผชิญการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนหลายชนิด อวัยวะบางส่วนยังทำงานไม่สมบูรณ์เต็มที่และมีความแปรปรวนทางอารมณ์สูง ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง จึงส่งผลให้รู้สึกอายและแตกต่างจากเพื่อน ขาดทักษะการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม จนนำไปสู่การแยกตัว อาการเหล่านี้อาจแสดงออกผ่านอารมณ์โกรธ ซึมเศร้า หรือเบื่อหน่าย โดยบางรายอาจไม่ร่วมมือในการรักษา (Duangmala & Sontichai, 2025) นอกจากนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอี ทำให้วัยรุ่นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งขัดแย้งกับพัฒนาการความต้องการอิสระของตนเอง (Erikson, 1993) ส่งผลให้รู้สึกอายและแตกต่างจากเพื่อน ซึ่งมีผลต่อการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในช่วงเวลาที่ได้รับยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ดังนั้น จะเห็นว่า



Effect of a Supportive-Educative Nursing Program on Self-Care Behaviors of Adolescents with SLE ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

ผลกระทบของโรคเอสแอลอีส่งผลต่อมิติสำคัญของชีวิตวัยรุ่น

วัยรุ่นมีความสามารถในการเรียนรู้และดูแลตนเองจากโรคเอสแอลอีได้ หากได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม การส่งเสริมการดูแลตนเองจะช่วยควบคุมโรคให้อยู่ในระยะสงบและลดความรุนแรงเมื่อมีอาการกำเริบ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ประกอบด้วย การป้องกันการติดเชื้อโดยหลีกเลี่ยงผู้ป่วยและสถานที่แออัด การรับประทานอาหารที่สะอาดครบ 5 หมู่ การใช้ยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ และการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค ลดการเข้ายาลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี (Sakdisthanont et al., 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วัยรุ่นโรคเอสแอลอียังคงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมในหลายด้าน พฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การไม่ทาครีมกันแดด การรับประทานอาหารไขมันสูง และการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (Panthu et al., 2021) นอกจากนี้ วัยรุ่นจำนวนมากขาดความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม ทำให้หลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย (Sakdisthanont et al., 2022) และมีปัญหาการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งมีสาเหตุจากการลืมรับประทาน ยา ความยุ่งยากในชีวิตประจำวันหรือผลข้างเคียงจากยา ทำให้พฤติกรรมเหล่านี้นำไปสู่การกำเริบของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (Scalzi et al., 2018)

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ดังการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ยาและคุณภาพชีวิตพบว่า วัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง จะมีพฤติกรรมการใช้ยาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Vater et al., 2024) การสนับสนุนจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อนมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความรุนแรงและป้องกันอาการกำเริบของโรคในวัยรุ่นโรคเรื้อรังรวมถึงวัยรุ่นโรคเอสแอลอี (Dave et al., 2024) นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุที่ป่วย และระยะเวลาการเจ็บป่วย ก็มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง (Klayklung & Pitayaratsatein, 2011) จากความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้ การสร้างแรงสนับสนุน และการให้คำแนะนำที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

วัยรุ่นโรคเอสแอลอี มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อควบคุมอาการของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิต ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเรียม (self-care deficit nursing theory) (Orem, 1995) ที่กล่าวว่า บุคคลทุกคนมีความต้องการ "การดูแลตนเองที่จำเป็น" (necessary self-care requisites) เพื่อรักษาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี สำหรับวัยรุ่นโรคเอสแอลอี การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้วัยรุ่นมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในสามมิติสำคัญ ได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวันที่ต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกหลักและหลีกเลี่ยงอาหารกระตุ้น การออกกำลังกายและการพักผ่อนที่เพียงพอ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาการตามวัยที่ซ้อนทับกับผลกระทบจากโรคและยา เช่น การสร้างอัตลักษณ์ การเข้าสังคม การจัดการกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และการจัดการอารมณ์ความรู้สึก และการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisites) ซึ่งมุ่งเน้นที่การดูแลสุขภาพโดยตรงเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด การสังเกตอาการผิดปกติ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ



Effect of a Supportive-Educative Nursing Program on Self-Care Behaviors of Adolescents with SLE ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

เนื่องจากวัยรุ่นโรคเอสแอลอีจำนวนมากยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม (Panthu et al., 2021; Sakdisthanont et al., 2022) จึงประสงค์ถึงภาวะพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ประการดังกล่าว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและส่งเสริมให้วัยรุ่นเหล่านี้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดภาวะพร่องความสามารถ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงได้พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) ซึ่งเป็นหนึ่งในระบบการให้ความช่วยเหลือ (nursing systems) ของ โอเร็ม (Orem, 1995) ซึ่งเหมาะสมสำหรับบุคคลที่มีภาวะพร่องความสามารถในการดูแลตนเองและต้องการเรียนรู้หรือพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง

โปรแกรมนี้ได้นำ หลักการ 4 ขั้นตอน ของระบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้เป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ได้แก่ การสอน (teaching) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลความรู้และทักษะที่จำเป็น การชี้แนะ (guiding) เพื่อให้คำปรึกษาและช่วยในการตัดสินใจ การสนับสนุน (supporting) เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจ และการสร้างสิ่งแวดล้อม (providing a supportive environment) เพื่อให้สภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติ การนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ทั้ง 4 ขั้นตอนนี้มาใช้ผ่านกิจกรรมและสื่อต่าง ๆ ในโปรแกรม เพื่อให้วัยรุ่นโรคเอสแอลอีพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในสามระดับ ได้แก่ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นได้อย่างครบถ้วน และส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

การศึกษาวิจัยในต่างประเทศ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในวัยรุ่นโรคเรื้อรัง การวิจัยกึ่งทดลองในวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Ali et al., 2014) และเด็กโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการฟอกเลือด (Khazaei et al., 2021) พบว่า โปรแกรมดังกล่าวช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ มีการนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านเทคโนโลยีสื่อดิจิทัลโซเชียลมีเดียไปใช้ในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ผลการดำเนินโปรแกรมพบว่า กลุ่มวัยรุ่นมีพฤติกรรมการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสามารถดูแลตนเองด้านการใช้ยาได้อย่างถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Scalzi et al., 2018) งานวิจัยในต่างประเทศแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านโปรแกรมต่าง ๆ โดยเฉพาะโซเชียลมีเดียได้ผลต่อการดูแลตนเอง แต่เป็นการศึกษาในโรคอื่นซึ่งมีการดูแลรักษาแตกต่างจากโรคเอสแอลอี จึงไม่สามารถอธิบายการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับโปรแกรมพัฒนาทักษะสุขภาพสำหรับวัยรุ่นโรคเอสแอลอีของ ทิพากร ฤทธิเดช (Ritdech, 2014) ในเด็กอายุ 10-15 ปี ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง ผลการวิจัยพบว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะสุขภาพช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเอสแอลอีในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่ทดลองโดยใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรม นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของ รัสชนีย์ นานาบัณฑิตย์ และ จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย (Nabundit & Tangvoraphonkchai, 2012) ที่พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยใช้กรอบแนวคิดของโอเร็ม สำหรับส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี โปรแกรมนี้ใช้สื่อนวัตกรรม เช่น ภาพการ์ตูนเคลื่อนไหว 3 มิติ คู่มือสุขภาพ และเกมสุขภาพ ช่วยดึงดูดความสนใจของวัยรุ่นและกระตุ้นการเรียนรู้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ว่า รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองมีทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แต่โปรแกรมนี้ออกแบบสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะกำเริบของโรค ซึ่งมีความแตกต่างจากผู้ป่วยนอกที่อยู่



Effect of a Supportive-Educative Nursing Program on Self-Care Behaviors of Adolescents with SLE ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

ในระยะสงบของโรค จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่มีการศึกษาที่พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีของโอเร็มสำหรับวัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่เป็นผู้ป่วยนอก และมีการเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ดังนั้น การศึกษานี้จึงพัฒนาโปรแกรม โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995) ผ่านการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ประการ ได้แก่ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ โดยคำนึงถึงความหลากหลายของสื่อการสอน เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน โปรแกรมนี้คาดว่าจะช่วยพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ควบคุมการกำเริบของโรค และส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ พัฒนาจากแนวคิดของ โอเร็ม (Orem, 1995) และการทบทวนวรรณกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี โปรแกรมนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การสอน เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลตนเอง การชี้แนะ เพื่อช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้ การสนับสนุน เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้วัยรุ่นสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ได้จริง และการสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้ตามขั้นตอนของโปรแกรมนี้ จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองใน 3 ระดับ ได้แก่ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นระดับแรกที่ช่วยให้วัยรุ่นสามารถรับรู้และเข้าใจแนวทางการดูแลตนเอง เช่น การใชยาอย่างถูกต้อง การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม และการตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการดูแลสุขภาพ ระดับที่สอง คือ พลังความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและความสามารถในการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม เช่น การวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของตนเองและการพัฒนาทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ และระดับที่สามคือ ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแล ซึ่งเป็นระดับสูงสุดที่ช่วยให้วัยรุ่นสามารถนำพฤติกรรมที่เหมาะสมไปใช้ได้อย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน

การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งวัยรุ่นสามารถตรวจสอบสถานการณ์สุขภาพและปัจจัยที่อาจกระตุ้นอาการกำเริบของโรค การปรับเปลี่ยนจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเอง การปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตและการได้ลงมือปฏิบัติ ช่วยให้วัยรุ่นสามารถนำแนวทางการ



Effect of a Supportive-Educative Nursing Program on Self-Care Behaviors of Adolescents with SLE

ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

ดูแลตนเองไปใช้จริงได้ เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เมื่อวัยรุ่นสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับ ผ่านกิจกรรมของโปรแกรม จะนำไปสู่การตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ทั้งหมด ส่งผลให้วัยรุ่นสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดความถี่และความรุนแรงของอาการกำเริบ ควบคุมโรคให้อยู่ในระยะสงบ และดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการศึกษา (pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ วัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเอสแอลอี และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในเขตภาคเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเอสแอลอี และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในเขตภาคเหนือ ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน 2567 โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) และกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กำหนดขนาดอิทธิพลที่ปานกลาง .60 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 24 ราย และกลุ่มทดลอง 24 ราย รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า มีดังนี้ 1) มีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง ประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเอสแอลอีของ ทรงศิริ คล้ายคลึง และคณะ (Klayklung et al., 2021) 2) มีอุปกรณ์สื่อสาร (smart phone) ที่สามารถดาวน์โหลดแอปพลิเคชันไลน์ได้ 3) สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) สนใจให้มีส่วนร่วมในการเข้าร่วมวิจัย

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว จัดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยนำกลุ่มตัวอย่างมาจับคู่ (matching) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาจากการวินิจฉัยโรคครั้งแรก ระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อลดความลำเอียงในการเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย พัฒนาโดยผู้วิจัยตามกรอบแนวคิดของไอริเม ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสอน เป็นการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่วัยรุ่นโรคเอสแอลอีในการตัดสินใจเองเพื่อเลือกกระทำการตอบสนองการดูแลตนเองที่จำเป็นประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้ฯ ครั้งที่ 1 คือ กิจกรรมที่มีการสอนเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของโรคเอสแอลอี การจัดการภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย การยอมรับเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง และการจัดการด้านอารมณ์ เป็นต้น กิจกรรมการให้ความรู้ฯ ครั้งที่ 2 คือ กิจกรรมที่มีการสอนเกี่ยวกับ การรับประทานยาและน้ำ การขยับร่างกาย กิจกรรมการออกกำลังกายและการพักผ่อน และการป้องกันการตั้งครรภ์ เป็นต้น และกิจกรรมการให้ความรู้ฯ ครั้งที่ 3 คือ กิจกรรมที่มีการสอนเกี่ยวกับ การป้องกันการติดเชื้อ การมาตรวจตามนัด การศึกษาและการประกอบอาชีพ และการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การชี้แนะ คือ กิจกรรมที่พยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำ และการให้คำปรึกษาของพยาบาล



Effect of a Supportive-Educative Nursing Program on Self-Care Behaviors of Adolescents with SLE

ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุน คือ การช่วยเหลือด้วยคำพูด กิริยา การให้กำลังใจ เพิ่มแรงจูงใจเพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างสิ่งแวดล้อม คือ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้วัยรุ่นโรคเอสแอลอีเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวช่วยสนับสนุน และกระตุ้นให้วัยรุ่นโรคเอสแอลอีสามารถเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ ด้วยโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับวัยรุ่นโรคเอสแอลอี โดยกิจกรรมทั้งหมดผู้วิจัยกระทำกับวัยรุ่นโรคเอสแอลอีโดยตรงทั้งหมด 4 ขั้นตอน รวม 6 กิจกรรม กิจกรรมละประมาณ 10-30 นาที ดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์

1.2 คู่มืออิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วยเนื้อหาการดูแลตนเองสำหรับวัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย และภาพสีสดใส เหมาะสำหรับวัยรุ่นในการศึกษาความรู้หรือทบทวนด้วยตนเอง

1.3 วิดิทัศน์ จำนวน 3 เรื่อง โดยมีภาพการ์ตูนเคลื่อนไหว 2 มิติ และอัฟโพลดบน YouTube และเผยแพร่ผ่านโซเชียลมีเดีย แอปพลิเคชันไลน์ (Line) โดยสามารถทบทวนความรู้ด้วยตัวเองที่บ้านหรือที่อื่น ๆ ตามความต้องการ

1.4 เกมสุขภาพ จำนวน 2 เกม ประกอบด้วย เกมสุขภาพที่ 1 เกมที่จำลองสถานการณ์ถึงพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อโรคเอสแอลอีในด้านต่าง ๆ และเกมสุขภาพที่ 2 เกมที่มีข้อความ จำนวน 10 ข้อ พร้อมกับเฉลยคำตอบความรู้ในการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้น ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล อาการของโรค การรักษาที่ได้รับ และยาที่ใช้ในการรักษา

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเอสแอลอีของ ทรงศิริ คล้ายคลึงและคณะ (Klayklung et al., 2021) แบบประเมินนี้ สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป 21 ข้อ 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ 6 ข้อ และ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ 18 ข้อ จำนวนทั้งหมด 45 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 33 ข้อ และทางลบจำนวน 12 ข้อ ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ไม่เคยปฏิบัติ ระดับที่ 2 ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง ระดับที่ 3 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ระดับที่ 4 ปฏิบัติบ่อยครั้ง และระดับที่ 5 ปฏิบัติเป็นประจำ แปลผลระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้เกณฑ์คะแนนรวมตามต้นฉบับ ดังนี้ 45-115 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมไม่ดี 116-179 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมปานกลาง 180-225 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับวัยรุ่นโรคเอสแอลอี รวมทั้งสื่อวิดิทัศน์ คู่มืออิเล็กทรอนิกส์ และเกมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความชัดเจนของการใช้ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน หลังจากปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วได้นำไปทดลองใช้กับเด็กวัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย ผลการทดลองพบว่าวัยรุ่นโรคเอสแอลอีสามารถเข้าใจและไม่มีข้อเสนอนแนะเพิ่มเติม

2. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาและจำนวนข้อคำถาม ทั้งนี้แบบประเมินดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการประเมิน (Klayklung et al., 2021) และทดสอบความเชื่อมั่น ในเด็กวัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่มี



Effect of a Supportive-Educative Nursing Program on Self-Care Behaviors of Adolescents with SLE ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย-เชียงใหม่ เลขที่ 104/2567 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ FAC-NUR-2567-0501 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของโครงการ ประโยชน์ที่จะได้รับให้กับวัยรุ่นและผู้ปกครอง ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีข้อผูกมัด ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมซึ่งไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ กรณีที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ลงนามยินยอมในเอกสารที่ได้รับการชี้แจง สำหรับวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมการวิจัย ส่วนวัยรุ่นที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ที่สมัครเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 40 คน จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อเด็กวัยรุ่นโรคเอสแอลอี จากข้อมูลประวัติผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจเด็กโรคไตและห้องตรวจเด็กโรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในภาคเหนือ เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด
2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างตามใบพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัย และอธิบายให้ผู้ปกครองและเด็กวัยรุ่นทราบว่า การวิจัยคำนึงถึงพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data Protection Act) อย่างเคร่งครัด โดยไม่มีการบันทึกภาพของวัยรุ่นและผู้ปกครอง
3. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม ตามด้วยการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1-2 สร้างสัมพันธภาพกับวัยรุ่นและผู้ปกครอง และช่วยเหลือให้กลุ่มควบคุมเข้ากลุ่มในแอปพลิเคชันไลน์ (Line) เพื่อใช้เป็นช่องทางการติดต่อ ดำเนินการเก็บข้อมูลเบื้องต้น โดยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการดูแลตนเอง (pre-test) ผ่าน QR code ระยะเวลา 10-15 นาที ในห้องเฉพาะสำหรับจัดกิจกรรมรายบุคคล และทำการนัดหมายสำหรับการตอบแบบประเมินครั้งถัดไปในสัปดาห์ที่ 3

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการตรวจติดตามอาการจากแพทย์ ซึ่งรวมถึงคำแนะนำและคำปรึกษาจากพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลกิจวัตรประจำวัน และการมาตรวจตามนัด

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินการดูแลตนเอง (post-test) ผ่าน QR code โดยผู้วิจัยส่งแบบประเมินให้กับวัยรุ่นรายบุคคล ทางแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งวัยรุ่นสามารถตอบได้ทั้งในพื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัวหรือที่บ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำและมอบคู่มือสื่อต่าง ๆ แก่กลุ่มควบคุม พร้อมทั้งกล่าวสรุปการดำเนินงานวิจัย

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการดูแลตนเอง (pre-test) ผ่าน QR code ระยะเวลา 10-15 นาที ในห้องเฉพาะสำหรับจัดกิจกรรมรายบุคคล



Effect of a Supportive-Educative Nursing Program on Self-Care Behaviors of Adolescents with SLE ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล ณ แผนกผู้ป่วยนอกและผ่านช่องทางออนไลน์ โดยโปรแกรมนี้ออกแบบมาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี โดยเน้นการพยาบาล 4 ขั้นตอน คือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม

สัปดาห์ที่ 1 (ดำเนินกิจกรรมที่ 1-5 แต่ละกิจกรรมใช้เวลาประมาณ 10-30 นาที)

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพกับวัยรุ่นและผู้ปกครอง ผู้วิจัยเพิ่มเพื่อนในไลน์ระหว่างผู้วิจัยและวัยรุ่น เพื่อใช้เป็นช่องทางสื่อสาร ผู้วิจัยให้การสนับสนุนโดยการแจกคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ (e-book) ผ่านไลน์เพื่อใช้ทบทวนเนื้อหา ให้การชี้แนะผ่านการเล่นเกมสุขภาพครั้งที่ 1 โดยให้วัยรุ่นเลือกแผนภาพสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พร้อมคำชี้แนะจากผู้วิจัย เกี่ยวกับการเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสม และการสร้างสิ่งแวดล้อม โดยผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ปกครองช่วยกระตุ้นให้วัยรุ่นมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมที่บ้าน และจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับการเรียนรู้

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้การดูแลตนเองครั้งที่ 1 ดำเนินการสอน โดยการให้วัยรุ่นศึกษาสื่อวิดีโอทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษา การจัดการภาวะแทรกซ้อน การจัดการอารมณ์ และการยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป หลังจบการเรียนรู้ วัยรุ่นตอบคำถาม 2 ข้อ เกี่ยวกับเนื้อหาที่สอน และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้วิจัยผ่านการวิดีโอคอล

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้การดูแลตนเองครั้งที่ 2 ดำเนินการสอน โดยการให้วัยรุ่นศึกษาสื่อวิดีโอทัศน์เพิ่มเติมเกี่ยวกับโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการป้องกันการตั้งครรภ์ และเปิดโอกาสให้วัยรุ่นแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและตอบคำถามผ่านการวิดีโอคอล

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้การดูแลตนเองครั้งที่ 3 ดำเนินการสอน โดยการให้วัยรุ่นศึกษาสื่อวิดีโอทัศน์เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ การมาตรวจตามนัด การศึกษา และการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว และเล่นเกมสุขภาพครั้งที่ 2 เพื่อประเมินความรู้ที่ได้รับ

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมสรุปการเรียนรู้ มีการสรุปเนื้อหาการสอนทั้งหมดให้กับวัยรุ่นผ่านการสนทนา และให้การชี้แนะผ่านการเล่นเกมสุขภาพครั้งที่ 2

สัปดาห์ที่ 2 (ดำเนินกิจกรรมที่ 6 ใช้เวลาประมาณ 10-30 นาที)

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คือ กิจกรรมที่ผู้วิจัยให้การชี้แนะ โดยการทบทวนความรู้ในการดูแลตนเองร่วมกับวัยรุ่นโรคเอสแอลอี และพูดคุยสอบถามถึงภาวะสุขภาพของวัยรุ่น พร้อมทั้งกล่าวสรุปกิจกรรมทั้งหมด ดำเนินกิจกรรมโดยการวิดีโอคอล ระหว่างผู้วิจัยกับวัยรุ่นรายบุคคล

สัปดาห์ที่ 3

ให้วัยรุ่นตอบแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง (post-test) ผ่าน QR code ทางไลน์ส่วนตัว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ chi-square test และสถิติ Fisher's exact test และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ Shapiro-wilk พบว่า มีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U test และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ Shapiro-wilk พบว่า มีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon matched pairs signed-ranks test



ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 14.63 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.3) กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 45.8) โดยระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเอสแอลอีเฉลี่ย 5.16 ปี ขณะที่กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 14.67 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.2) กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 66.7) และระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเอสแอลอีเฉลี่ย 4.42 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในระยะสงบของโรคและได้รับการรักษาด้วยยาต้านมาลาเรียและยากดภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่อง บางรายเคยมีประวัติการกำเริบของโรคและรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยยาโดยเฉลี่ย 1 วัน 21 ชั่วโมง ถึง 3 วัน 4 ชั่วโมงต่อคน เมื่อวิเคราะห์การแจกแจงข้อมูลอายุของทั้งสองกลุ่มพบว่า มีการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลด้วยสถิติ chi-square test และสถิติ Fisher's exact test พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

สมมติฐานข้อที่ 1

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.288, p < .05$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองเท่ากับ 160.70 คะแนน (Median = 164.00, SD = 13.16) การแปลผลพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองเท่ากับ 188.04 คะแนน (Median = 184.50, SD = 10.69) การแปลผลพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ($n = 24$)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี	M	Median	SD	Statistic value	p - value
ก่อนการทดลอง	160.70	164.00	13.16	-4.288 ^a	.000*
หลังการทดลอง	188.04	184.50	10.69		

a = Wilcoxon matched pairs signed-ranks test, * $p < .05$

สมมติฐานข้อที่ 2

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.336, p < .05$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ 188.04 (Median = 184.50, SD = 10.69) การแปลผลพบว่า พฤติกรรมอยู่ในระดับดี และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนน 175.91 (Median = 175.00, SD = 14.69) การแปลผลพบว่า พฤติกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2



Effect of a Supportive-Educative Nursing Program on
Self-Care Behaviors of Adolescents with SLE
ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี	กลุ่มควบคุม (n = 24)			กลุ่มทดลอง (n = 24)			Statistic value	p - value
	M	Median	SD	M	Median	SD		
ก่อนการทดลอง	167.45	168.00	7.63	160.70	164.00	13.16	-1.601 ^a	.109
หลังการทดลอง	175.91	175.00	14.69	188.04	184.50	10.69	-3.336 ^a	.001 [*]

a = Mann-Whitney u test, *p < .05

การอภิปรายผล

สมมติฐานที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ หลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการลดภาวะพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง และเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองได้ ตามแนวคิดของ โอเร็ม (Orem, 1995) เนื่องจากผู้วิจัยใช้กลไกการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม โดยใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้น ช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง 3 ระดับ ให้กับวัยรุ่นโรคเอสแอลอีกลุ่มทดลอง ดังนี้

ประการแรก การส่งเสริมความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เริ่มต้นโดยการสร้างสัมพันธภาพ และการเล่นเกมส์สุขภาพครั้งที่ 1 ซึ่งเกมช่วยให้วัยรุ่นเห็นศักยภาพในการดูแลตนเอง และผู้วิจัยสามารถประเมินและระบุปัญหาการดูแลตนเองของวัยรุ่นแต่ละคน หลังจากนั้น ผู้วิจัยใช้ขั้นตอนการสอนเพื่อส่งเสริมความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของวัยรุ่น ผ่านการเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ และเกมส์สุขภาพ โดยเนื้อหาครอบคลุมถึงการดูแลตนเองทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองในภาวะสุขภาพเปราะบาง เนื่องจากส่วนใหญ่เรียนในระดับมัธยมศึกษา ทำให้วัยรุ่นสามารถเรียนรู้ซ้ำและทบทวนความรู้ได้ทุกที่ ทุกเวลา ตามความต้องการ ส่งผลให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคตรงตามปัญหาและสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน สามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองที่บ้านโดยกิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้วัยรุ่นเกิดการคิดวิเคราะห์และบูรณาการความรู้ใหม่กับความรู้เดิม สอดคล้องกับทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเองของ เพียเจต์ (Piaget, 1973) จึงเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

ประการที่สอง การส่งเสริมพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยใช้ขั้นตอนการสนับสนุน โดยใช้การให้คำปรึกษาผ่านวิดีโอคอล ซึ่งเป็นช่องทางสะดวกสำหรับวัยรุ่น เนื่องจากเป็นสื่อที่เข้าถึงง่ายและสะดวกในยุคดิจิทัล และการเผยแพร่สื่อทางออนไลน์ เช่น คู่มืออิเล็กทรอนิกส์ และสื่อวีดิทัศน์ที่ให้ความรู้ โดยสื่อเหล่านี้ช่วยให้วัยรุ่นสามารถทบทวนความรู้และปรับพฤติกรรมได้ด้วยตนเองตลอดเวลา ส่งผลให้วัยรุ่นมีความมั่นใจและกล้าสนทนาปรึกษาผู้วิจัยมากขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยยังใช้ขั้นตอนการชี้แนะ โดยให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น กิจกรรมเกมส์สุขภาพครั้งที่ 1 ที่ให้วัยรุ่นเลือกแผนภาพแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและอธิบายเหตุผล ผู้วิจัยให้คำแนะนำตามสถานการณ์ที่เลือก ช่วยให้วัยรุ่นวิเคราะห์ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง และกิจกรรมเกมส์สุขภาพครั้งที่ 2 ที่ให้วัยรุ่นตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามแนวคิดของ โอเร็ม และเฉลยคำตอบเพื่อช่วยสร้างแรงจูงใจและความภาคภูมิใจในตนเอง



Effect of a Supportive-Educative Nursing Program on Self-Care Behaviors of Adolescents with SLE ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

นอกจากนั้น ขั้นตอนของการสร้างสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ที่บ้านให้กับวัยรุ่น จากกลไกของกิจกรรมและสื่อต่าง ๆ ในโปรแกรม ช่วยเสริมพลังความสามารถในการดูแลตนเองให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังให้กับวัยรุ่น ได้แก่ ความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง การควบคุมตนเอง การใช้เหตุผลและการสื่อสาร การได้รับกำลังใจจากผู้วิจัยและผู้ปกครอง ทักษะการตัดสินใจ การแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง ทักษะการคิดและสร้างสัมพันธภาพการจัดระบบการดูแลตนเอง และการปฏิบัติกรดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

ประการที่สาม การส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง เมื่อวัยรุ่นมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและพลังความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้วัยรุ่นสามารถคาดการณ์ตรวจสอบอาการของโรคและปัจจัยเสี่ยงที่อาจกระตุ้นให้โรคกำเริบ ปรับเปลี่ยน สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม เช่น การใช้ยาอย่างถูกต้องและการจัดการความเครียด และลงมือปฏิบัติ สามารถนำแนวทางการดูแลตนเองไปใช้จริงในชีวิตประจำวันได้จากกลไกการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่วัยรุ่นกลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และทำให้ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดมีระดับที่ลดลง และส่งผลให้วัยรุ่นมีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น นำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมที่สุดในที่สุด

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รัสชนีย์ น่าบัณฑิตย์ และ จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย (Nabundit & Tangvoraphonkchai, 2012) ที่ศึกษาผลของนวัตกรรมการให้ข้อมูลร่วมกับเกมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดของ โอเร็ม (Orem, 1995) ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สกอลซี และคณะ (Scalzi et al., 2018) เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในวัยรุ่นโรคเอสแอลอีโดยใช้สื่อดิจิทัลออนไลน์และการสื่อสารผ่านทางโซเชียลมีเดีย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมฯที่มีความแตกต่างจากการพยาบาลตามปกติ โดยการพยาบาลตามปกติมักจำกัดอยู่กับการให้คำแนะนำทั่วไปในช่วงที่วัยรุ่นโรคเอสแอลอีมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการเฉพาะของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี และขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในสภาพแวดล้อมจริง เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ในแต่ละด้านพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกมิติ โดยเฉพาะในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 86.83 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 84.58 อย่างไรก็ตาม พบว่าทั้งสองกลุ่มยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มรสหวาน และการรับประทานอาหารไขมันสูง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากอิทธิพลของเพื่อนและสื่อโฆษณา ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเลือกอาหารของวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกรับประทานอาหารในวัยรุ่นโรคเอสแอลอีในยุคดิจิทัล พบว่า วัยรุ่นมีแนวโน้มทดลองอาหารตามกระแส



Effect of a Supportive-Educative Nursing Program on Self-Care Behaviors of Adolescents with SLE ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

นิยมที่เห็นในสื่อสังคมออนไลน์โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ (Sakdisthanont et al., 2022)

ในด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 30.33 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 29.58 ซึ่งแม้ทั้งสองกลุ่มจะอยู่ในระดับที่ดี เนื่องจากวัยรุ่น เป็นช่วงวัยที่อยู่ในขั้นการคิดเชิงนามธรรม (formal operational stage) ซึ่งมีพัฒนาการด้านสติปัญญาสามารถคิดแบบนามธรรมและใช้เหตุผลได้อย่างเป็นระบบและซับซ้อนมากขึ้น ตามทฤษฎีของ เพียเจต์ (Piaget, 1973) แต่ผลลัพธ์ที่สูงกว่าของกลุ่มทดลองสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการพยาบาลที่มีกลไกการสอน การชี้แนะ และการสนับสนุน ช่วยเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับการดูแลตนเองในภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 74.71 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 65.38 อย่างชัดเจน กลุ่มควบคุมยังคงมีปัญหาในหลายด้าน เช่น การจัดการรับประทานยา เบื่อหน่ายในการรับประทานยา และการอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทไม่สะดวก ในขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนที่ดีขึ้นทุกด้าน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การได้รับโปรแกรมที่สนับสนุนการเรียนรู้ การฝึกฝน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลตนเอง ช่วยให้อาสาสมัครสามารถพัฒนาการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัสขนิษฐ์ น่วมบัณฑิตย์ และ จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย (Nabundit & Tangvoraphonkchai, 2012) ที่พบว่า วัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การให้การสนับสนุนและการสอนอย่างเป็นระบบสามารถช่วยให้วัยรุ่นดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ไปปรับใช้ในแผนการดูแลวัยรุ่นโรคเอสแอลอี โดยบูรณาการเข้ากับกระบวนการดูแลรักษาและการพยาบาลประจำ เช่น การเยี่ยมบ้าน คลินิกผู้ป่วยนอก หรือกิจกรรมกลุ่มในโรงพยาบาล

2. ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลวัยรุ่น เพื่อเอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การเตรียมอาหารที่เหมาะสม และการสนับสนุนให้กำลังใจวัยรุ่นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีในระยะยาว และ วัดตัวแปรตามอื่น ๆ เช่น การกำเริบของโรคเอสแอลอี

References

- Ali, A. J. I., Sayej, S., & Fashafsheh, I. H. (2014). Evaluating self-care practices of children with type 1 diabetes mellitus in Northern West Bank: A controlled randomized study utilizing Orem-self care theory. *Journal of Education and Practice*, 5(11), 53-63. <https://www.iiste.org/Journals/index.php/JEP/article/view/12370>
- Aljaberi, N., Nguyen, K., Strahle, C., Merritt, A., Mathur, A., & Brunner, H. I. (2021). Performance of the new 2019 European league against rheumatism/American college of rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus in children and young adults. *Arthritis Care & Research*, 73(4), 580-585. <https://doi.org/10.1002/acr.24430>
- Avar-Aydin, P. Ö., & Brunner, H. I. (2024). Revisiting childhood-onset systemic lupus erythematosus. *Turkish Archives of Pediatrics*, 59(4), 336-344. <https://doi.org/10.5152/TurkArchPediatr.2024.24097>



Effect of a Supportive-Educative Nursing Program on
Self-Care Behaviors of Adolescents with SLE
ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

- Dave, S., Kim, S. C., Beaver, S., Hasimoglu, Y. G., Katz, I., Luedke, H., Yandulskaya, A. S., & Sharma, N. (2024). Peer support in adolescents and young adults with chronic or rare conditions in Northern America and Europe: Targeted literature review. *Journal of Pediatric Nursing, 78*, e31-e40. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.06.001>
- Duangmala, P., & Sontichai, W. (2025). Depression and anxiety in childhood-onset systemic lupus erythematosus: Prevalence, associated factors, and impact on quality of life and family. *Pediatric Rheumatology Online Journal, 23*(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12969-025-01067-6>
- Erikson, E. H. (1993). *Childhood and society*. WW Norton & Company.
- Khazaei, F., Razaghi, N., & Behnam Vashani, H. (2021). Effectiveness of a support-training program based on the Orem's self-care deficit theory on the quality of life of children undergoing hemodialysis. *Evidence Based Care Journal, 11*(1), 7-15. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2021.53217.2405>
- Klayklung, S., Pattaragan, A., & Piyaphanee, N. (2021). Validity and reliability of self-care behavior assessment for adolescent with systemic lupus erythematosus. *Thai Journal of Nursing, 70*(2), 10-18.
- Klayklung, S., & Pitayaratsatein, N. (2011). *Quality of life of adolescents with systemic lupus erythematosus at King Chulalongkorn Memorial Hospital* [Master's thesis, Chulalongkorn University]. https://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/35762/1/songsiri_kl.pdf
- Medical Record Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2024). *Patient statistics*. Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.
- Nabundit, R., & Tangvoraphonkchai, J. (2012). The effects of innovation in providing health information and health game on self-care behaviors for adolescent SLE patients admitted in hospital. *Journal of Nursing Science & Health, 35*(1), 10-17.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concept of practice* (5th ed.). Mosby Year Book.
- Panthu, K., Maneewong, J., & Phorang, R. (2021). Factors associated with relapsed patients with systemic lupus erythematosus (SLE). *Journal of Health and Nursing Education, 27*(2), 168-184.
- Piaget, J. (1973). *The child and reality: Problems of genetic psychology*. Grossman Publishers.
- Ritdech, T. (2014). *Development of health skills for self-care among adolescents with SLE served at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital* [Master's thesis, Chiang Mai University]. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:122985>
- Sakdisthanont, S., Siripul, P., Tasako, Y., Ponyiem, P., Lardsena, K., & Rattana-umpa, N. (2022). Relationship between various unpleasant symptoms in adolescents with systemic lupus erythematosus (SLE). *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 32*(2), 52-64.
- Sakdisthanont, S., Tasako, Y., & Siripul, P. (2020). Relationships among pain, stress, fatigue, and quality of life in adolescents with SLE. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice, 7*(1), 104-117.



Effect of a Supportive-Educative Nursing Program on
Self-Care Behaviors of Adolescents with SLE
ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

- Scalzi, L. V., Hollenbeak, C. S., Mascuilli, E., & Olsen, N. (2018). Improvement of medication adherence in adolescents and young adults with SLE using web-based education with and without a social media intervention, a pilot study. *Pediatric Rheumatology Online Journal*, 16(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12969-018-0232-2>
- Smith, E. M. D., Aggarwal, A., Ainsworth, J., Al-Abadi, E., Avcin, T., Bortey, L., Burnham, J., Ciurtin, C., Hedrich, C. M., Kamphuis, S., Lambert, L., Levy, D. M., Lewandowski, L., Maxwell, N., Morand, E., Özen, S., Pain, C. E., Ravelli, A., Saad Magalhaes, C. S., ... Beresford, M. W. (2024). Defining remission in childhood-onset lupus: PReS-endorsed consensus definitions by an international task force. *Clinical Immunology*, 263, 110214. <https://doi.org/10.1016/j.clim.2024.110214>
- Valenzuela-Almada, M. O., Hocaoglu, M., Dabit, J. Y., Osei-Onomah, S. A., Basiaga, M. L., Orandi, A. B., Giblon, R. E., Barbour, K. E., Crowson, C. S., & Duarte-García, A. (2022). Epidemiology of childhood-onset systemic lupus erythematosus: A population-based study. *Arthritis Care & Research*, 74(5), 728-732. <https://doi.org/10.1002/acr.24827>
- Vater, M., Davis, A., & Jaser, S. (2024). Evaluation of health literacy and its association with medication adherence and quality of life in childhood-onset systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 33(9), 1004–1011. <https://doi.org/10.1177/09612033241258189>



Nurses' Competency in Caring for Patients with Multidrug-Resistant Organism Infections,
Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital*
สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*

Aroonsri	Mungmuang**	อรุณศรี	มุงเมือง**
Thitinut	Akkadechanunt***	ฐิติณัฐ	อัคคะเดชอนันต์***
Somjai	Sirakamon****	สมใจ	ศิริระกมล****

Abstract

Multidrug-resistant organism infection is an important problem in healthcare settings and requires nurses with specific competency to care for these patients. This descriptive study aimed to assess nurses' competency in caring for patients with multidrug-resistant organism infections and compare this competency among nurses with different work experiences. The participants consisted of 325 registered nurses working at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The research instrument included two parts: 1) a personal data questionnaire and 2) a measurement of nurses' competency in caring for patients with multidrug-resistant organism infections, developed by Netwijit et al. Data were analyzed by descriptive statistics and the Kruskal–Wallis test.

The results revealed that the mean score for competency in caring for patients with multidrug-resistant organism infections among nurses was at a high level ($M = 2.93, SD = .63$). The dimensions of competency, prevention and control ($M = 3.41, SD = .47$), communication and coordination for patients ($M = 3.20, SD = .78$), care management of patients ($M = 3.17, SD = .67$), nursing care for patients ($M = 2.90, SD = .82$), and screening and surveillance of multidrug-resistant organism infections ($M = 2.80, SD = .91$) were at a high level. The dimension of improving knowledge and quality of care for patients based on knowledge management principles and empirical evidence was at a moderate level ($M = 2.08, SD = .88$). Competency in caring for patients with multidrug-resistant organism infections among nurses with different work experiences was significantly different (Kruskal-Wallis $H = 11.06, p = 0.03$).

Hospital administrators and nursing administrators can use the results of this research as basic information to plan the development of nurses' competency in providing care for patients with multidrug-resistant organism infections.

Keyword: Infection; Multidrug-resistant organism; Nurses' competency; University hospital

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student, Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: thitinut.a@cmu.ac.th

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 29 September 2024; Revised 28 October 2024; Accepted 5 November 2024



บทคัดย่อ

การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน เป็นปัญหาสำคัญในสถานพยาบาลและต้องการพยาบาลที่มีสมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้ เพื่อประเมินสมรรถนะพยาบาลในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน และเปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่ต่างกัน กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 325 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน พัฒนามาจากกรอบสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของ วรญา เนศวิจิตร และคณะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Kruskal-Wallis test

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($M = 2.93, SD = .63$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า สมรรถนะด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ($M = 3.41, SD = .47$) ด้านการสื่อสารและการประสานงาน ($M = 3.20, SD = .78$) ด้านการจัดการการดูแลผู้ป่วย ($M = 3.17, SD = .67$) ด้านการพยาบาลผู้ป่วย ($M = 2.90, SD = .82$) และด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ($M = 2.80, SD = .91$) อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการพัฒนาความรู้และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบนหลักการจัดการความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.08, SD = .88$) สมรรถนะในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่ต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kruskal-Wallis $H = 11.06, p = 0.03$)

ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน

คำสำคัญ: การติดเชื้อ เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน สมรรถนะของพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: thitinut.a@cmu.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เป็นปัญหาที่องค์การสุขภาพทั่วโลกให้ความสำคัญ (Pulingam et al., 2022; World Health Organization [WHO], 2021) สถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ 2543-2564 พบว่า มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (National Antimicrobial Resistance Surveillance Thailand [NARST], 2021) การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานส่งผลกระทบต่อหลายด้านทั้งต่อตัวผู้ป่วย และองค์การสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (O'Neill, 2016; Unahalekhaka, 2022) ทำให้การรักษาไม่ได้ผล เสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น มีการศึกษาที่พบข้อมูลในประเทศไทยว่าผู้ป่วยมีอัตราตายสูงกว่าในทวีปยุโรปกับสหรัฐอเมริกา 3-5 เท่า (Lim et al., 2016) หากไม่มีการแก้ปัญหา ประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2593 การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานจะทำให้คนเสียชีวิตสูงถึงปีละ 10 ล้านคน (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021) การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานเพิ่มขึ้นทั้งการตรวจคัดกรองและการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน (O'Neill, 2016)

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดแนวปฏิบัติในการควบคุมเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล ครอบคลุมกลยุทธ์ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ การทำความสะอาดมือ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส การแยกผู้ป่วยและการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม (WHO, 2017) ในปี พ.ศ. 2563 สถาบันบำราศนราดูร (Bamrasnaradura Infectious Disease Institute, 2020) ได้กำหนดแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ประกอบด้วย การแต่งตั้งคณะกรรมการการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม มาตรการ Contact Precautions การยุติการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา การให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้เข้าเยี่ยม การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งแนวทางดังกล่าวไม่ได้กำหนดบทบาทของบุคลากรที่ให้การดูแลอย่างชัดเจน พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องมีความสามารถเฉพาะหรือที่เรียกว่าสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพ

สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถในการทำงานของเฉพาะบุคคล วัดได้จากผลของการปฏิบัติงาน โดยประกอบไปด้วย ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะส่วนบุคคล (Marrelli et al., 2005) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการบริหารทรัพยากรบุคคลในองค์กร เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการจัดทำแผนพัฒนาให้มีทิศทางที่ชัดเจน และพัฒนาความสามารถของบุคลากรอย่างเป็นระบบที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ ช่วยสนับสนุนในองค์กรบรรลุเป้าหมาย (Saenthong, 2007) สมรรถนะของบุคคลมีความแตกต่างกันโดยได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัย 2 ด้าน (McCormick & Ilgen, 1985, as cited in Tipawatthanachai, 2005) คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ลักษณะบุคลิกภาพ ประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษา ความสามารถในการเรียนรู้ ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ลักษณะงาน โครงสร้างองค์กร สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน และสังคม เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประสบการณ์ในการทำงานเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะที่มีความโดดเด่นทำให้มีทักษะในการทำงานเพิ่มสูงขึ้น มีความรอบคอบมากขึ้น ส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Ivancevich et al., 2008) ประสบการณ์ในการทำงานที่เพิ่มขึ้นทำให้มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น ซึ่งมีการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพตามประสบการณ์ในการทำงาน 5 ระดับ (Benner, 1984)

จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน พบเพียงการวัดความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพทั่วไปประเทศเอธิโอเปีย แอฟริกาใต้ และประเทศซาอุดีอาระเบีย (Abera et al., 2014; Balliram et al., 2021; Lalithabai et al., 2022) ในประเทศไทยพบการศึกษาของ ชลธิศ บุญร่วม และคณะ (Bunruam et al., 2020)



เรื่อง การปฏิบัติและปัจจัยทำนายการปฏิบัติ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ และการศึกษาของ สมสมัย บุญส่อง (Boonsong, 2018) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา การศึกษาของ วรญา เนตวิจิตร (Netwijit et al., 2021) เรื่อง การพัฒนารอบสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งเป็นสมรรถนะเฉพาะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ประกอบด้วยสมรรถนะ 6 ด้าน พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 59 ข้อ แต่ยังไม่พบการนำกรอบสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานไปใช้ประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่พบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานจำนวนมากแต่อย่างไร

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานรายแรกในปี พ.ศ. 2557 ได้กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 และปรับปรุงแนวทางในปี พ.ศ. 2559 และ 2566 (Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2023) มีการนิเทศกำกับ ติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของบุคลากร โดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งระดับฝ่ายการพยาบาลและหอผู้ป่วย แต่ยังไม่พบการติดเชื้อสูงขึ้น ปี พ.ศ. 2563-2565 พบจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ตรวจพบเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานจำนวน 324, 348 และ 916 ราย ตามลำดับ และผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีการละเลยการปฏิบัติเช่นไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกันเมื่อเข้าไปดูแลผู้ป่วย และยังไม่พบการปนเปื้อนของสิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ทำให้เกิดการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลมากถึง 8 ครั้ง (Infection Control and Prevention Unit, 2023)

ถึงแม้พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน แต่สถิติของการติดเชื้อดื้อยาก็ยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ศึกษาในฐานะอนุกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของฝ่ายการพยาบาล มีหน้าที่วางแผนและให้คำปรึกษาในการควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์องค์กร นิเทศ กำกับ ติดตามตัวชี้วัดปฏิบัติการติดเชื้อ ดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการประเมินสมรรถนะของพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่ต่างกัน ในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งผลของการศึกษาในครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาหลายขนานในฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับสมรรถนะในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่ต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการประเมินสมรรถนะเฉพาะของพยาบาลในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ตามกรอบสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของ วรญา เนตวิจิตร (Netwijit et al., 2021) ที่พัฒนาจากแนวคิดของการพัฒนารอบสมรรถนะของ มาเรลลี และคณะ (Marrelli et al., 2005) ประกอบด้วยสมรรถนะ 6 ด้าน คือ 1) การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วย 2) การป้องกันและควบคุม



การแพร่กระจายเชื้อ 3) การจัดการการดูแลผู้ป่วย 4) การสื่อสารและการประสานงาน 5) การพยาบาลผู้ป่วย และ 6) การพัฒนาความรู้และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานบนหลักการจัดการความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 59 ข้อ จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ประสิทธิภาพการทำงานทำให้มีทักษะในการทำงานเพิ่มสูงขึ้น มีความรอบคอบมากขึ้น ส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Ivancevich et al., 2008) จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาล โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานมาเป็นระยะเวลาอันยาวนานมีโอกาสเผชิญกับปัญหา สามารถวิเคราะห์ปัญหา และรวบรวมข้อมูลที่ช่วยให้ตัดสินใจเลือกแนวทางในการปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องมากขึ้น (Benner, 1984) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงเปรียบเทียบสมรรถนะในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 1,264 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลระดับปฏิบัติการในหอผู้ป่วยที่สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 325 คน การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.2 (Faul et al., 2007) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (α) อำนาจการทดสอบ (power) 0.80 และขนาดอิทธิพลระดับกลาง (medium effect size) คือ 0.25 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 269 ราย การศึกษาค้นคว้านี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ดังนั้น เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มแบบสอบถามอีกร้อยละ 20 รวมเป็น 325 ราย ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) ตามประสบการณ์โดยแบ่งกลุ่มประชากร ออกเป็น แต่ละช่วงตามอายุงานเป็น 5 กลุ่ม ตามแนวคิดของ เบนเนอร์ (Benner, 1984) และแบ่งตามเกณฑ์การวัดสมรรถนะของฝ่ายการพยาบาล ได้แก่ กลุ่มอายุงาน 0-1 ปี 1-3 ปี 3-5 ปี 5-10 ปี และมากกว่า 10 ปี ผู้ศึกษาคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรแต่ละช่วงอายุงาน ในแต่ละงานการพยาบาล จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่าง (simple random sampling) ตามจำนวนที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของพยาบาล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ที่ผู้วิจัยสร้างตามกรอบสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของ วรรณ เนศวิจิตร (Netwijit et al., 2021) ประกอบด้วย 6 ด้าน จำนวน 59 ข้อ ซึ่งลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ให้ค่าคะแนนข้อคำถามแบบมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert's scale) 5 ระดับ จาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีสมรรถนะข้อนี้ ถึง 4 คะแนน หมายถึง มีสมรรถนะข้อนี้ในระดับสูงมาก แปลผลคะแนนของสมรรถนะโดยรวมและสมรรถนะรายด้าน โดยใช้ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ (possible score) ทหารด้วยความกว้างของอันตรภาคชั้น (Pimentel, 2010) ดังนี้ คือ

2.67-4.00	คะแนน	หมายถึง	มีสมรรถนะอยู่ในระดับสูง
1.34 -2.66	คะแนน	หมายถึง	มีสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง
0.00-1.33	คะแนน	หมายถึง	มีสมรรถนะอยู่ในระดับต่ำ



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเรื่องการพัฒนาเครื่องมือ 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อจำนวน 1 คน และพยาบาลหน่วยควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล 1 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบประเมิน (Index of item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 (Turner & Carlson, 2003) สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ได้นำแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานไปทดสอบกับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน (Srisatidnarukul, 2010) ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient ของเครื่องมือทั้งฉบับ เท่ากับ 0.99 และรายด้านอยู่ในช่วง 0.80-0.99

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 093/2566 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 351/66COA-NUR093/66 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ระยะเวลา รายละเอียดในการเก็บข้อมูลวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจยินยอมหรือไม่ยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการวิจัย การรักษาข้อมูลเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้เป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ไม่มีการเผยแพร่ให้เกิดผลเสียหายใด ๆ แก่กลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างงานวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบรองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานแต่ละการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ระยะเวลา รายละเอียดในการเก็บข้อมูลวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย ขอข้อมูลบุคลากรพยาบาลเพื่อทำการสุ่มตัวอย่าง นำเอกสารไปให้เจ้าหน้าที่สำนักงานของแต่ละงานการพยาบาล ทำการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับรายชื่อ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งนัดหมายวัน เวลา ที่มารับแบบสอบถามคืน โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างคืนแบบสอบถามและเอกสารคำยินยอมใส่ซองเอกสารปิดผนึกส่งที่สำนักงานของงานการพยาบาลนั้น ๆ ภายในเวลา 2 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยไปรับแบบสอบถามคืนที่สำนักงานของแต่ละงานการพยาบาล ได้แบบสอบถามที่ตอบกลับรวม 306 ฉบับ และมีแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 294 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าความถี่ และร้อยละ ข้อมูลสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานตามประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis test เนื่องจากชุดข้อมูลอย่างน้อย 1 กลุ่ม มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ และเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะของพยาบาลรายคู่โดยใช้สถิติ t-test ในกลุ่มที่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติทั้งสองกลุ่ม และใช้ The Mann-Whitney U test ในกลุ่มที่มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.18 ปี (SD = 10.50) ช่วงอายุ 20-30 ปี มีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 41.16 มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 52.04 และค่าเฉลี่ยของประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลเท่ากับ 12.93 ปี (SD = 10.12) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.20 เป็นพยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการร้อยละ 97.28 ปฏิบัติงานอยู่ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์จำนวนมากที่สุดร้อยละ 26.53 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (M = 36.18, SD = 10.50, Max = 60, Min = 22)		
20-30 ปี	121	41.16
31-40 ปี	72	24.49
41-50 ปี	66	22.45
51-60 ปี	35	11.90
ประสบการณ์ในการทำงาน (ปี) (M = 12.93 ปี, SD = 10.12, Max = 38, Min = 1)		
0-1 ปี	34	11.56
1-3 ปี	33	11.22
3-5 ปี	31	10.54
5-10 ปี	43	14.63
มากกว่า 10 ปี	153	52.04
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	274	93.20
สูงกว่าปริญญาตรี	20	6.80
ตำแหน่งปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการ	286	97.28
พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการ	6	2.04
พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการพิเศษ	2	0.68
หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน		
งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์	78	26.53
งานการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยศาสตร์	61	20.75
งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์	37	12.58
งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน	22	7.48
งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น	22	7.48
งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษเฉพาะทาง	20	6.80
งานการพยาบาลผู้ป่วยออโรดิคิสต์	18	6.12
งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษทั่วไป	17	5.78
งานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป	10	3.40
งานการพยาบาลผู้ป่วยสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา	9	3.06



2. ระดับสมรรถนะในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน

การรับรู้สมรรถนะในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.93, SD = .63$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 3.41, SD = .47$) รองลงมาเป็นด้านการสื่อสารและการประสานงาน ($M = 3.20, SD = .78$) ด้านการจัดการการดูแลผู้ป่วย ($M = 3.17, SD = .67$) ด้านการพยาบาลผู้ป่วย ($M = 2.90, SD = .82$) และด้านการคัดกรองและเฝ้าระวัง ($M = 2.80, SD = .91$) ทั้ง 5 ด้าน มีสมรรถนะอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการพัฒนาความรู้และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานพบว่า การรับรู้สมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.08, SD = .88$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน ($n = 294$ คน)

สมรรถนะในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน	M	SD	ระดับ
สมรรถนะโดยรวม	2.93	.63	สูง
สมรรถนะรายด้าน			
1. ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน	2.80	.91	สูง
2. ด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน	3.41	.47	สูง
3. ด้านการจัดการการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน	3.17	.67	สูง
4. ด้านการสื่อสารและการประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน	3.20	.78	สูง
5. ด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน	2.90	.82	สูง
6. ด้านการพัฒนาความรู้และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน	2.08	.88	ปานกลาง

3. เปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของกลุ่มตัวอย่างตามกลุ่มประสบการณ์ที่ต่างกัน

คะแนนสมรรถนะในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่แตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 2 กลุ่ม (Kruskal-Wallis $H = 11.06, p = 0.026$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของสมรรถนะจำแนกตามประสบการณ์ในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง

สมรรถนะในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน	n	M	SD	Mean Rank	χ^2	p-Value
อายุงาน 0-1 ปี	34	2.70	.55	108.43	11.057	.026*
อายุงาน 1-3 ปี	33	2.83	.61	132.36		
อายุงาน 3-5 ปี	31	2.90	.62	143.32		
อายุงาน 5-10 ปี	43	3.02	.52	154.95		
อายุงาน มากกว่า 10 ปี	153	2.97	.68	158.20		

* $p < .05$



เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มพบว่า กลุ่มที่มีคะแนนสมรรถนะในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานแตกต่างกันคือกลุ่มอายุงาน 0-1 ปี กับกลุ่มอายุงาน 5-10 ปี ($t = -2.594, p = .011$) และกลุ่มอายุงาน 0-1 ปี กับกลุ่มอายุงานมากกว่า 10 ปี ($Z = -2.956, p = .003$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะโดยรวมในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่แตกต่างกันรายคู่ (n= 294)

คะแนนสมรรถนะโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่แตกต่างกันรายคู่	U/t	Sig
อายุงาน 0-1 ปีกับอายุงาน 1-3 ปี	-.917 ^t	.362
อายุงาน 0-1 ปีกับอายุงาน 3-5 ปี	-1.094 ^U	.057
อายุงาน 0-1 ปีกับอายุงาน 5-10 ปี	-2.594 ^t	.011*
อายุงาน 0-1 ปีกับอายุงาน มากกว่า 10 ปี	-2.956 ^U	.003*
อายุงาน 1-3 ปีกับอายุงาน 3-5 ปี	-.571 ^U	.568
อายุงาน 1-3 ปีกับอายุงาน 5-10 ปี	-1.444 ^t	.153
อายุงาน 1-3 ปีกับอายุงาน มากกว่า 10 ปี	-1.572 ^U	.116
อายุงาน 3-5 ปีกับอายุงาน 5-10 ปี	-.520 ^U	.603
อายุงาน 3-5 ปีกับอายุงาน มากกว่า10 ปี	-.997 ^U	.319
อายุงาน 5-10 ปีกับอายุงาน มากกว่า 10 ปี	-.251 ^U	.802

หมายเหตุ t = t test, U = The Mann-Whitney U test, * p < .05

การอภิปรายผล

1. ระดับสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ที่เป็นดังนี้อาจเนื่องมาจาก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีผู้นำองค์กรสนับสนุนให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อรวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตามที่เหมาะสมกับบริบท จนได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพขั้นก้าวหน้า (advance HA) (Institute for Healthcare Quality Accreditation, 2022) เมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีอายุงาน 5-10 ปี กับอายุงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 66.67 ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในระดับเชี่ยวชาญ (expert) ซึ่งมีประสบการณ์สูง สามารถวิเคราะห์และเข้าใจสถานการณ์ได้อย่างลึกซึ้ง สามารถบริหารจัดการ ให้ความรู้ เป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติการพยาบาล (Benner, 1984)

นอกจากนี้ โรงพยาบาลมีคณะทำงานเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อดื้อยา ที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ แต่งตั้งโดย คณะแพทยศาสตร์ (Faculty of Medicine, 2019) มีคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับ ให้การสนับสนุนในการควบคุมกำกับ และติดตามการปฏิบัติของบุคลากรสังกัดฝ่ายการพยาบาล และในระดับหอผู้ป่วยมีพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลประจำหอผู้ป่วย (infection control ward nurse: ICWN) (Nursing Department, 2023) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมสมัย บุญส่อง (Boonsong, 2018) ที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาอยู่ในระดับดี



ถึงแม้ว่าพยาบาลทุกช่วงอายุจะมีสมรรถนะสูง แต่อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลก็ยังคงสูง อาจเกิดเนื่องจากปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังและซับซ้อน ผู้ป่วยกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการมีนิคมของเชื้อดื้อยา สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ ฟอริสเตอร์ และคณะ (Forster et al., 2013) ที่พบว่า การมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมีนิคมของเชื้อดื้อยา และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ด้านการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับโดยเฉพาะการได้รับการใส่สายและท่อระบายต่าง ๆ รวมทั้งการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โดยมีการตรวจพบนิคมของเชื้อดื้อยาในอุจจาระของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักและวิกฤตอายุรกรรม ในปี พ.ศ. 2565 มากถึงร้อยละ 33 (Infection Control and Prevention Unit, 2023) สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล จุ้ยเล็ก และคณะ (Juylek et al., 2016) ที่ศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พบว่า กลุ่มที่มีการติดเชื้อดื้อยาหลายกลุ่มในโรงพยาบาลมากที่สุดอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต พบมากถึงร้อยละ 45.7

สำหรับสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่รายด้าน พบว่า

ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน สมรรถนะของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($M = 2.80$, $SD = 0.91$) คะแนนเฉลี่ยรายข้อที่พยาบาลรับรู้สูงสุด คือ ปฏิบัติตามขั้นตอนการเก็บส่งตรวจเพาะเชื้อ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากโรงพยาบาลมีคณะทำงานเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อดื้อยา มีการกำหนดให้มีการทำ stool surveillance for VRE & CRE เพื่อคัดกรองเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักและวิกฤต ทั้งงานการพยาบาลอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ และกุมารเวชกรรม (Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2023) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และทักษะด้านการคัดกรอง

ด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน สมรรถนะของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($M = 3.41$, $SD = 0.47$) ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงในด้านนี้ คือ สามารถปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน (standard precautions) และการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส (contact precautions) เนื่องจากมีการตรวจสอบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานทุกหอผู้ป่วยทุกปี อีกทั้งพยาบาลยังได้รับฝึกอบรมเรื่องของการล้างมือ การสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกัน การแยกผู้ป่วย และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ส่วนคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่น้อยที่สุด คือ ความรู้เกี่ยวกับชนิดของเชื้อก่อโรคดื้อยาและหนทาง การแพร่กระจายเชื้อ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีผู้ที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านการติดเชื้อและปรีญญาโท เพียงร้อยละ 12 (Infection Control and Prevention Unit, 2023) ทำให้มีข้อจำกัดเรื่องความรู้เกี่ยวกับชนิดของเชื้อก่อโรคดื้อยาและหนทาง การแพร่กระจายเชื้อ

ด้านการจัดการการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน สมรรถนะของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($M = 3.17$, $SD = 0.67$) โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การจัดการขยะมูลฝอยของโรงพยาบาล อาจสืบเนื่องมาจากโรงพยาบาลกำหนดให้ขยะในห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเป็นขยะติดเชื้อทั้งหมด และแยกเพิ่มเฉพาะขยะของมีคมเท่านั้น (Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2023) จึงทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติ ส่วนรายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุด คือ มีความรู้เกี่ยวกับน้ำยาที่ใช้ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม พบว่า การนิเทศด้านความรู้เรื่องน้ำยาที่ใช้ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับคุณสมบัติ และการออกฤทธิ์ทำลายเชื้อ (Infection Control and Prevention Unit, 2023)

ด้านการสื่อสารและการประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน สมรรถนะของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($M = 3.20$, $SD = 0.78$) ข้อที่พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดด้านนี้ คือ การสื่อสารในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน โดยใช้สัญลักษณ์ตามที่โรงพยาบาลกำหนด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุงาน



มากกว่า 5 ปี ถึงร้อยละ 66.67 ได้รับมอบหมายงานให้เป็นหัวหน้าเวร มีหน้าที่สื่อสารและติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ตั้งแต่ห้องตรวจผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ห้องตรวจฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน ห้องตรวจพิเศษต่าง ๆ ห้องผ่าตัด เป็นต้น รวมไปถึงพนักงานเปล พนักงานควบคุมลิฟต์ (Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2023)

ด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ระดับสมรรถนะของพยาบาลอยู่ในระดับสูง (M = 2.90, SD = 0.82) โดยคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่สูงที่สุด คือ สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาแบบองค์รวม และเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์ตามหน้าที่ความรับผิดชอบ อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลมีค่านิยมองค์กรโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (customer focus) และมีคุณธรรม (integrity) (Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2023) นโยบายการขับเคลื่อนการเป็นศูนย์การเรียนรู้จริยธรรมของฝ่ายการพยาบาล (Nursing Department, 2023) ส่วนรายข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ มีความรู้เกี่ยวกับปฏิกริยาระหว่างกันของยาต้านจุลชีพ การบริหารยาและแนวทางการเบิกยา อาจอธิบายจากหัวข้อในการนิเทศมุ่งเน้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาจึงอาจทำให้มีความรู้จำกัดในเรื่องของยาต้านจุลชีพ (Infection Control and Prevention Unit, 2023)

ด้านการพัฒนาความรู้และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานบนหลักการจัดการความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ สมรรถนะของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.08, SD = 0.88) ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนาวัฒนธรรม งานวิจัย และการจัดการความรู้ และฝ่ายการพยาบาลมีนโยบายให้นำหลักการจัดการความรู้ (knowledge Management: KM) ลงสู่การปฏิบัติ (Nursing Department, 2023) แต่จากข้อมูลผลงานที่นำเสนอเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบัน พบโครงการพัฒนาคุณภาพ และนวัตกรรมเพียง 11 โครงการ (Data Management Center, 2019) เป็นสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนพยาบาลสังกัดฝ่ายการพยาบาล ทั้งนี้อาจเนื่องจากมีภาระงานมาก ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีร้อยละ 93.20 และกลุ่มที่ได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางและปริญญาโทด้านควบคุมและป้องกันการติดเชื้อมีอยู่เพียงร้อยละ 12 (Infection Control and Prevention Unit, 2023) อาจมีความจำกัดในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

2. เปรียบเทียบสมรรถนะในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ที่มีประสบการณ์ในการทำงานแตกต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่แตกต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 2 กลุ่ม (Kruskal-Wallis H = 11.06, p = 0.026) และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละกลุ่มพบว่า กลุ่มที่มีคะแนนสมรรถนะในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานแตกต่างกัน คือ กลุ่มอายุงาน 0-1 ปี กับที่มีอายุงาน 5-10 ปี และกลุ่มอายุงาน 0-1 ปี กับที่มีอายุงานมากกว่า 10 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีความแตกต่างกันในด้านของประสบการณ์ทำงาน สอดคล้องกับแนวคิดของ เบนเนอร์ (Benner, 1984) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานที่ต่างกัน จะมีความรู้ ความสามารถในระดับที่แตกต่างกัน ผู้ที่มีประสบการณ์เป็นเวลานานจะเป็นผู้ที่สามารถมองสถานการณ์ภาพรวม วิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนและตัดสินใจได้ดี รวดเร็วและเหมาะสม วิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี บริหารจัดการ สอน ชี้แนะและเป็นที่ปรึกษาได้ อีกทั้งพยาบาลที่เข้าทำงานในช่วง 1 ปีแรก ต้องมีสมรรถนะพื้นฐานให้เป็นไปตามที่ฝ่ายการพยาบาลกำหนดทั้งหมด 20 สมรรถนะ โดยหนึ่งในนั้นเป็นสมรรถนะด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั่วไป (Nursing Department, 2023) จึงอาจทำให้พยาบาลที่มีประสบการณ์ในช่วง 0-1 ปี มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานต่ำกว่ากลุ่มพยาบาลที่มีอายุงาน 5-10 ปี และกลุ่มอายุงาน มากกว่า 10 ปี



ในกลุ่มตัวอย่างที่อายุงาน 5-10 ปี ที่มีระดับคะแนนสมรรถนะสูงสุดในกลุ่ม อาจเนื่องมาจากกลุ่มนี้เป็นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยข้างเตียง และได้รับการมอบหมายงานให้ดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งพยาบาลกลุ่มนี้ยังทำหน้าที่ปฏิบัติงานในหน้าที่หัวหน้าเวรในช่วงเวรพยาบาล (Nursing Department, 2023) จึงทำให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย ส่วนกลุ่มที่มีอายุงานมากกว่า 10 ปี ซึ่งถึงแม้ว่าจะเป็นกลุ่มที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมาช่วงหนึ่งแล้วแต่เมื่ออายุงานเพิ่มมากขึ้น พยาบาลกลุ่มนี้จะถูกมอบหมายงานให้เป็นหัวหน้าเวรมีบทบาทด้านการนิเทศ บริหารจัดการ ประสานงานเป็นส่วนใหญ่ (Nursing Department, 2023) ขณะเดียวกันข้อคำถามสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเป็นคำถามการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้คะแนนระดับสมรรถนะน้อยกว่ากลุ่มอายุงาน 5-10 ปี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทีมผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลทำการวิจัยเพื่อพัฒนาศาสตร์การแปลงความรู้สู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน
2. ผู้บริหารควรจัดให้มีการอบรมการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาลอายุงาน 0-1 ปี หรือจัดทำหลักสูตรหรือเอกสารที่พยาบาลสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง (online course หรือ e-learning) ที่ครอบคลุมความรู้ด้านจุลชีววิทยาและการติดเชื้อ การจัดการยา การประเมินอาการและสัญญาณชีพ การเฝ้าระวัง การควบคุมป้องกันการติดเชื้อ การสื่อสารและการให้ข้อมูล รวมทั้งจัดให้มีระบบพยาบาลพี่เลี้ยงที่สามารถนิเทศ กำกับติดตามการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของพยาบาลอย่างใกล้ชิด
3. ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในหอผู้ป่วย อาทิ เช่น การนิเทศงาน งบประมาณในการศึกษาวิจัย และจัดทำโครงการหรือพัฒนานวัตกรรมในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาสมรรถนะในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของบุคลากรพยาบาลและบุคลากรวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยวัดผลลัพธ์วิธีอื่น เช่น การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติงาน
2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน

References

- Abera, B., Kibret, M., & Mulu, W. (2014). Knowledge and beliefs on antimicrobial resistance among physicians and nurses in hospitals in Amhara Region, Ethiopia. *BMC Pharmacology and Toxicology*, 15(1), 26. <https://doi.org/10.1186/2050-6511-15-26>
- Balliram, R., Sibanda, W., & Essack, S. Y. (2021). The knowledge, attitudes and practices of doctors, pharmacists and nurses on antimicrobials, antimicrobial resistance and antimicrobial stewardship in South Africa. *Southern African Journal of Infectious Diseases*, 36(1), 262. <https://doi.org/10.4102/sajid.v36i1.262>
- Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. (2020). *Guidelines for prevention and control of hospital acquired infections*. Aksorn Graphic and Design. (in Thai)



- Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. *AJN: The American Journal of Nursing*, 84(12), 1479-1480. <https://doi.org/10.1097/00000446-198412000-00025>
- Boonsong, S. (2018). *The development of a clinical supervision model for isolation precaution of antimicrobial resistance at the neurological surgery department, Sunpasitthiprasong Hospital* [Unpublished master's thesis]. Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)
- Bunruam, C., Unahalekhaka, A., & Lertwatthanawilat, W. (2020) Factors predicting practices in prevention of drug resistant organism transmission among registered nurses in regional hospitals. *Nursing Journal*, 47(2), 133-142. (in Thai)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Strategies for prevention and response to novel & targeted multidrug-resistant organisms (MDROs)*. Centers for Disease Control and Prevention.
- Data Management Center. (2019). *Drug-resistant infection patient data*. Faculty of Medicine, Chiang Mai University. (in Thai)
- Faculty of Medicine. (2019). *Appointment order for the working group to monitor and control drug-resistant infections*. Faculty Medicine, Chiang Mai University. (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Forster, A. J., Oake, N., Roth, V., Suh, K. N., Majewski, J., Leeder, C., & van Walraven, C. (2013). Patient-level factors associated with methicillin-resistant staphylococcus aureus carriage at hospital admission: A systematic review. *American Journal of Infection Control*, 41(3), 214-220. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2012.03.026>
- Infection Control and Prevention Unit. (2023). *Report on the results of infection prevention and control operations*. Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (in Thai)
- Institute for Healthcare Quality Accreditation. (2022). *Hospital and health service stands* (5th ed.). Printing Tian Kwang. (in Thai)
- Ivancevich, J. M., Konopaske, R., & Matteson, M. T. (2008). *Organizational behavior and management* (8th ed.). McGraw-Hill.
- Juylek, J., Picheansathian, W., & Kasatpibal, N. (2016). Development of risk factor scoring system of multidrug-resistant microorganism infection among in-patients. *Nursing Journal*, 43(3), 69-80. (in Thai)
- Lalithabai, D. S., Hababeh, M. O., Wani, T. A., & Aboshaiqah, A. E. (2022). Knowledge, attitude and beliefs of nurses regarding antibiotic use and prevention of antibiotic resistance. *SAGE Open Nursing*, 8, 23779608221076821. <https://doi.org/10.1177/23779608221076821>



Nurses' Competency in Caring for Patients with Multidrug-Resistant Organism Infections,
Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital
สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

- Lim, C., Takahashi, E., Hongsuwan, M., Wuthiekanun, V., Thamlikitkul, V., Hinjoy, S., Day, N. P. J., Peacock, S. J., & Limmathurotsakul, D. (2016). Epidemiology and burden of multidrug-resistant bacterial infection in a developing country. *Elife*, 5, e18082. <https://doi.org/10.7554/eLife.18082>
- Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2023). *Guidelines for preventing the spread of drug-resistant that required special control*. Faculty of Medicine, Chiang Mai University. (in Thai)
- Marrelli, A. F., Tondora, J., & Hoge, M. A. (2005). Strategies for developing competency models. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 32(5-6), 533-561. <https://doi.org/10.1007/s10488-005-3264-0>
- Mccormick, J. E., & Igen, R. D. (1985). *Industrial and organizational psychology* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- National Antimicrobial Resistance Surveillance Thailand. (2021). *Antimicrobial resistance situation 2000-2021 (12M)*. National Antimicrobial Resistance Surveillance Thailand.
- Netwijit, W., Sirakamon, S., & Sanluang, C. (2021). Development of a nurse competency framework in caring of patients with multidrug-resistant organisms, Maharaj Nakorn Chiang Mai. *Journal of Nursing and Health Research (JNHR)*, 22(3), 111-123. (in Thai)
- Nursing Department. (2023). *Nursing ethics policy*. Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (in Thai)
- O'Neill, J. (2016). *Tackling drug-resistant infections globally: Final report and recommendations*. https://amr-review.org/sites/default/files/160525_Final%20paper_with%20cover.pdf
- Pimentel, J. L. (2010). A note on the usage of Likert Scaling for research data analysis. *USM R and D Journal*, 18(2), 109-112.
- Pulingam, T., Parumasivam, T., Gazzali, A. M., Sulaiman, A. M., Chee, J. Y., Lakshmanan, M., Chin, C. F., & Sudesh, K. (2022). Antimicrobial resistance: Prevalence, economic burden, mechanisms of resistance and strategies to overcome. *European Journal of Pharmaceutical Sciences*, 170, 106103. <https://doi.org/10.1016/j.ejps.2021.106103>
- Saenthong, N. (2007). *Let's get to know competency* (3rd ed.). HR Center. (in Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2010). *Nursing research methodology* (5th ed.). You & I Inter Media. (in Thai)
- Tipawatthanachai, T. (2005). *Factors affecting the competence of professional nurses in university hospitals* [Master's thesis, Khon Kaen University]. ThaiLIS Digital Collection (TDC). https://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php?option=show&browse_type=title&titleid=165613 (in Thai)
- Turner, R. C., & Carlson, L. (2003). Indexes of item-objective congruence for multidimensional items. *International Journal of Testing*, 3(2), 163-171. https://doi.org/10.1207/S15327574IJT0302_5
- Unahalekhaka, A. (2022). *Guidelines for preventing the spread of drug-resistant bacteria in hospitals* (5th ed.). Inner Guard Publishing. (in Thai)
-



Nurses' Competency in Caring for Patients with Multidrug-Resistant Organism Infections,
Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital
สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

World Health Organization. (2017). *Guideline for the prevention and control of carbapenem-resistant enterobacteriaceae, acinetobacter baumannii and pseudomonas aeruginosa in health care facilities*. <https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-for-the-prevention-and-control-of-carbapenem-resistant-enterobacteriaceae-acinetobacter-baumannii-and-pseudomonas-aeruginosa-in-health-care-facilities>

World Health Organization. (2021). *Global antimicrobial resistance and use surveillance system (GLASS) report 2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027336>



**Career Adaptability and Career Satisfaction of Nurses
in University Hospitals in the Northern Region***
**ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพและความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาล
ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเขตภาคเหนือ***

Pornphan	Jitpukdee**	พรพรรณ	จิตต์ภักดี**
Kulwadee	Abhicharttibutra***	กุลวดี	อภิชาติบุตร***
Orn-anong	Wichaikhum****	อรอนงค์	วิชัยคำ****

Abstract

Career satisfaction is an important outcome of career practice and is vital for organizational success. The aim of this descriptive correlational research was to study the career adaptability and career satisfaction, and the relationship between career adaptability and career satisfaction of nurses in university hospitals. The participants were 95 registered nurses working at university hospitals in the northern region selected using multi-stage sampling. The research instruments were the Career Adapt-Abilities Scale and the Career Satisfaction Scale. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation coefficient.

The results revealed that nurses perceived career adaptability at a high level (M = 5.13, SD = .77). The dimensions of career control (M = 5.40, SD = .82), career curiosity (M = 5.01, SD = .87), and career confidence (M = 5.19, SD = .83) were perceived at high levels, whereas the dimension of career concern was perceived at a moderate level (M = 4.92, SD = .92). Nurses in university hospitals perceived a high level of career satisfaction (M = 3.68, SD = .62). There was a moderate positive correlation between career adaptability and career satisfaction ($r_s = .34, p < .01$).

Nursing administrators should apply the findings of this study to promote career satisfaction and enhance career adaptability in terms of career concerns among nurses working in university hospitals.

Keywords: Career adaptability; Career satisfaction; Nurses; University hospitals

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, email: akulwadee@gmail.com

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 11 September 2024; Revised 13 November 2024; Accepted 19 November 2024



บทคัดย่อ

ความพึงพอใจในอาชีพ เป็นผลลัพธ์ของการประกอบอาชีพที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กร การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพ ความพึงพอใจในอาชีพ และความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพและความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเขตภาคเหนือ จำนวน 95 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบวัดความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพ และแบบวัดความพึงพอใจในอาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's rank-order correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพโดยรวมในระดับสูง ($M = 5.13, SD = .77$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการควบคุมด้านอาชีพ ($M = 5.40, SD = .82$) ด้านความสนใจใฝ่รู้ในอาชีพ ($M = 5.01, SD = .87$) และด้านความมั่นใจในอาชีพอยู่ในระดับสูง ($M = 5.19, SD = .83$) ส่วนด้านความตระหนักในอาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 4.92, SD = .92$) สำหรับความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอยู่ในระดับสูง ($M = 3.68, SD = .62$) โดยความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับความพึงพอใจในอาชีพ ($r_s = .34, p < .01$)

ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความพึงพอใจในอาชีพ และส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวด้านความตระหนักในอาชีพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

คำสำคัญ: ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพ ความพึงพอใจในอาชีพ พยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ email: akulwadee@gmail.com

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการขาดแคลนพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของหน่วยงาน องค์กร และระบบสุขภาพ ยังคงเป็นปัญหาที่สะสมของประเทศไทยมาเป็นเวลานาน (Saengcharnchai, 2024) โดยในปัจจุบัน ประเทศไทย มีพยาบาลวิชาชีพทั้งภาครัฐและเอกชนประมาณ 2.1 แสนคน หรือเฉลี่ยพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรในอัตราส่วน 1: 310 ซึ่งตามมาตรฐานต้องได้ 1: 250 หรือควรมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้บริการด้านสุขภาพอย่างน้อย 2.6 แสนคน (Hfocus, 2024; The active, 2024) ทำให้ประเทศไทยยังคงขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพกว่า 50,000 คน นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางสภาพสังคมในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเกิดโรคอุบัติใหม่ ความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนรุนแรง ความต้องการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีทางการแพทย์เฉพาะทางขั้นสูงมากขึ้น รวมถึงการขยายสถานบริการด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ความต้องการพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ยิ่งทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนพยาบาลมากขึ้น องค์กรสุขภาพจึงจำเป็นต้องหากกลยุทธ์เพื่อให้พยาบาลคงอยู่ในงานนานขึ้น ซึ่งการสร้างความพึงพอใจในอาชีพเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้พยาบาลคงอยู่ในงานนานขึ้น และลดอัตราการลาออกจากงาน (Boamah et al., 2023)

ความพึงพอใจในอาชีพ (career satisfaction) เป็นผลลัพธ์ของการประกอบอาชีพที่เกิดจากการประเมินตัดสินของบุคคลเกี่ยวกับความสำเร็จในอาชีพ เป้าหมายในอาชีพด้านรายได้ ความก้าวหน้าในอาชีพ และการพัฒนาทักษะความสามารถใหม่ (Greenhaus et al., 1990) บุคคลที่มีความพึงพอใจในอาชีพจะมีทัศนคติเชิงบวกกับอาชีพ ทำให้รู้สึกถึงคุณค่าและความหมายของชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจในการปฏิบัติงาน มีความพากเพียรพยายาม ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับงานที่ยากลำบากจะมองว่าเป็นเรื่องที่ทำหาย และพยายามก้าวผ่านอุปสรรคต่าง ๆ ไปให้ได้จนก่อให้เกิดผลงานที่ดีมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Joy, 2021) ซึ่งจะช่วยให้องค์กรบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความพึงพอใจในอาชีพช่วยให้บุคลากรพยาบาลเกิดความยึดมั่นผูกพันต่ออาชีพและต่อองค์กร (Onyishi et al., 2019) ช่วยลดอัตราการขาดงาน ลดอัตราการเลิกจ้าง และการลาออกของบุคลากรพยาบาล (Boamah et al., 2023; Joy, 2021) ดังนั้น การที่พยาบาลมีความพึงพอใจในอาชีพอาจช่วยลดปัญหาการขาดแคลนพยาบาล ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพได้

การที่บุคคลมีความพึงพอใจในอาชีพ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับบริบทของงานและอาชีพได้อย่างเหมาะสม (Savickas, 2020) สามารถอธิบายได้จากโมเดลการปรับตัวเพื่อการสร้างอาชีพ (career construction model of adaptation) ที่ ซาวิกคัส (Savickas, 2013) ได้อธิบายไว้ว่า เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการปรับตัว เต็มใจที่จะเผชิญกับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อน และนำความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพที่อยู่ภายในตัวบุคคลมาใช้ควบคุมกำกับตนเอง เพื่อให้เกิดการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม จะช่วยให้บุคคลปรับตัวเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ คือ ความสำเร็จและความพึงพอใจ (Savickas, 2013; Savickas & Porfeli, 2012) ดังนั้น ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งเสริมความพึงพอใจในอาชีพ

ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพ (career adaptability) เป็นโครงสร้างทางจิตสังคมที่แสดงถึงความพร้อมของแต่ละบุคคลในการรับมือกับปัญหาจากการทำงานในสายอาชีพที่เผชิญอยู่ในขณะนั้น รวมถึงการรับมือกับปัญหาที่ไม่ได้คาดคิด การเปลี่ยนแปลงในอาชีพ และบาดแผลทางใจของบุคคลในการรับมือกับบทบาททางอาชีพของตน (Savickas, 2005) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ความตระหนักในอาชีพ คือ การวางแผนและเตรียมความพร้อมสำหรับเส้นทางอาชีพและการเปลี่ยนแปลงของอาชีพที่ต้องเผชิญในอนาคต 2) การควบคุมด้านอาชีพ คือ การควบคุมกำกับตนเอง มีความรับผิดชอบ มีวินัยในตนเอง มีความตั้งใจแน่วแน่ในการพัฒนาอาชีพและสร้างการเปลี่ยนแปลงในอาชีพ 3) ความสนใจใฝ่รู้ในอาชีพ คือ การมีความคิดริเริ่มที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับงานและโอกาสทางอาชีพ มีความอยากรู้อยากเห็น มีพฤติกรรมการสำรวจและแสวงหาข้อมูลความรู้



เกี่ยวกับอาชีพ และ 4) ความมั่นใจในอาชีพ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับความสำเร็จในการดำเนินงานตามแนวทางที่วางไว้ รวมถึงการแก้ปัญหาและเอาชนะอุปสรรคได้อย่างเหมาะสม (Savickas, 2005, 2013, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพกับความพึงพอใจในอาชีพในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ ประเทศตุรกี (Tahiry & Ekmekcioglu, 2023) ในพนักงานแผนกไอที ประเทศอินเดีย (Chouhan, 2022) ในครูระดับชั้นประถมศึกษา ในประเทศไทย (Khunwongsa, 2016) จะเห็นได้ว่ายังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพและความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิขั้นสูง ที่มีบทบาทในการจัดการเรียนการสอน การวิจัย และการพัฒนานวัตกรรม ตลอดจนการให้บริการตรวจรักษาโรคแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อน (Wankate, 2015) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจึงต้องแบกรับภาระงานที่หนัก ซึ่งอาจส่งผลให้พยาบาลลาออกจากงานทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพยาบาลที่มีอายุน้อย ดังเช่นการศึกษาของ กฤติญาดา เกื้อวงศ์ และ อารีรัตน์ อ่วม-ตานี (Kuewong & Oumtane, 2017) ที่พบว่า การลาออกของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ร้อยละ 61.54 เป็นการลาออกของพยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานไม่เกิน 3 ปี เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับงานได้

พยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 1-3 ปี เป็นพยาบาลที่เริ่มต้นสู่ความก้าวหน้าตามบันไดวิชาชีพ (advance beginner) ที่ต้องปฏิบัติงานในด้านการบริการผู้ป่วย ต้องพัฒนาความรู้และทักษะทางการพยาบาลให้เกิดความชำนาญ ซึ่งจะถูกมอบหมายงานตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพเต็มตัว ได้รับมอบหมายให้เป็นสมาชิกในทีม เป็นพยาบาลบริหารยา หรืออาจถูกมอบหมายให้เป็นหัวหน้าเวรภายใต้การดูแลของพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า (Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2022) และมักจะถูกคาดหวังจากพยาบาลรุ่นพี่และหัวหน้างานในการพัฒนาศักยภาพของการปฏิบัติงาน จึงอาจก่อให้เกิดความกดดัน ความเครียดจากการเรียนรู้ และการปรับตัวให้เข้ากับงานรวมถึงเพื่อนร่วมงาน (Kuewong & Oumtane, 2017) นอกจากนี้ พยาบาลในกลุ่มนี้ซึ่งมีช่วงอายุที่จัดอยู่ใน Generation Z มีข้อจำกัด คือ ขาดทักษะทางการสื่อสาร มีความอดทนในการรอคอยต่ำ ขาดทักษะการทำงานเป็นทีมร่วมกับพยาบาลรุ่นอื่น ๆ มีความมั่นใจในตนเองสูงเกินไป รวมถึงรักอิสระและยึดมั่นในตนเองสูง (Chicca & Shellenbarger, 2019; Singh & Dangmei, 2016) ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้อาจเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานเป็นทีมร่วมกับพยาบาลในรุ่นอื่น ๆ และเป็นอุปสรรคในการปรับตัวให้เข้ากับบริบทของการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลได้

ทั้งนี้ หากพยาบาลกลุ่มนี้มีปัญหาในการปรับตัว ก็อาจจะก่อให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะส่งผลต่อความพึงพอใจ และการตัดสินใจลาออกจากองค์กรหรือออกจากวิชาชีพได้ แต่หากพยาบาลกลุ่มนี้มีการปรับตัวทางอาชีพที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้ได้รับความก้าวหน้า ความสำเร็จในหน้าที่การงาน ได้รับโอกาสในการศึกษาพัฒนาความรู้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในอาชีพ เกิดความยึดมั่นผูกพันตลอดจนการคงอยู่ในองค์กรและวิชาชีพ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพ และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพกับความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาลในประเทศไทย ดังนั้น การศึกษาความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพและความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในกลุ่มพยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 1-3 ปี สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล ในการส่งเสริมพัฒนาความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพของพยาบาล เพื่อสร้างเสริมความพึงพอใจในอาชีพให้เกิดการคงอยู่ในงานต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเขตภาคเหนือ
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในเขตภาคเหนือ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพและความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในเขตภาคเหนือ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพของ ซาวิคกัส (Savickas, 2005) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพ เป็นโครงสร้างทางจิตสังคมที่แสดงถึงความพร้อมของบุคคลในการรับมือกับปัญหาจากการทำงานในสายอาชีพที่เผชิญอยู่ในขณะนั้น รวมถึงการรับมือกับปัญหาที่ไม่ได้คาดคิด การเปลี่ยนแปลงในอาชีพ และบาดแผลทางใจในการรับมือกับบทบาททางอาชีพของตน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ความตระหนักในอาชีพ การควบคุมด้านอาชีพ ความสนใจใฝ่รู้ในอาชีพ และความมั่นใจในอาชีพ และแนวคิดความพึงพอใจในอาชีพของ กรีนฮัส และคณะ (Greenhaus et al., 1990) ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจในอาชีพ เป็นผลลัพธ์ของการประกอบอาชีพที่เกิดจากการประเมินตัดสินของบุคคลเกี่ยวกับความสำเร็จในอาชีพ เป้าหมายในอาชีพด้านรายได้ ความก้าวหน้าในอาชีพ และการพัฒนาทักษะความสามารถใหม่ หากบุคคลมีความพร้อมในการปรับตัว เต็มใจที่จะเผชิญกับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อน และนำความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพที่อยู่ภายในตัวบุคคลมาใช้ในการควบคุมกำกับตนเอง จะช่วยให้บุคคลปรับตัวเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงได้ โดยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อม จนเกิดเป็นผลลัพธ์ คือ ความสำเร็จและความพึงพอใจ (Savickas, 2013)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ในเขตภาคเหนือ ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 1-3 ปี ได้แก่ โรงพยาบาลมาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา รวมทั้งสิ้น 331 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในเขตภาคเหนือ ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 1-3 ปี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานให้บริการโดยตรงแก่ผู้ป่วย และมีเกณฑ์การคัดออก คือ พยาบาลที่อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ ลาป่วย ลากลอบในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์อำนาจ (power analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดค่าขนาดอิทธิพลระดับกลางเท่ากับ .30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significance level: α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน และในการศึกษานี้รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจึงมีโอกาสที่ข้อมูลจะสูญหาย จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Srisatidnarukul, 2020) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เท่ากับ 101 คน

ทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน ดังนี้ 1) สุ่มตัวแทนโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตภาคเหนือตอนบน และภาคเหนือตอนล่าง อย่างละ 1 โรงพยาบาล 2) คำนวณสัดส่วนพยาบาลกลุ่มตัวอย่างของทั้ง 2 โรงพยาบาล 3) คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละงานการพยาบาล 4) สุ่มตัวอย่างพยาบาลจากแต่ละงานการพยาบาล ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ตามจำนวนพยาบาลในแต่ละงานการพยาบาลที่คำนวณได้



Career Adaptability and Career Satisfaction of Nurses
in University Hospitals in the Northern Region
ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพและความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาล
ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเขตภาคเหนือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวนการได้รับการฝึกอบรม ซึ่งลักษณะข้อความแบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบวัดความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพ (Career Adapt-Abilities Scale: CAAS) ของ ซา-วิคกัส และ เพอร์เฟลีย์ (Savickas & Porfeli, 2012) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย หัตถยา สีบุญเรือง และคณะ (Sibunruang et al., 2016) โดยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ ประกอบด้วยข้อความ 24 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความตระหนักในอาชีพ การควบคุมด้านอาชีพ ความสนใจใฝ่รู้ในอาชีพ และความมั่นใจในอาชีพ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ท่านคิดว่าท่านยังทำเรื่องดังกล่าวไม่ได้) จนถึง 7 (ท่านคิดว่าท่านทำเรื่องดังกล่าวได้ดีมาก) การแปลผลคะแนนความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพ โดยใช้เกณฑ์การแปลผล คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.00 หมายถึงระดับต่ำ 3.01-5.00 หมายถึงระดับปานกลาง 5.01-7.00 หมายถึงระดับสูง และเครื่องมือมีความตรงเชิงโครงสร้าง ($\chi^2 = 4454.10$, $df = 248$, $\chi^2/df = 17.96$, $RMSEA = .05$, $SRMR = .04$) (Savickas & Porfeli, 2012)

ส่วนที่ 3 แบบวัดความพึงพอใจในอาชีพ (Career Satisfaction Scale: CSS) ของ กรีนฮัส และคณะ (Greenhaus et al., 1990) ประกอบด้วยข้อความ 5 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) จนถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) การแปลผลคะแนนความพึงพอใจในอาชีพใช้เกณฑ์การแปลผล คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ระดับต่ำ 2.34-3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง 3.67-5.00 หมายถึง ระดับสูง และเครื่องมือมีความตรงเชิงโครงสร้าง ($\chi^2 = 187.09$; $RMSEA = .03$; $SRMR = .03$; $TLI = .98$; $CFI = .99$) (Spurk et al., 2011)

แบบวัดนี้แปลโดยผู้วิจัย โดยประยุกต์ใช้กระบวนการแปลย้อนกลับขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) โดยผู้วิจัยและคณะแปลแบบวัดต้นฉบับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทยแปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ นำแบบวัดภาษาอังกฤษที่แปลย้อนกลับแล้วและแบบวัดต้นฉบับไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษซึ่งเป็นเจ้าของภาษาเปรียบเทียบความสอดคล้องของเนื้อหาซึ่งพบว่า แบบวัดมีความสอดคล้องและมีความหมายถูกต้องเป็นไปในแนวทางเดียวกันทุกข้อ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพและแบบวัดความพึงพอใจในอาชีพ โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน (Hertzog, 2008) วิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบวัดความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพได้เท่ากับ 0.97 และของแบบวัดความพึงพอใจในอาชีพได้เท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 060/2567 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 209/67 COA-NUR060/67 นอกจากนี้ ผู้วิจัยทำเอกสารข้อมูลประกอบการขอความยินยอม โดยการบอกกล่าวชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับ รวมทั้งสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อผลการปฏิบัติงาน ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บไว้เป็นความลับและถูกทำลายทิ้งภายหลังการตีพิมพ์ในวารสารประมาณ 1 ปี นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

**การรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง จากนั้น ผู้วิจัยเข้าพบผู้ประสานงานการวิจัยด้วยตนเองเพื่อชี้แจงรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง วิธีการแจกแบบสอบถาม การรวบรวมแบบสอบถาม และวิธีการส่งแบบสอบถามกลับ พร้อมกับมอบชุดแบบสอบถามให้แก่ผู้ประสานงานการวิจัยซึ่งประกอบด้วย เอกสารข้อมูลประกอบการขอความยินยอมโดยการบอกกล่าว เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย แบบสอบถาม และซองสำหรับใส่เอกสารจำนวน 2 ซอง สำหรับแยกใส่แบบสอบถามและเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัยเพื่อส่งกลับคืนผู้วิจัย โดยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามภายใน 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาทั้งหมด 99 ฉบับ จากแบบสอบถามที่แจกจำนวน 101 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.02 เป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ 95 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.06

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพ และความพึงพอใจในอาชีพ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพและความพึงพอใจในอาชีพ โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov (KS) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 พบว่า คะแนนความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพแจกแจงเป็นโค้งปกติ ($KS = .07, p = .200$) และคะแนนความพึงพอใจในอาชีพแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ($KS = .10, p = .028$) จึงวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์โดยการหาค่า Spearman's rank-order correlation coefficient

ผลการวิจัย**ข้อมูลส่วนบุคคล**

พยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.47 มีอายุในช่วง 23 -27 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 24.85 ปี ($SD = 1.09$) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 97.89 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 25,001-35,000 บาท ร้อยละ 72.63 และ 35,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 23.16 ทั้งหมดมีการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 1.98 ปี ($SD = .75$) สังกัดงานการพยาบาลอายุรศาสตร์มากที่สุด ร้อยละ 32.63 รองลงมา คือ งานศัลยศาสตร์ ร้อยละ 14.74 งานพิเศษเฉพาะทาง ร้อยละ 12.63 และมีโอกาสในการเข้ารับการอบรม/ประชุมวิชาการระหว่าง 1-10 ครั้ง ต่อปี โดยส่วนใหญ่มีโอกาสในการเข้ารับการอบรม/ประชุมวิชาการ 2 ครั้งต่อปี มากที่สุด ร้อยละ 27.34 รองลงมา คือ 3 ครั้ง ต่อปี ร้อยละ 25.26

ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพโดยรวมและด้านการควบคุมด้านอาชีพ ด้านความสนใจใฝ่รู้ในอาชีพ ด้านความมั่นใจในอาชีพอยู่ในระดับสูง ส่วนความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพด้านความตระหนักในอาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ความพึงพอใจในอาชีพ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในอาชีพอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความพึงพอใจในอาชีพ และความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพโดยรวมและรายด้าน (n = 95)

ตัวแปร	M	SD	Min	Max	ระดับ
ความพึงพอใจในอาชีพ	3.68	.62	2.20	5.00	สูง
ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพโดยรวม	5.13	.77	2.96	7.00	สูง
ด้านความตระหนักในอาชีพ	4.92	.92	2.83	7.00	ปานกลาง
ด้านการควบคุมด้านอาชีพ	5.40	.82	3.00	7.00	สูง
ด้านความสนใจใฝ่รู้ในอาชีพ	5.01	.87	2.67	7.00	สูง
ด้านความมั่นใจในอาชีพ	5.19	.83	3.00	7.00	สูง

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพและความพึงพอใจในอาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจในอาชีพในระดับปานกลาง ($r_s = .34, p < .01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และระดับของความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพและความพึงพอใจในอาชีพ (n = 95)

	ความพึงพอใจในอาชีพอาชีพ		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (r_s)	P-value	ระดับ
ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพ	.34	.01	ปานกลาง

การอภิปรายผล

1. ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรับรู้ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูง สำหรับรายด้านพบว่า ด้านการควบคุมด้านอาชีพ ด้านความสนใจใฝ่รู้ในอาชีพ และด้านความมั่นใจในอาชีพ อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุระหว่าง 23-27 ปี ซึ่งจัดอยู่ใน Generation Z (Lopez & Abadiano, 2023) ที่มีคุณลักษณะเด่นในการทำงานด้านเทคโนโลยี มักจะแสวงหาความรู้และข้อมูลต่าง ๆ ด้วยตนเองผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ สามารถเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว มีความมั่นใจในตนเองสูง และมีความสามารถในการปรับตัวได้ดีในทุกสถานการณ์ (Singh & Dangmei, 2016) ซึ่งลักษณะเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้วิธีการทำงานและแสวงหาโอกาสในอาชีพ มีพฤติกรรมสำรวจและค้นคว้าหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอาชีพ เพื่อให้ตนมีความรู้ความสามารถมากขึ้น จึงอาจส่งผลให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวต่อวิชาชีพพยาบาลได้ดี

นอกจากนี้ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยยังได้จัดโครงการปฐมนิเทศ โครงการการฝึกอบรมความรู้เพื่อเพิ่มสมรรถนะและความชำนาญในงานตามบันไดวิชาชีพ รวมถึงการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้านตามแผนการฝึกอบรมของโรงพยาบาล (Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2022; Nursing Department, Naresuan University hospital, 2024) ซึ่งการได้รับการปฐมนิเทศและการฝึกอบรมความรู้เพื่อเพิ่มสมรรถนะและความชำนาญในงานตามบันไดวิชาชีพ รวมถึงการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้านตามแผนการ



ฝึกรอบมของโรงพยาบาล ทำให้บุคลากรได้ทราบถึงแนวทางการปฏิบัติงานของตนเอง ทราบเส้นทางการเรียนรู้วิธีการปฏิบัติงาน รวมถึงแนวทางในการพัฒนาตนเอง ส่งผลให้บุคลากรมีความตระหนักรู้ถึงความต้องการขององค์กร รู้จักวางแผนและกำหนดเป้าหมายในเส้นทางอาชีพของตน ทำให้บุคลากรปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมการทำงานได้อย่างรวดเร็ว (Arulsamy et al., 2023) และช่วยให้บุคลากรได้วางแผนในการพัฒนาตนเองไปสู่เป้าหมายทางด้านอาชีพที่ต้องการ (Mahmood, 2022) ส่งผลให้พยาบาลรับรู้ว่าคุณสมบัติความสามารถในการควบคุมด้านอาชีพสูง

เหตุผลอีกประการหนึ่ง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยซึ่งเป็นองค์กรที่เป็นแหล่งเรียนรู้ แหล่งฝึกประสบการณ์ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีกิจกรรมการเรียนรู้ เช่น การประชุมปรึกษาเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยรายกรณี (case conference) กลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ (community of practice: CoP) การตรวจเยี่ยมทางพยาบาล (nursing round) (Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2021) ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมเหล่านี้จะส่งผลให้พยาบาลได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะความรู้ความสามารถของตนเองให้เกิดความรู้ความชำนาญ และนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย ซับซ้อน ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ในอาชีพอย่างต่อเนื่อง และรับรู้ว่าคุณสมบัติความสนใจใฝ่รู้ในอาชีพสูง

นอกจากนี้ การที่โรงพยาบาลมีการกำหนดมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ สำหรับการปฏิบัติงานของพยาบาล (Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2021; Nursing Department, Naresuan University hospital, 2023) มีส่วนช่วยให้พยาบาลได้ทราบแนวทางการปฏิบัติทางเทคนิคและกิจกรรมทางการพยาบาลที่ถูกต้อง ทำให้พยาบาลมั่นใจได้ว่าตนสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพดังที่ เดวิส (Davis, 2014) กล่าวว่า มาตรฐานการปฏิบัติงานเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและเป็นเครื่องมือยืนยันถึงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติที่นั้น ๆ จึงทำให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณสมบัติความสนใจใฝ่รู้ในอาชีพสูง

อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างพยาบาลในงานวิจัยนี้เป็นพยาบาลที่มีอายุงานระหว่าง 1-3 ปี ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นของการประกอบอาชีพ (early career stage) บุคคลที่อยู่ในระยะเริ่มต้นของการประกอบอาชีพมักมุ่งเน้นความสนใจไปที่การเรียนรู้วิธีการปฏิบัติงาน พัฒนาสมรรถนะความชำนาญ เรียนรู้วัฒนธรรมองค์กร วิธีการปรับตัวให้สอดคล้องกับการทำงานของหน่วยงานรวมถึงความคาดหวังของเพื่อนร่วมงานและองค์กร (Greenhaus et al., 2010) พยาบาลที่อยู่ในช่วงเริ่มต้นประกอบอาชีพจึงมีความสนใจที่จะเรียนรู้เทคนิควิธีการปฏิบัติงาน บรรทัดฐานค่านิยม และความคาดหวังขององค์กรเป็นหลัก จึงอาจส่งผลให้พยาบาลกลุ่มนี้ไม่ได้มุ่งความสนใจไปที่การเตรียมตัววางแผนไปถึงเป้าหมายการทำงานในอนาคตมากนัก ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโอกาสในการเข้ารับการอบรม/ประชุมวิชาการ 2 ครั้ง ต่อปี ร้อยละ 27.34 จึงอาจทำให้รู้สึกว่าได้รับการเตรียมตัวในการปฏิบัติงานยังไม่เพียงพอต่อการปรับตัวในอาชีพ และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลชายร้อยละ 11.53 ซึ่งจะมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการกำหนดเป้าหมายเพื่อวางแผนในการสร้างอาชีพของตนเองน้อยกว่าเพศหญิง (Coetzee & Harry, 2014) ด้วยเหตุนี้ จึงอาจส่งผลให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพด้านความตระหนักในอาชีพอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรับรู้ความพึงพอใจในอาชีพอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้หายจากโรคหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย การให้การพยาบาลผู้ป่วยจึงอาจส่งผลให้พยาบาลรับรู้ถึงการทำงานที่สำเร็จลุล่วง เกิดความ



ภาคภูมิใจ และเห็นคุณค่าในการประกอบวิชาชีพพยาบาล ทำให้รู้สึกว่าการพยาบาลที่ได้ปฏิบัตินั้นมีคุณค่าและมีความหมาย ซึ่งอาจช่วยสร้างความพึงพอใจในอาชีพให้แก่พยาบาลได้มากขึ้น ดังที่ เดชา เดชะวัฒน์ไพศาล (Dechawatanapaisal, 2021) กล่าวว่า การทำงานที่มีความหมายจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าในงาน ซึ่งจะช่วยสร้างแรงจูงใจทำให้บุคคลรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง จึงทำให้เกิดความสุข ความอึดอเมใจ และพึงพอใจที่จะทำงานนั้น ๆ อันจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในอาชีพ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่มีอายุงาน 1-3 ปี ซึ่งเป็นพยาบาลที่ได้ผ่านการทดลองงานในช่วง 1 ปีแรก ผ่านการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานจากพี่เลี้ยงให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง และผ่านการประเมินผลการปฏิบัติงานในแต่ละปี ส่งผลให้พยาบาลรับรู้ได้ถึงผลสำเร็จจากงานที่ได้ปฏิบัติ จึงอาจส่งผลให้มีความพึงพอใจในอาชีพเพิ่มขึ้น

ปัจจัยอีกประการหนึ่งที่อาจส่งเสริมให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในอาชีพสูง ได้แก่ การที่พยาบาลได้รับค่าตอบแทนทั้งจากเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่น ๆ อีกทั้งการได้รับอนุมัติค่าตอบแทนกรณีวิชาชีพขาดแคลน และปรับหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่พยาบาล (Faculty of Medicine Naresuan University, 2023) การได้รับค่าตอบแทนที่เพิ่มมากขึ้น อาจเป็นส่วนให้พยาบาลรับรู้ถึงความพึงพอใจในอาชีพเพิ่มขึ้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้ต่อเดือน 25,001- 35,000 บาท ในขณะที่มีอายุงานระหว่าง 1-3 ปี จึงอาจส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในรายได้ที่มีความเหมาะสมกับประสบการณ์และความสามารถของตน ดังที่ อึ้ง และคณะ (Ng et al., 2005) กล่าวว่า การได้รับเงินเดือนหรือค่าตอบแทนจะสะท้อนให้บุคคลรับรู้ถึงความมั่นคง และการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นความสำเร็จในแบบที่เป็นรูปธรรม และการที่บุคคลได้รับค่าตอบแทนที่สูงขึ้นก็จะส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงความสำเร็จที่มากขึ้น อันจะนำไปสู่ความพึงพอใจในอาชีพที่มากขึ้น

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพและความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับปานกลางกับความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพเป็นทรัพยากรภายในตัวบุคคล ซึ่งบุคคลจะใช้เป็นกลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เพื่อปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบทบาททางอาชีพของตน (Savickas, 2005, 2013) ประกอบกับพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีอายุงานระหว่าง 1-3 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ได้ผ่านการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากนักศึกษาสู่การประกอบวิชาชีพพยาบาลอย่างเต็มตัว และเข้าสู่การเป็นพยาบาลรุ่นพี่ที่มีน้องพยาบาลจบใหม่เข้ามาปฏิบัติงาน ในการปฏิบัติงานต้องมีความรับผิดชอบ และมีภาระหน้าที่ที่เพิ่มมากขึ้น พยาบาลกลุ่มนี้จึงต้องตั้งศักยภาพในการปรับตัวมาใช้เพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้ก้าวผ่านอุปสรรคและปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานไปได้ เกิดเป็นการพัฒนาในอาชีพ จึงทำให้มีความรู้สึกถึงความสำเร็จในการทำงานและเกิดความพึงพอใจในอาชีพ สอดคล้องกับโมเดลการปรับตัวเพื่อการสร้างอาชีพที่ ซาวิคกัส (Savickas, 2013) ได้อธิบายไว้ว่า เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการปรับตัว เต็มใจที่จะเผชิญกับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อน ประกอบกับการนำความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพมาใช้เพื่อควบคุมกำกับตนเองให้เกิดการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม จะทำให้เกิดผลลัพธ์ของการปรับตัวซึ่งได้แก่ ความสำเร็จและความพึงพอใจ ดังการศึกษาที่พบว่าความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในอาชีพ (Chouhan, 2022; Khunwongsa, 2016; Tahiry & Ekmekcioglu, 2023)

อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้พบว่า ทั้งสองตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะความพึงพอใจในอาชีพมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นที่นอกเหนือจากความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพ เช่น ลักษณะบุคลิกภาพ (Lounsbury et al., 2007) การสนับสนุนจากหัวหน้าและเพื่อนร่วมงาน (Karatepe & Olugbade,



Career Adaptability and Career Satisfaction of Nurses in University Hospitals in the Northern Region ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพและความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเขตภาคเหนือ

2017) การสนับสนุนจากองค์กร (Karatepe, 2012) ซึ่งควรมีการศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรสร้างไว้ซึ่งการพัฒนาบุคลากรเพื่อส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพของพยาบาล โดยการจัดโครงการปฐมนิเทศให้แก่บุคลากรพยาบาลใหม่ การมีระบบพี่เลี้ยง การจัดโครงการอบรมให้ความรู้ การจัดแผนการฝึกอบรมตามบันไดอาชีพ และการกำหนดมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ สำหรับการปฏิบัติงานของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรมีการวางแผนทิศทางด้านอาชีพให้แก่พยาบาล เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

3. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรสร้างไว้ซึ่งการส่งเสริมให้พยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีความพึงพอใจในอาชีพ โดยส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพ การพิจารณาค่าตอบแทนให้มีความเหมาะสม การพิจารณาการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งอย่างเป็นธรรม และส่งเสริมให้พยาบาลมีโอกาสนำทักษะของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพและความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น

2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

3. ควรศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

References

- Arulsamy, A. S., Singh, I., Kumar, S., Panchal, J. J., & Bajaj, K. K. (2023). Employee training and development enhancing employee performance-A study. *Samdarshi*, 16(3), 406-416.
- Boamah, S. A., Kalu, M. E., Havaei, F., McMillan, K., & Belita, E. (2023). Predictors of nursing faculty job and career satisfaction, turnover intentions, and professional outlook: A national survey. *Healthcare*, 11(14), 2099. <https://doi.org/10.3390/healthcare11142099>
- Chicca, J., & Shellenbarger, T. (2019). A new generation of nurses is here: Strategies for working with Generation Z. *American Nurse Today*, 14(2), 48-51.
- Chouhan, V. S. (2022). Influence of career adaptability on career satisfaction and turnover intention of IT professional. *International Journal of Human Capital and Information Technology Professionals*, 13(1), 1-15. <https://doi.org/10.4018/IJHCITP.303953>
- Coetzee, M., & Harry, N. (2014). Gender and hardiness as predictors of career adaptability: An exploratory study among black call centre agents. *South African Journal of Psychology*, 45(1), 81-92. <https://doi.org/10.1177/0081246314546346>
- Davis, C. (2014). The importance of professional standards. *Nursing Made Incredibly Easy!*, 12(5), 4. <https://doi.org/10.1097/01.NME.0000452691.04516.96>



Career Adaptability and Career Satisfaction of Nurses
in University Hospitals in the Northern Region
ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพและความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาล
ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเขตภาคเหนือ

- Dechawatanapaisal, D. (2021). Meaningful work on career satisfaction: A moderated mediation model of job embeddedness and work-based social support. *Management Research Review*, 44(6), 889-908. <https://doi.org/10.1108/MRR-06-2020-0308>
- Faculty of Medicine Naresuan University. (2023). *Annual report 2023*. https://med.nu.ac.th/home/eBooks/index.php?name=annual_report_2566 (in Thai)
- Greenhaus, J. H., Callanan, G. A., & Godshalk, V. M. (2010). *Career management* (4th ed.). Sage Publications.
- Greenhaus, J. H., Parasuraman, S., & Wormley, W. M. (1990). Effects of race on organizational experience, job performance evaluations, and career outcomes. *Academy of Management Journal*, 33(1), 64-86. <https://doi.org/10.2307/256352>
- Hertzog, M. A. (2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in Nursing & Health*, 31(2), 180-191. <https://doi.org/10.1002/nur.20247>
- Hfocus. (2024). *Recommendation from the nursing and midwifery council to Dr. Chonnan to solve the nursing shortage crisis. 'Advancement, compensation, workload'*. <https://www.hfocus.org/content/2024/02/29878> (in Thai)
- Joy, M. (2021). A conceptual analysis on career satisfaction and its bearing on the employee and the organization. *Kristu Jayanti Journal of Humanities and Social Sciences*, 1(1), 1-3. <https://www.kristujayantijournal.com/index.php/ijss/article/view/1297/1623>
- Karatepe, O. M. (2012). Perceived organizational support, career satisfaction, and performance outcomes: A study of hotel employees in Cameroon. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 24(5), 735-752. <https://doi.org/10.1108/09596111211237273>
- Karatepe, O. M., & Olugbade, O. A. (2017). The effects of work social support and career adaptability on career satisfaction and turnover intentions. *Journal of Management & Organization*, 23(3), 337-355. <https://doi.org/10.1017/jmo.2016.12>
- Khunwongsa, A. (2016). *The causal relationship of adaptive career behaviors that affect career satisfaction among teachers in the basic education commission: Problems, barriers and the need to promote career adaptation* [Doctoral dissertation, Srinakharinwirot University]. <http://bsris.swu.ac.th/thesis/53199120033RB9992549f.pdf> (in Thai)
- Kuewong, G., & Oumtanee, A. (2017). Stress of newly graduated nurses working at an intensive care unit. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(Suppl.), 158-165. (in Thai)
- Lopez, E. N. B., & Abadiano, M. N. (2023). Understanding generation Z, the new generation of learners: A technological-motivational-learning theory. *Journal of Harbin Engineering University*, 44(10), 770-784.
- Lounsbury, J. W., Moffitt, L., Gibson, L. W., Drost, A. W., & Stevens, M. (2007). An investigation of personality traits in relation to the job and career satisfaction of information technology professionals. *Journal of Information Technology*, 22(2), 174-183. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jit.2000094>



Career Adaptability and Career Satisfaction of Nurses
in University Hospitals in the Northern Region
ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพและความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาล
ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเขตภาคเหนือ

- Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2021). *Self-assessment report 2020*. Quality improvement center, Faculty of Medicine Chiang Mai University. (in Thai)
- Mahmood, R. (2022). *Importance of human resources for development of employees*. https://www.researchgate.net/publication/366177647_Importance_of_Human_Resources_for_Development_of_Employees
- Ng, T. W. H., Eby, L. T., Sorensen, K. L., & Feldman, D. C. (2005). Predictors of objective and subjective career success: A meta-analysis. *Personnel Psychology, 58*(2), 367-408. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2005.00515.x>
- Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2021). *Standards-Guideline*. Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (in Thai)
- Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2022). *Advance beginner nursing management 2565*. <https://w2.med.cmu.ac.th/nd/advance-beginner-nursing-management-2565/> (in Thai)
- Nursing Department, Naresuan University Hospital. (2023). *Guideline for peripheral vein opening*. Naresuan University hospital. (in Thai)
- Nursing Department, Naresuan University Hospital. (2024). *News Faculty of Medicine Naresuan University*. https://med.nu.ac.th/home/index.php?language=th&mod=more_list&getGroupID=1 (in Thai)
- Onyishi, I. E., Enwereuzor, I. K., Ogbonna, M. N., Ugwu, F. O., & Amazue, L. O. (2019). Role of career satisfaction in basic psychological needs satisfaction and career commitment of nurses in Nigeria: A self-determination theory perspective. *Journal of Nursing Scholarship, 51*(4), 471-479. <https://doi.org/10.1111/jnu.12474>
- Saengcharnchai, U. (2024). Nursing shortage: Thai public health problems and policy proposals. *Academic Graduate Journal, 2*(2), 26-36. (in Thai)
- Savickas, M. L. (2005). The theory and practice of career construction. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Career development and counseling: Putting theory and research to work* (pp. 42–70). John Wiley & Sons.
- Savickas, M. L. (2013). Career construction theory and practice. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Career development and counseling: Putting theory and research to work* (2nd ed., pp. 147-183). John Wiley & Sons.
- Savickas, M. L. (2020). Career construction theory and counseling model. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Career development and counseling: Putting theory to work* (3rd ed., pp. 165–199). John Wiley Sons.
- Savickas, M. L., & Porfeli, E. J. (2012). Career adapt-abilities scale: Construction, reliability, and measurement equivalence across 13 countries. *Journal of Vocational Behavior, 80*(3), 661-673. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2012.01.011>



Career Adaptability and Career Satisfaction of Nurses
in University Hospitals in the Northern Region
ความสามารถในการปรับตัวด้านอาชีพและความพึงพอใจในอาชีพของพยาบาล
ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเขตภาคเหนือ

- Sibunruang, H., Garcia, P. R. J. M., & Tolentino, L. R. (2016). Ingratiation as an adapting strategy: Its relationship with career adaptability, career sponsorship, and promotability. *Journal of Vocational Behavior, 92*, 135–144. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2015.11.011>
- Singh, A. P., & Dangmei, J. (2016). Understanding the generation Z: The future workforce. *South-Asian Journal of Multidisciplinary Studies, 3*(3), 1-5.
- Spurk, D., Abele, A. E., & Volmer, J. (2011). The career satisfaction scale: Longitudinal measurement invariance and latent growth analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 84*(2), 315–326. <http://doi.org/10.1111/j.2044-8325.2011.02028.x>
- Srisatidnarukul, B. (2020). *Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using G*Power software*. Chula Press. (in Thai)
- Tahiry, M. A., & Ekmekcioglu, E. B. (2023). Supervisor support, career satisfaction, and career adaptability of healthcare sector employees. *Vilakshan-XIMB Journal of Management, 20*(2), 292-301. <https://doi.org/10.1108/XJM-09-2021-0247>
- The active. (2024). *Somsak discusses with the nursing and midwifery council to solve the nursing shortage problem*. <https://theactive.net/news/public-health-20240715/> (in Thai)
- Wankate, S. (2015). *Government hospital in Thailand*. <https://www.cssd-gotoknow.org/2015/01/blog-post.html> (in Thai)
- World Health Organization. (2010). Translation and linguistic evaluation protocol and supporting material. *Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS, 2*, 1-8. <https://terrance.who.int/mediacentre/data/WHODAS/Guidelines/WHODAS%202.0%20Translation%20guidelines.pdf>



Effectiveness of the Catheter-Associated Urinary Tract Infection Prevention Program Among Nurses in Female Medical Wards*
 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับ
 การคาสายสวนปัสสาวะในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง*

Thanyapat	Laophichianphong**	ฉัญพัฒน์	เหล่าพิเชียรพงษ์**
Nongyao	Kasatpibal***	นงเยาว์	เกษตร์ภิบาล***
Nongkran	Viseskul****	นงศ์คราญ	วิเศษกุล****

Abstract

Catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) is a significant problem which increases costs and mortality rates for patients. Nurses are important in preventing such infections. This quasi-experimental research aimed to determine the effectiveness of a CAUTI prevention program on knowledge, practices, and CAUTI incidence in a secondary hospital. The participants consisted of 30 nurses working in two female medical wards. The research instruments included the CAUTI prevention program, a demographic data questionnaire, a knowledge test, a practice observational recording form, and a CAUTI incidence form. The data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon signed rank test, chi-square test, and Fisher exact test.

The results of the study revealed that after implementing the prevention program, the participants significantly increased their median knowledge scores for prevention of CAUTI from before implementation, from 12.00 to 19.00 out of 20.00 points ($Z = -4.801, p < 0.001$), and the proportion of correct practices on prevention of CAUTI significantly increased from those before implementation, from 73.00% to 98.05% ($\chi^2 = 782.139, p < 0.001$). The incidence of CAUTI decreased from 4.37 to 1.23 per 1,000 catheter days, resulting in a reduction of 3.55 times.

The results of this study demonstrate that the CAUTI prevention program could enhance nurses' knowledge and prevention practices, and reduce the incidence of CAUTI. This program should continue to be used to prevent such infections.

Keywords: Catheter-associated urinary tract infection; Effectiveness; Nurses; Prevention program

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
 e-mail: thanyapat_lao@cmu.ac.th

*** Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 1 June 2024; Revised 28 November 2024; Accepted 30 November 2024



Effectiveness of the Catheter-Associated Urinary Tract Infection Prevention Program Among Nurses in Female Medical Wards

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ เป็นปัญหาสำคัญส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น พยาบาลมีส่วนสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อดังกล่าว การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะต่อความรู้ การปฏิบัติของพยาบาล และอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 แห่ง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติ และแบบบันทึกอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Wilcoxon signed rank test, chi-square test และ Fisher exact test.

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากดำเนินโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐานความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ มากกว่าก่อนการดำเนินโปรแกรมจาก 12.00 คะแนน เป็น 19.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20.00 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.801, p < 0.001$) และสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะถูกต้องมากกว่าก่อนดำเนินโปรแกรมจากร้อยละ 73.00 เป็นร้อยละ 98.05 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 782.139, p < 0.001$) และอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะลดลงจาก 4.37 ครั้ง เป็น 1.23 ครั้งต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ โดยลดลง 3.55 เท่า การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ทำให้พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติเพิ่มขึ้น และช่วยลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ต่อไป เพื่อป้องกันการติดเชื้อดังกล่าว

คำสำคัญ: การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ประสิทธิภาพ พยาบาล โปรแกรมการป้องกัน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: thanyapat_lao@cmu.ac.th

*** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 1 มิถุนายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 28 พฤศจิกายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 30 พฤศจิกายน 2567



Effectiveness of the Catheter-Associated Urinary Tract Infection Prevention Program Among Nurses in Female Medical Wards

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อในโรงพยาบาล (hospital-associated infection: HAI) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น อัตราป่วยและอัตราการตายสูงขึ้น จากการศึกษาของประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับการคาสายสวนปัสสาวะถึงร้อยละ 12-16 ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (National Healthcare Safety Network [NHSN], 2020) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะส่วนมากพบในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง (Bizuyehu et al., 2022) โดยความชุกของการติดเชื้อในประเทศที่กำลังพัฒนาสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mong et al., 2022)

จากการรวบรวมข้อมูลของสมาคมโรคติดเชื้อนานาชาติ (International Society for Infectious Disease: ISID) พบว่า การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในประเทศสหรัฐอเมริกา ทวีปยุโรป และกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 12.9, 19.6 และ 24 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลตามลำดับ (Nicastri & Leone, 2018) โดยพบอุบัติการณ์ 3.3 ครั้ง ต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ (Chuang & Tambyah, 2021) สอดคล้องกับรายงานข้อมูลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของยุโรป พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ 3.6 ครั้ง ต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ (ECDC, 2020) ส่วนข้อมูลการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2563-2565 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อมากเป็นอันดับหนึ่งของการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยพบมากที่สุดที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เท่ากับ 7.02, 6.05 และ 7.04 ต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะตามลำดับ (Infection Prevention and Control Unit at a General Hospital, 2022)

การทบทวนรายงานการศึกษาโดยหน่วยงานวิจัยสุขภาพและคุณภาพ (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ) ประเทศสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 2017 พบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 1.50 เท่า (RR = 1.50, 95% CI = 1.06–2.11) ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเพิ่มขึ้น 13,793 ดอลลาร์สหรัฐต่อราย (AHRQ, 2017) ส่วนการศึกษาในประเทศอังกฤษ พบผู้ป่วยที่ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเสียชีวิตมากกว่า 1.1 ล้านรายต่อปี และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาประมาณ 27.7 ล้านปอนด์ต่อปี (Smith et al., 2019) สำหรับประเทศไทย การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบว่า ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 20 (Kotikula & Chaiwarith, 2018)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ มีหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ และโรคประจำตัว ปัจจัยด้านเชื้อก่อโรค ได้แก่ เชื้อจุลชีพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วยเอง เชื้อจุลชีพที่อยู่ภายนอก และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่ไม่ถูกต้อง เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่ปราศจากเชื้อ และพื้นผิวของสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อน เป็นต้น (Anothayanonth, 2020) อย่างไรก็ตาม การติดเชื้อนี้สามารถป้องกันได้โดยการที่บุคลากรทีมสุขภาพปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ดังการศึกษาที่พบว่า การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ ช่วยลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะได้จาก 3.25 เหลือ 1.70 ครั้ง ต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ (Chantha-teero et al., 2022)

จากการศึกษาในประเทศยูเครน ประเทศอียิปต์ และประเทศเอธิโอเปีย พบว่า พยาบาลปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะได้ถูกต้องอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 89.9



Effectiveness of the Catheter-Associated Urinary Tract Infection Prevention Program Among Nurses in Female Medical Wards

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

(Babecka & Gulasova, 2022) ร้อยละ 83.9 (Algarni et al., 2019) และร้อยละ 50.0 (Zegeye et al., 2023) ตามลำดับ สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งพบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะได้ถูกต้องโดยรวมร้อยละ 99.20 เมื่อพิจารณารายด้าน ได้แก่ การพิจารณาผู้ป่วยเพื่อคาสายสวนปัสสาวะ การเตรียมอุปกรณ์ การสวนปัสสาวะ วิธีการสวนปัสสาวะ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ การเก็บน้ำปัสสาวะเพื่อส่งตรวจ และการถอดสายสวนปัสสาวะ พยาบาลปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 100.00, 94.60, 99.71, 98.90, 100.00, 99.40 และ 99.10 ตามลำดับ (Wongkeju et al., 2019)

การที่พยาบาลปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อไม่ถูกต้อง อาจเกิดจากการขาดความรู้ที่ถูกต้อง ดังการศึกษาในประเทศยูเครนและประเทศอียิปต์ พบว่า พยาบาลมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 77.8 (Babecka & Gulasova, 2022) และร้อยละ 62.8 (Algarni et al., 2019) ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศอินเดียที่พบว่า พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะอยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 8.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 16.0 คะแนน (Ravindra et al., 2019)

การส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติให้แก่พยาบาลในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะจึงมีความสำคัญ จากรายงานการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบพบว่า การอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่องและการศึกษาด้วยตนเองจะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้องในพยาบาล (Alsolami & Tayyib, 2024) สอดคล้องกับทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรม (Diffusion of Innovation Theory) ของ โรเจอร์ (Rogers, 2003) ที่เชื่อว่าการเผยแพร่นวัตกรรมด้วยวิธีการใหม่ ๆ โดยมีการสื่อสารที่เหมาะสมกับระยะของการนำไปใช้ จะช่วยให้บุคคลากรเกิดการยอมรับและปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาที่นำทฤษฎีดังกล่าวไปใช้ในการส่งเสริมการปฏิบัติ พบว่า พยาบาลมีการทำความสะอาดช่องปากและฟันถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.0-71.0 เป็นร้อยละ 92.0-98.3 (Panploy et al., 2019) และส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 10.60 ครั้ง เหลือ 3.64 ครั้ง ต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Kessimma, 2023)

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะโดยใช้ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของ โรเจอร์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การให้ความรู้ 2) การโน้มน้าวจิตใจ 3) การตัดสินใจ 4) การนำไปใช้ และ 5) การยืนยันการนำไปใช้ (Rogers, 2003) ในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ นำไปสู่การลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ อันจะส่งผลให้ลดผลกระทบจากการติดเชื้อมากต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ระหว่างก่อนและหลังได้ดำเนินการใช้โปรแกรม



Effectiveness of the Catheter-Associated Urinary Tract Infection Prevention Program Among Nurses in Female Medical Wards

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะหลังได้รับโปรแกรมของพยาบาล มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลหลังได้รับโปรแกรม มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. อุบัติการณ์การติดเชื้อหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, 2022) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) การเตรียมอุปกรณ์ 2) วิธีการสวนปัสสาวะ 3) การดูแลสายสวนปัสสาวะ 4) การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ 5) การเก็บปัสสาวะส่งตรวจ และ 6) การถอดสายสวนปัสสาวะ และประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเผยแพร่วัฒนธรรมของ โรเจอร์ (Rogers, 2003) ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การให้ความรู้ (knowledge) โดยใช้วิธีการบรรยายประกอบสื่อการสอนโปรแกรมพาวเวอร์พอยท์ และทบทวนความรู้โดยจัดทำคู่มือการปฏิบัติในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (e-book) อีกทั้งการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ 2) การโน้มน้าวจิตใจ (persuasion) พูดคุยกับพยาบาลเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับข้อดีของการปฏิบัติ 3) การตัดสินใจ (decision) ประชุมและสนทนากับพยาบาลเพื่อหาข้อตกลงร่วมกันของหน่วยงาน 4) การนำไปใช้ (implementation) ติดตามและสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลร่วมกับหาแนวทางแก้ไขในขั้นตอนที่พยาบาลยังปฏิบัติไม่ถูกต้องเป็นรายบุคคล และให้กำลังใจแก่พยาบาลเพื่อให้พยาบาลเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และ 5) การยืนยันการนำไปใช้ (confirmation) โดยจัดประชุมร่วมกับพยาบาลเพื่อสรุปผลการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติ

ทั้งนี้ การดำเนินโปรแกรมค่านึงถึงองค์ประกอบของทฤษฎี ซึ่งประกอบด้วย 1) นวัตกรรม โดยการใช้กระบวนการ ขั้นตอนซึ่งเป็นกระบวนการที่ใหม่สำหรับพยาบาลในการป้องกันการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ และการจัดทำคู่มือทบทวนการปฏิบัติในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ 2) การสื่อสาร โดยการเปิดโอกาสให้พยาบาลได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) เวลา โดยกำหนดระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนให้เหมาะสม เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และ 4) ระบบสังคม โดยให้พยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาาร่วมกัน ซึ่งหากพยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 จำนวน 30 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) จากหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 จำนวน 15 คน และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 จำนวน 15 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้



Effectiveness of the Catheter-Associated Urinary Tract Infection Prevention Program Among Nurses in Female Medical Wards

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

1) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 และ 2 อย่างน้อย 6 เดือน 2) ยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) พยาบาลที่อยู่ในช่วงลาศึกษาต่อหรือลาคลอด 2) หัวหน้าหอผู้ป่วย และเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนของโปรแกรม 2) ย้ายหน่วยงานหรือลาออกก่อนที่จะเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องเสร็จ และ 3) ขอลอนตัวการเข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยโปรแกรม G*Power (Erdfelder et al., 1996) กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 ขนาดอิทธิพลที่ต้องการศึกษา (effect size) .50 กำหนดจากการศึกษาที่ผ่านมา (Panploy et al., 2019) ซึ่งถือเป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Cohen, 1988) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Burns & Grove, 2009) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน และได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 10 (Burns & Grove, 2009) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน

หน่วยของการวิเคราะห์ในการวิจัยครั้งนี้ คือ จำนวนเหตุการณ์ในแต่ละกิจกรรม การสังเกตในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณจากผลการวิจัยเรื่อง ผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว (Kumkoom et al., 2017) โดยสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้องก่อนการโค้ชและหลังจากการโค้ชคิดเป็นร้อยละ 74.25 เป็นร้อยละ 97.66 ตามลำดับ ผู้วิจัยกำหนดความเชื่อมั่น 95% และอำนาจการทดสอบ 80% ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้จำนวนเหตุการณ์ที่ต้องสังเกตแต่ละกิจกรรมอย่างน้อย 19 เหตุการณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ พัฒนาจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเผยแพร่วัฒนธรรมของ โรเจอร์ (Rogers, 2003) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้ เพื่อให้พยาบาลเกิดความตระหนักและเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ โดยมีสื่อการสอน ได้แก่

1) แผนการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ตามแนวปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2022) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้วิธีการบรรยายประกอบสื่อการสอนโปรแกรมพาวเวอร์พอยท์ และยกตัวอย่าง ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ โดยประเด็นในการให้ความรู้ ประกอบด้วย 1) ความหมายของการติดเชื้อ 2) ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 3) กลไกการติดเชื้อ 4) การเลือกผู้ป่วยเพื่อคาสายสวนปัสสาวะ 5) การเตรียมอุปกรณ์การสวนปัสสาวะ 6) วิธีการสวนปัสสาวะ 7) การดูแลสายสวนปัสสาวะ 8) การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ 9) การเก็บปัสสาวะส่งตรวจ และ 10) การถอดสายสวนปัสสาวะ นอกจากนี้ ผู้วิจัยสาคิดการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ประกอบด้วย 1) การเตรียมอุปกรณ์ 2) วิธีการสวนปัสสาวะ 3) การดูแลสายสวนปัสสาวะ 4) การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ 5) การเก็บปัสสาวะส่งตรวจ และ 6) การถอดสายสวนปัสสาวะ

2) คู่มือเรื่องการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ที่พัฒนาจากแนวการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ เนื้อหาประกอบด้วย สถานการณ์การติดเชื้อ รวมถึงกลไกการติดเชื้อ ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ผลกระทบจากการติดเชื้อ และการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์



Effectiveness of the Catheter-Associated Urinary Tract Infection Prevention Program Among Nurses in Female Medical Wards

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

กับการคาสายสวนปัสสาวะ (CDC, 2022)

3) โปสเตอร์เตือน มีลักษณะเป็นข้อความกระตุ้นการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก มีรูปภาพและสีสันท่าให้สะดุดตา เป็นที่สนใจต่อผู้พบเห็น ประกอบจัดพิมพ์บนกระดาษขนาด A4 (21.0-29.7 เซนติเมตร) เช่น ล้างมือทุกครั้งก่อนสัมผัสสายสวนปัสสาวะ ระวังการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

ขั้นตอนที่ 2 การโน้มน้าวจิตใจ พูดคุยกับพยาบาลเป็นรายบุคคล จำนวน 1 ครั้ง ต่อคน ชี้ให้เห็นข้อดีของปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับการนิเทศติดตามการปฏิบัติของพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจ ประชุมและสนทนากับพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงเพื่อหาข้อตกลงร่วมกันของหน่วยงาน จำนวน 1 ครั้งต่อกลุ่ม รวม 6 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 4 การนำไปใช้ โดยการติดตามและสังเกตการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง โดยกล่าวคำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง หากปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับแบบเป็นทางการ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลจนกว่าจะสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องทุกขั้นตอน นอกจากนี้ ยังให้กำลังใจแก่พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 5 การยืนยันการนำไปใช้ จัดประชุมร่วมกับพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงเพื่อสรุปภาพรวมของปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ พร้อมทั้งสรุปปัญหาและอุปสรรคที่พบ จำนวน 1 ครั้ง ต่อกลุ่ม รวม 6 ครั้ง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งงาน ข้อมูลการได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ แหล่งที่ได้รับความรู้ในการปฏิบัติงาน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบปลายเปิด และปลายปิด

2) แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ดัดแปลงจากแบบวัดของ อิฐฐาพร คำกุ่ม และคณะ (Kumkoom et al., 2017) ประกอบด้วย สถานการณ์การติดเชื้อกลไกการติดเชื้อ ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ผลกระทบจากการติดเชื้อ และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การเลือกผู้ป่วยเพื่อใส่สายสวนปัสสาวะ การเตรียมอุปกรณ์การสวนปัสสาวะ วิธีการสวนปัสสาวะ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ แบบวัดเป็นแบบปรนัย เลือกตอบ 4 ตัวเลือก คำตอบถูกให้ 1 คะแนน คำตอบผิด 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) ความหมายของการติดเชื้อ 1 ข้อ 2) ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 2 ข้อ 3) กลไกการติดเชื้อ 2 ข้อ 4) การเลือกผู้ป่วยเพื่อใส่สายสวนปัสสาวะ 1 ข้อ 5) การเตรียมอุปกรณ์การสวนปัสสาวะ 2 ข้อ 6) วิธีการสวนปัสสาวะ 2 ข้อ 7) การดูแลสายสวนปัสสาวะ 6 ข้อ 8) การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ 3 ข้อ และ 9) ข้อไม่ควรปฏิบัติ 1 ข้อ

3) แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะดัดแปลงจากแบบบันทึกของ อิฐฐาพร คำกุ่ม และคณะ (Kumkoom et al., 2017) ประกอบด้วย 6 หมวดกิจกรรม ตามแนวปฏิบัติของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2022) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) การเตรียมอุปกรณ์ 2) วิธีการสวนปัสสาวะ 3) การดูแลสายสวนปัสสาวะ 4) การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ 5) การเก็บปัสสาวะส่งตรวจ และ 6) การถอดสายสวนปัสสาวะ แบบสังเกตมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) ประกอบด้วยการบันทึกเกี่ยวกับวันที่ เวลาที่สังเกตรหัสพยาบาล กิจกรรมที่ปฏิบัติ และรายละเอียดของการปฏิบัติในแต่ละกิจกรรมโดยใช้วิธีการทำเครื่องหมาย



Effectiveness of the Catheter-Associated Urinary Tract Infection Prevention Program Among Nurses in Female Medical Wards
ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

✓ ลงในช่องว่าง ว่าปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตรงกับกิจกรรมที่สังเกตโดยให้ความหมาย ดังนี้ ปฏิบัติ หมายถึง ปฏิบัติถูกต้องในกิจกรรมที่สังเกต ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้องในกิจกรรมที่สังเกต

4) แบบบันทึกปฏิบัติการการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการเติมข้อความ และบันทึกปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ เพศ อาการสำคัญที่นำส่งโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม วันที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล วันที่เข้ารับการรักษารักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง อาการและการแสดงของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ การใส่สายสวนปัสสาวะ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาที่ได้รับ ข้อบ่งชี้ของการคาสายสวนปัสสาวะ สรุปการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ เหตุผลที่ต้องใส่สายสวนปัสสาวะ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (CDC, 2022)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมป้องกันการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ และแบบบันทึกปฏิบัติการการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อ จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญการใช้ทฤษฎีการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ จำนวน 2 ท่าน

หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยแบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.94 และแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95 จึงนำมาใช้ในการวิจัย

ความเชื่อมั่น (reliability)

1. ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ ไปทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของการวิจัย จำนวน 15 คน หลังจากนั้น นำคะแนนที่ได้รับจากการทดสอบมาคำนวณหาค่าความน่าเชื่อถือ โดยใช้สูตร KR 20 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

2. ผู้วิจัยได้นำแบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ไปทดลองใช้ โดยร่วมสังเกตกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อ ดำเนินการสังเกตพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 10 เหตุการณ์ โดยผู้วิจัยและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญต่างทำการบันทึกผลการสังเกตแยกจากกันอย่างเป็นอิสระ หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากการสังเกตของทั้งสองคนมาเปรียบเทียบและคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต พบว่าค่าความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 051/2566 รหัสโครงการ 2566-EXPO26 และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลที่ศึกษา หมายเลขใบรับรอง 29/2566 ภายหลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม และหัวหน้า



Effectiveness of the Catheter-Associated Urinary Tract Infection Prevention Program Among Nurses in Female Medical Wards

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

งานควบคุมการติดเชื้อ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการนำผลการวิจัยไปใช้ โดยเน้นย้ำว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตามความสมัครใจ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการรักษาความเป็นส่วนตัว และการปกปิดข้อมูล โดยจัดเก็บข้อมูลในตู้เอกสารที่มีกุญแจล็อกในห้องทำงานของงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลที่ศึกษา ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลที่สามารถสืบย้อนไปถึงกลุ่มตัวอย่างในเครื่องมือเก็บข้อมูล แต่ใช้รหัสแทน ข้อมูลที่ได้นำมาแปลผลและวิเคราะห์ในภาพรวม เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลทั้งหมดภายใน 2 ปี หลังจากได้รับการเผยแพร่ผลการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในแบบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน เป็นการเก็บข้อมูลในพยาบาลและผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ และบันทึกอุบัติการณ์ ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ดังรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ แก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบเรียบร้อยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามในซองและปิดผนึกลงในกล่องรับแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และบันทึกข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ในสัปดาห์ที่ 1-4

3. ผู้วิจัยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participatory observation) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล โดยทำการสุ่มเวลาและเหตุการณ์ตามแบบสังเกตการปฏิบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยผู้วิจัยควบคุมการแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำที่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้วิจัยในกลุ่มตัวอย่าง (hawthorne effect) โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสังเกต แต่ไม่มีการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสร้างความคุ้นเคยแก่กลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 2 จึงเริ่มสังเกต และบันทึกข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 จนครบ 4 สัปดาห์

ระยะที่ 2 ขึ้นดำเนินการตามโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ใช้ระยะเวลา 28 วัน โดยการดำเนินการตามโปรแกรม ที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้ (2 สัปดาห์)

โดยการบรรยาย สาธิต และสาธิตย้อนกลับ ให้คู่มือ และฝึกปฏิบัติตามโปรแกรม ผู้วิจัยคอยให้คำชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง ให้กำลังใจ ชื่นชมและเห็นคุณค่าจากการปฏิบัติได้ถูกต้อง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละ 4-5 คน แต่ละกลุ่มได้รับความรู้ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยใช้เวลาขณะที่กลุ่มตัวอย่างมีเวลาว่างจากภาระงาน

ขั้นตอนที่ 2 การโน้มน้าวจิตใจ (2 วัน)

ผู้วิจัยเข้าพบและสนทนากับพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยใช้เวลาสนทนากับพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ประมาณ 40 ถึง 60 นาที เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติมากขึ้น โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจกับผู้วิจัย แล้วจึงสอบถามเกี่ยวกับปัญหา หรืออุปสรรคจากการปฏิบัติในการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และให้ข้อมูลแก่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อดีของการ



Effectiveness of the Catheter-Associated Urinary Tract Infection
Prevention Program Among Nurses in Female Medical Wards
ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับ
การคาสายสวนปัสสาวะในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

ปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจ (1 วัน)

ผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันของหน่วยงานเกี่ยวกับปัญหา และอุปสรรคจากการปฏิบัติ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ และสรุปมติในที่ประชุมเกี่ยวกับการตัดสินใจของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ

ขั้นตอนที่ 4 การนำไปใช้ (2 สัปดาห์ 6 วัน)

ผู้วิจัยติดตาม และสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ ของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับทางบวก และให้กำลังใจแก่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องทุกขั้นตอนตามแนวปฏิบัติ หากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับแบบเป็นทางการ จากนั้นเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน จนกว่าจะสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น เพื่อให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ อย่างถูกต้องและต่อเนื่องตลอดไป

ขั้นตอนที่ 5 การยืนยันการนำไปใช้ (1 วัน)

ผู้วิจัยประชุมกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างในการสรุปปัญหา และอุปสรรคที่พบจากการนำโปรแกรมไปใช้ ตามมติที่ประชุม และทำการประชุมอีกครั้งเพื่อยืนยันการนำโปรแกรมไปใช้ สรุปมติในที่ประชุมในการตัดสินใจของพยาบาลในการนำโปรแกรมไปปฏิบัติ

ระยะที่ 3 การประเมินผล (4 สัปดาห์)

ภายหลังการดำเนินตามโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ ผู้วิจัยประเมินผลด้วยการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง และบันทึกการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วย เช่นเดียวกับในระยะที่ 1 และประเมินความรู้ในสัปดาห์สุดท้าย โดยให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้ในการป้องกันการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปตามรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test เนื่องจากทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ
3. เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Chi-square test และสถิติ Fisher exact test
4. เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ โดยคำนวณเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ ดังนี้

$$= \frac{\text{อุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ ก่อนการทดลอง}}{\text{อุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ หลังการทดลอง}}$$



Effectiveness of the Catheter-Associated Urinary Tract Infection Prevention Program Among Nurses in Female Medical Wards
ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 31.70 ปี โดยมีช่วงอายุระหว่าง 21-30 ปี มากที่สุดร้อยละ 63.30 และสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1-23 ปี มีพื้นฐาน 6.50 ปี โดยปฏิบัติงานนานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป มากที่สุดร้อยละ 30.00 มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงตั้งแต่ 1-23 ปี มีพื้นฐาน 6 ปี โดยปฏิบัติงานนาน 5-7 ปี มากที่สุดร้อยละ 30.00 ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมอบรม/สัมมนาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 83.33 แต่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 90.00 ซึ่งแหล่งที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้มากที่สุด คือ หนังสือหรือตำราวิชาการ ร้อยละ 74.07 รองลงมา คือ การประชุมภายในหน่วยงาน ร้อยละ 66.67 และจากสื่อออนไลน์/อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 62.96 โดยมีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ที่สำคัญ คือ มีคู่มือ/แนวปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่เพียงพอร้อยละ 46.15

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐานความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หลังการใช้โปรแกรม มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนมัธยฐานความรู้เพิ่มจาก 12.00 คะแนน เป็น 19.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ($n = 30$)

ความรู้	คะแนนเต็ม	คะแนน		Median	Wilcoxon signed ranks test	
		ต่ำสุด	สูงสุด		Z	p-value
หลังการใช้โปรแกรม	20	16	20	19.00		

3. เปรียบเทียบสัดส่วนและร้อยละการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ถูกต้องเพิ่มขึ้นในทุกหมวดกิจกรรม ได้แก่ การเตรียมอุปกรณ์การสวนปัสสาวะ วิธีการสวนปัสสาวะ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ การเก็บปัสสาวะส่งตรวจ และการถอดสายสวนปัสสาวะ โดยปฏิบัติถูกต้องจากร้อยละ 69.13, 73.02, 77.27, 75.00, 67.69 และ 78.47 เป็นร้อยละ 97.64, 97.21, 99.27, 100.00, 98.70 และ 98.55 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2



Effectiveness of the Catheter-Associated Urinary Tract Infection Prevention Program Among Nurses in Female Medical Wards
ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง ใน 6 หมวดกิจกรรม

การปฏิบัติ	การปฏิบัติที่ถูกต้อง		χ^2	p-value
	ก่อน	หลัง		
	การใช้โปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)	การใช้โปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)		
หมวดที่ 1 การเตรียมอุปกรณ์การสวนปัสสาวะ	542/784 (69.13)	578/592 (97.64)	180.952	<.001
หมวดที่ 2 วิธีการสวนปัสสาวะ	1,104/1,512 (73.02)	1,116/1,148 (97.21)	276.746	<.001
หมวดที่ 3 การดูแลสายสวนปัสสาวะ	503/651 (77.27)	684/689 (99.27)	160.305	<.001
หมวดที่ 4 การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ	15/20 (75.00)	21/21 (100.00)	-	.021 ^a
หมวดที่ 5 การเก็บปัสสาวะส่งตรวจ	176/260 (67.69)	227/230 (98.70)	80.332	<.001
หมวดที่ 6 การถอดสายสวนปัสสาวะ	226/288 (78.47)	339/344 (98.55)	66.654	<.001
รวม	2,566/3,515 (73.00)	2,965/3,024 (98.05)	782.139	<.001

หมายเหตุ ตัวเลขเศษ คือ จำนวนครั้งที่ปฏิบัติถูกต้อง ตัวเลขส่วน คือ จำนวนเหตุการณ์ที่สังเกตทั้งหมด

a = Fisher exact test

4. เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม โดยก่อนการใช้โปรแกรม อุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ คิดเป็น 4.37 ครั้งต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ และหลังการใช้โปรแกรม พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ คิดเป็น 1.23 ครั้ง ต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ โดยอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ ลดลง 3.55 เท่า ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ระยะของการศึกษา	จำนวนครั้งของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ (ครั้ง)	จำนวนวันรวมที่คาสายสวนปัสสาวะ (วัน)	อุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ (ครั้งต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนปัสสาวะ)
ก่อนการใช้โปรแกรม	3	686	4.37
หลังการใช้โปรแกรม	1	815	1.23



การอภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ภายหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ พบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนมัธยฐานของความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนมัธยฐานความรู้ก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 12.00 และหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 19.00 คะแนน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 โดยพบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง คือ ร้อยละ 53.34 มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ไม่เพียงพอ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมอบรม/สัมมนาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา มากถึงร้อยละ 83.33 และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ร้อยละ 90.00 มีปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุด คือ มีคู่มือ/แนวทางการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ ไม่เพียงพอร้อยละ 46.15 ภายหลังจากการได้รับโปรแกรม ที่ให้ความรู้ทั้งการบรรยาย สาธิต สาธิตย้อนกลับ รวมทั้งฝึกปฏิบัติ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่เพิ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

หลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนความรู้ในระดับสูง เป็นผลมาจากการส่งเสริมความรู้ตามทฤษฎีการเผยแพร่วัฒนธรรมของ โรเจอร์ (Rogers, 2003) โดยผู้วิจัยได้นำกระบวนการมาปรับใช้ในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจและเกิดความอยากเรียนมากขึ้น ซึ่งวิธีการใช้งานและทบทวนความรู้จากคู่มือการปฏิบัติในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ด้วยตนเองนั้นเป็นสิ่งใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อนและสะดวกต่อการนำไปใช้ โดยหากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจก็สามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองได้ทุกที่ ทุกเวลาอย่างต่อเนื่อง (Viseskul, 2019)

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 63.34 มากที่สุด จึงมีความพร้อมในการเรียนรู้เนื้อหาที่ตนเองสนใจ และมุ่งมั่นในการเรียนรู้เพื่อนำไปใช้ในการจัดการกับปัญหาขณะปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม (Knowles et al., 2005) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีความสนใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เพื่อนำไปปฏิบัติให้ถูกต้องและลดการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ต้องใส่สายสวนปัสสาวะโดยการคาสายสวนปัสสาวะ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เมเนเกติ และคณะ (Menegueti et al., 2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับสายสวนในระยะยาวในผู้ป่วยวิกฤต โดยการให้ความรู้และการฝึกอบรมแก่บุคลากรทางการแพทย์พบว่า การให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ร่วมกับการประเมินรายวันเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ของสายสวนปัสสาวะมีประสิทธิภาพสูงในการลดอัตราการใส่สายสวนปัสสาวะ ซึ่งเห็นได้ว่ารูปแบบโปรแกรมนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มพูนความรู้สำหรับพยาบาล โดยพบว่า ทำให้คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น ดังนั้นยิ่งพยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ ที่ถูกต้อง ก็จะช่วยให้พยาบาลสามารถเชื่อมโยงความรู้กับสภาพการณ์จริงในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีการนำไปใช้ในการพยาบาลที่ถูกต้องตามไปด้วย

สมมติฐานที่ 2 การปฏิบัติกาป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม



Effectiveness of the Catheter-Associated Urinary Tract Infection Prevention Program Among Nurses in Female Medical Wards

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

การปฏิบัติในปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ ของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างใน 6 หมวดกิจกรรมพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.05 จากร้อยละ 73.00 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยครั้งนี้ อาจเนื่องจากรูปแบบโปรแกรมที่ประยุกต์จากทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของ โรเจอร์ (Rogers, 2003) สามารถพัฒนาทักษะการปฏิบัติด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ ได้ ทำให้พยาบาลมีความเข้าใจ และสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะฯ จึงเป็นนวัตกรรมกระบวนการที่ใหม่ และมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องสำหรับพยาบาล โดยหากมีการส่งเสริมความรู้ และการปฏิบัติตามขั้นตอนของทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ 5 ขั้นตอน และครอบคลุมองค์ประกอบของทฤษฎี 4 ประการอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยให้พยาบาลมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

สมมติฐานที่ 3 อุบัติการณ์การติดเชื้อหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

ภายหลังจากดำเนินโปรแกรมพบว่า อุบัติการณ์การติดเชื้อหลังการใช้โปรแกรมลดลงจาก 4.37 ครั้ง ต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ เป็น 1.23 ครั้ง ต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ โดยลดลง 3.55 เท่า อาจเนื่องมาจาก ภายหลังจากดำเนินโปรแกรมตามทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของ โรเจอร์ (Rogers, 2003) ทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อได้ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอียิปต์ ที่พบว่า ภายหลังจากการใช้แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยเด็กพบว่า อาการ และอาการแสดงของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 33.3) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 64.7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) (Abu Samra & Elsayed, 2022) ส่วนการศึกษาในประเทศเกาหลี พบว่า ในระยะ 3 เดือนแรก หลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ อุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยลดลงจาก 2.05 เหลือ 1.18 ครั้ง ต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ และอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลขนาดเล็กถึงขนาดกลาง ลดลงจาก 1.44 เหลือ 0.79 ครั้ง ต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ แต่พบว่า ในระยะสิ้นสุดการศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และในโรงพยาบาลขนาดเล็กถึงขนาดกลาง เพิ่มขึ้นเป็น 1.74 และ 1.80 ครั้ง ต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ ตามลำดับ ดังนั้นควรติดตามการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอ (Na et al., 2024)

อย่างไรก็ตาม อุบัติการณ์การติดเชื้อที่ลดลง อาจเนื่องมาจากปัจจัยระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกัน เพราะเป็นผู้ป่วยคนละกลุ่ม เช่น อายุ เพศ โรคประจำตัว และระยะเวลาการคาสายสวนปัสสาวะ ที่อาจแตกต่างกัน เป็นต้น และแม้ว่าหลังการดำเนินโปรแกรม บุคลากรพยาบาลจะมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ถึงร้อยละ 100 รวมทั้ง ยังพบอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ อาจเนื่องจากการพัฒนาองค์ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมที่นานขึ้น หรือใช้กลยุทธ์อื่นร่วมด้วย เช่น การฝึกอบรมระหว่างทำงาน การสอนออนไลน์ และการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง เป็นต้น (Alsolami & Tayyib, 2024)

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในรูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ทำให้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ อาจทำให้ไม่สามารถควบคุมผลจากตัวแปรแทรกซ้อนได้



Effectiveness of the Catheter-Associated Urinary Tract Infection Prevention Program Among Nurses in Female Medical Wards

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

2. การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว อาจไม่สามารถอ้างอิงถึงหอผู้ป่วยอื่นหรือโรงพยาบาลอื่นได้

3. การวิจัยนี้ ผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเป็นผู้ป่วยคนละกลุ่ม อุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่ลดลง อาจเนื่องจากตัวแปรกวน (confounding factors) ในผู้ป่วยสองกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมและเน้นย้ำความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่พยาบาลยังมีความรู้ไม่ครบร้อยละ 100 ในประเด็น ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การทำความสะอาดมือ การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ และการส่งปัสสาวะเพาะเชื้อ

2. ควรส่งเสริมและเน้นย้ำการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่พยาบาลยังมีการปฏิบัติได้ไม่ครบร้อยละ 100 ในประเด็น การเตรียมอุปกรณ์การสวนปัสสาวะ วิธีการสวนปัสสาวะ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การเก็บปัสสาวะส่งตรวจ และการถอดสายสวนปัสสาวะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลทั่วไป โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ และศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจากหลายโรงพยาบาลเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร นอกจากนี้ ควรควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนในการศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

2. ควรศึกษาความยั่งยืนของการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในระยะยาว หลังการได้รับโปรแกรม โดยมีรูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยซึ่งมีการวัดตัวแปรซ้ำในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน (repeated measure design)

References

- Abu Samra, O. M. A. S., & Elsayed, R. (2022). Effectiveness of evidence-based guidelines on catheter associated urinary tract infection rate among pediatric intensive care children. *International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research*, 2(2), 149-167. <https://www.doi.org/10.21608/ejnsr.2022.212590>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2017). *Estimating the additional hospital inpatient cost and mortality associated with selected hospital-acquired conditions*. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications2/files/hac-cost-report2017.pdf>
- Algarni, S. S., Sofar, D. S. S. S., & Wazqar, D. D. Y. (2019). Nurses' knowledge and practices toward prevention of catheter-associated urinary tract infection at King Abdulaziz University Hospital. *Journal of Health, Medicine and Nursing*, 4(1), 50-73. <https://www.iprjb.org/Journals/index.php/JHMN/article/view/825>
- Alsolami, F., & Tayyib, N. (2024). Nurse's knowledge and practice towards prevention of catheter-associated urinary tract infection: A systematic review. *International Journal of Urological Nursing*, 18(1), e12380. <https://doi.org/10.1111/ijun.12380>



Effectiveness of the Catheter-Associated Urinary Tract Infection
Prevention Program Among Nurses in Female Medical Wards
ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับ
การคาสายสวนปัสสาวะในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

- Anothayanonth, Y. (2020). Factors that affecting catheter-associated urinary infection in tertiary hospital. *Journal of The Police Nurses*, 12(1), 48-57.
- Babecka, J., & Gulasova, I. (2022). Urinary incontinence and nurses knowledge toward prevention of catheter-associated urinary tract infection. *Ukraine. Nation's Health*, 1(2), 78-83. <https://doi.org/10.24144/2077-6594.2.1.2022.258916>
- Bizuayehu, H., Bitew, A., Abdeta, A., & Ebrahim, S. (2022). Catheter-associated urinary tract infections in adult intensive care units at a selected tertiary hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *PLOS ONE*, 17(3), e0265102. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265102>
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Saunders Elsevier.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Urinary tract infection catheter-associated urinary tract infection and non-catheter-associated urinary tract infection and other urinary system infection events*. Centers for Disease Control and Prevention & National Health Care Safety Network.
- Chanthateero, K., Tanomwat, P., Jamsangton, M., & Boonmark, P. (2022). The development of nursing practice guidelines by using evidence-based practice to reduce catheter-associated urinary tract infection in Prapokklao Hospital. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 39(1), 97-105.
- Chuang, L., & Tambyah, P. A. (2021). Catheter-associated urinary tract infection. *Journal of Infection and Chemotherapy*, 27(10), 1400–1406. <https://doi.org/10.1016/j.jiac.2021.07.022>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates. <https://utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28, 1–11. <https://doi.org/10.3758/BF03203630>
- European Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Catheter-associated urinary tract infection (CAUTI)*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/directory-guidance-prevention-and-control/healthcare-associated-infections-2>
- Infection Prevention and Control Unit at a General Hospital. (2022). *Incidence of urinary tract infections associated with urinary catheterization during fiscal years 2020-2022*. Phrae Hospital.
- Kessimma, T. (2023). *Effectiveness of the ventilator-associated pneumonia prevention program among medical intensive care unit nurses* [Master's thesis, Chiang Mai University]. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:169546>
- Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (2005). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development*. Taylor & Francis.



Effectiveness of the Catheter-Associated Urinary Tract Infection
Prevention Program Among Nurses in Female Medical Wards
ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับ
การคาสายสวนปัสสาวะในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

- Kotikula, I., & Chaiwarith, R. (2018). Epidemiology of catheter-associated urinary tract infections at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Northern Thailand. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 49(1), 113-122. (in Thai)
- Kumkoom, I., Kasatipibal, N., & Chitreecheur, J. (2017). Effect of coaching on Nurses' knowledge and practices regarding urinary tract infection prevention in older persons in long-term care facilities. *Nursing Journal*, 44(suppl. 1), 1-10. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/view/148006/108963> (in Thai)
- Meneguetti, M. G., Ciol, M. A., Bellissimo-Rodrigues, F., Auxiliadora-Martins, M., Gaspar, G. G., Canini, S. R. M., Basile-Filho A., & Laus, M. A. (2019). Long-term prevention of catheter-associated urinary tract infections among critically ill patients through the implementation of an educational program and a daily checklist for maintenance of indwelling urinary catheters: A quasi-experimental study. *Medicine (Baltimore)*, 98(8), e14417. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014417>
- Mong, I., Ramoo, V., Ponnampalavanar, S., Chong, M. C., & Wan Nawawi, W. N. F. (2022). Knowledge, attitude and practice in relation to catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) prevention: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 31(1-2), 209-219. <https://doi.org/10.1111/jocn.15899>
- Na, H. S., Eom, S. J., Seo, B. Y., Park, H. S., Kim, K. Y., Song, W., Lee, E., Kim, R. S., Yoo, M. H., Chun, H., Shin, J. M., Kim, H. S., Choi, Y. J., Cho, H. N., Kim, H. J., Son, H. J., Han, H. S., & Lee, J. (2024). Impact of infection prevention programs on catheter-associated urinary tract infections analyzed in multicenter study. *Journal of Korean Medical Science*, 39(18), e151. <https://www.doi.org/10.3346/jkms.2024.39.e151>
- National Healthcare Safety Network. (2020). Urinary tract infection (catheter-associated urinary tract infection [CAUTI] and non-catheter-associated urinary tract infection [UTI]) events. In *Patient safety component manual* (pp. 150-167). National Healthcare Safety Network.
- Nicastri, E., & Leone, S. (2018). *Guide to infection control in the healthcare setting hospital-acquired urinary tract infection*. International Society for Infectious Diseases. https://isid.org/wp-content/uploads/2019/07/ISID_GUIDE_HOSPITAL_ACQUIRED_UTI.pdf
- Panploy, S., Suwannakeeree, W., & Songthai, N. (2019). The results of promoting program for the use of clinical practice guidelines in oral health care on nurses' practices and oral health of intubated patients in surgical care unit. *Buddhachinaraj Medical Journal*, 36(3), 332-342. (in Thai)
- Ravindra, H. N., Sanket, M. P., & Sonal, P. (2019). A study to assess the effectiveness of SOP on knowledge and practice regarding urinary catheterization procedure among staff nurses of Dhiraj Hospital, Vadodara. *International Journal of Nursing Education*, 11(4), 92-96.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). The free press.



Effectiveness of the Catheter-Associated Urinary Tract Infection
Prevention Program Among Nurses in Female Medical Wards
ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับ
การคาสายสวนปัสสาวะในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

- Smith, D. R. M., Pouwels, K. B., Hopkins, S., Naylor, N. R., Smieszek, T., & Robotham, J. V. (2019). Epidemiology and health- economic burden of urinary catheter-associated infection in English NHS Hospitals: A probabilistic modelling study. *Journal of Hospital Infection*, 103(1), 44-54. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2019.04.010>
- Viseskul, N. (2019). *Development of media in nursing: Concepts and applications*. Chotana Print. (in Thai)
- Wongkeju, P., Suwannakeeree, W., & Songthai, N. (2019). Effects of clinical practice guideline use promotion on nurses, practices and catheter-associated urinary tract infections in medical intensive care unit. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(2), 26-35. (in Thai)
- Zegeye, A. F., Kassahun, C. W., & Temachu, Y. Z. (2023). Work experience was associated with the knowledge and practice of catheter-associated urinary tract infection prevention among nurses at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, northwest Ethiopia, 2021. *BMC Women's Health*, 23(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02176-8>



Development of Video Media for Nurses on Prevention of Surgical Site Infection following Abdominal Surgery*

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล*

Nattanicha	Yokin**	นัทธนิชา	โยคิน**
Wanchai	Lertwatthanawilat***	วันชัย	เลิศวัฒนวิลาศ***
Akeau	Unahalekhaka****	อะเคื้อ	อุณหเลขกะ****

Abstract

Surgical site infections are a common complication following abdominal surgeries; therefore, educating nurses on their prevention is essential. This developmental research aimed to create, study the effectiveness, and assess the satisfaction of video media for nurses for the prevention of abdominal surgical site infections. The participants consisted of 41 registered nurses from a tertiary hospital in Nong Khai Province. The research instruments included the video media design and development plan, a questionnaire on the video media, a general information questionnaire, a knowledge test on the prevention of abdominal surgical site infections for nurses, and a satisfaction survey regarding the video media. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results of the study demonstrated that the video media for preventing abdominal surgical site infections for nurses was divided into two parts: abdominal surgical site infections and nursing practices for preventing abdominal surgical site infections. The evaluation of the video media showed an effectiveness score of 1.35, which met the standard criteria while the participants expressed the highest level of overall satisfaction with the media. Regarding specific aspects, the satisfaction level was high for the content, design and presentation, while the level of satisfaction was the highest for the benefits received.

This study demonstrates that the video media was effective in providing knowledge to nurses. It should be disseminated to enhance nurses' knowledge and understanding, and may ultimately lead to a reduction in the rate of surgical site infections.

Keywords: Abdominal surgery; Prevention of infection; Video media

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: nattanicha_y@cmu.ac.th

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 9 August 2024; Revised 20 November 2024; Accepted 28 November 2024



บทคัดย่อ

การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากการผ่าตัดทางช่องท้อง ดังนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อแก่พยาบาลจึงมีความสำคัญ การวิจัยเชิงพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ศึกษา ประสิทธิภาพ และศึกษาความพึงพอใจของสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดหนองคาย จำนวน 41 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการออกแบบและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสื่อวีดิทัศน์ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อสื่อวีดิทัศน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า สื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล จำแนกเป็น 2 ตอน คือ การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้อง และการปฏิบัติการพยาบาลในป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้อง สำหรับผลการประเมินสื่อวีดิทัศน์พบว่า มีประสิทธิภาพเท่ากับ 1.35 ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจภาพรวมต่อสื่อวีดิทัศน์ในระดับมากที่สุด สำหรับความพึงพอใจรายด้านพบว่า มีความพึงพอใจระดับมากในด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบและการนำเสนอ และมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดในด้านประโยชน์ที่ได้รับ

ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าสื่อวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพในการให้ความรู้แก่พยาบาล และควรนำไปเผยแพร่เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจแก่พยาบาล และอาจนำไปสู่การลดอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้

คำสำคัญ: การผ่าตัดทางช่องท้อง การป้องกันการติดเชื้อ สื่อวีดิทัศน์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ email: nattanicha_y@cmu.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (surgical site infection) เป็นการติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุดสำหรับการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Healthcare Associated Infections) (European Centre for Disease Prevention and Control, 2023) โดยพบการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดร้อยละ 1-3 ของการผ่าตัดทั้งหมด อีกทั้งยังพบว่า อัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องมักจะสูงกว่าการผ่าตัดประเภทอื่น สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบซึ่งพบว่า การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องมีอัตราเฉลี่ยร้อยละ 13.02 ในขณะที่อัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในระบบอื่น ๆ พบอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดสูงสุดเพียงร้อยละ 5 (Marzoug et al., 2023)

การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เป็นปัญหาสำคัญที่ทั่วโลกต่างกำลังยกระดับการเฝ้าระวังเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากส่งผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วย การเสียชีวิต และยังเชื่อมโยงไปถึงภาระทางเศรษฐกิจของระบบสาธารณสุขอีกด้วย จากการศึกษา การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบว่า ผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 24 วัน ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่เกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลเพียง 16 วัน อีกทั้งผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดยังสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 35 (Han et al., 2023) นอกจากนี้ยังพบว่า การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องเพิ่มอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2.9 (Alkaaki et al., 2019)

ระบบสาธารณสุขทั่วโลก ต่างให้ความสำคัญกับการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด โดยมีการดำเนินมาตรการป้องกันมาอย่างยาวนาน ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (Center for Disease Control and Prevention: CDC) เริ่มกำหนดแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 และมีการปรับปรุงให้มีความทันสมัยอย่างต่อเนื่องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแนวปฏิบัติฉบับล่าสุดพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 2017 (Berríos-Torres et al., 2017) แม้ว่าจะมีการนำแนวปฏิบัติต่าง ๆ ไปส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติกันอย่างแพร่หลายแต่พบว่า พยาบาลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ดังการศึกษาในประเทศเอธิโอเปียที่พบว่า พยาบาลเพียงร้อยละ 48.9 มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดอยู่ในระดับดี (Mengesha et al., 2020)

ในประเทศไทย พบการศึกษาศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่ถูกต้องของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล 4 แห่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่ถูกต้องในระยะก่อนผ่าตัดเพียงร้อยละ 45.5 และระยะหลังการผ่าตัดร้อยละ 73.0 โดยจากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า เนื้อหาความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากการสัมมนาทางวิชาการ หรือจากพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยอาจไม่ได้เน้นเฉพาะการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดโดยตรง จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างยังมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ในการกำจัดขนของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด คือ ใช้ใบมีดโกนในการกำจัดขน และมีการให้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดไม่ถูกต้อง (Supmontri et al., 2020) ซึ่งหากพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติไม่ถูกต้องอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดให้กับผู้ป่วยได้ และหากพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ การปฏิบัติ และอุปสรรคในการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ประเทศอียิปต์ พบว่าความรู้และการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .384 ซึ่งบ่งชี้ว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการนำไปใช้ในทางปฏิบัติที่ดีขึ้น (Mohsen et al., 2020)

การส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดแก่พยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ควรเริ่มต้นจากการส่งเสริมความรู้ (Wolf et al., 2008) เนื่องจากการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรม แต่ในปัจจุบันพบว่า พยาบาลมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอต่อภาระงานที่มีปริมาณมาก มีการปฏิบัติงานอย่างรีบเร่งเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านการแพทย์ของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมี



ข้อจำกัดในด้านเวลาและสถานที่ ไม่สามารถเข้ารับการอบรมเพื่อรับความรู้เพิ่มเติมได้ (Sarre et al., 2018) ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดสำหรับพยาบาล ซึ่งจะช่วยแก้ไขปัญหาคือข้อขัดข้องในการเรียนรู้ของพยาบาล

สื่อวีดิทัศน์ เป็นสื่อกลางที่มีประสิทธิภาพในการใช้ถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ โดยสามารถบันทึกได้ทั้งภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และเสียง ช่วยให้ผู้เรียนจินตนาการสิ่งต่าง ๆ ที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น (Viseskul, 2019) ดังนั้น การนำสื่อวีดิทัศน์มาใช้ในการเรียนการสอนจะช่วยให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ความรู้พยาบาลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์พบว่า สื่อวีดิทัศน์ช่วยให้พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ดังการศึกษาการให้ความรู้แก่พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในการจัดทำทารกเกิดก่อนกำหนดโดยใช้สื่อวีดิทัศน์พบว่า พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Moon et al., 2022)

การศึกษาการใช้สื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาลแผนกอายุรกรรมพบว่า หลังการชมสื่อวีดิทัศน์ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสูงกว่าก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.327, p < .001$) (Junjam et al., 2023) อีกทั้งยังมีการศึกษาพบว่าพยาบาลที่ใช้การเรียนรู้ผ่านวิดีโอมีอัตราการจดจำที่ดีกว่าผู้ใช้การเรียนรู้ผ่านสื่อข้อความหรือสื่อกระดาษแบบดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งบ่งชี้ว่าแม้ว่าสื่อสิ่งพิมพ์จะมีประโยชน์ในการอ้างอิง แต่ไม่สามารถทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมได้อย่างลึกซึ้งหรือมีประสิทธิภาพเท่ากับสื่อวิดีโอ (Babaita et al., 2024)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ส่งเสริมความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การปฏิบัติของพยาบาลมีความถูกต้องเพิ่มมากขึ้น และอาจทำให้อัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสามารถป้องกันได้โดยที่พยาบาลต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้อง เพื่อใช้ในการส่งเสริมความรู้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมในการวิจัยนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและออกแบบสื่อของ อเลสซี และ โทรลิป (Alessi & Trollip, 1991) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนเตรียมการ 2) ขั้นตอนออกแบบ 3) ขั้นตอนสร้างบทดำเนินเรื่อง 4) ขั้นตอนใช้โปรแกรมและเครื่องมือสนับสนุน และ 5) ขั้นตอนประเมินผลและปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งสื่อวีดิทัศน์ดังกล่าวนำเสนอด้วย ตัวอักษร ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว อนิเมชัน เสียงบรรยาย และเสียงประกอบ โดยมีเนื้อหาแบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้อง



ประกอบด้วย ความหมายของการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้อง และตอนที่ 2 การปฏิบัติในป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล ประกอบด้วย การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้อง ในระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2017) ประเมินค่าประสิทธิผลของสื่อวีดิทัศน์โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานของ เมกุยแกนส์ (Tiantong, 2005) กำหนดให้สัดส่วนคะแนนเฉลี่ยหลังเรียนและคะแนนเฉลี่ยก่อนเรียนรู้อยู่ด้วยสื่อวีดิทัศน์ มีค่ามากกว่า 1.00 รวมทั้งประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการส่งเสริมความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลที่อยู่ระหว่างการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และกำลังปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำแนกกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างทดสอบหนึ่งต่อหนึ่ง จำนวน 1 คน กลุ่มตัวอย่างทดสอบกลุ่มย่อย จำนวน 10 คน และกลุ่มตัวอย่างทดสอบภาคสนามจำนวน 30 คน รวมเป็น 41 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้อง และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อความเรื่อง อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และการได้รับการอบรม/ประชุมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้อง โดยลักษณะคำถามเป็นทั้งแบบปลายปิดและปลายเปิด

2. แบบวัดความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล จำนวน 25 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ความหมายของการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้อง และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้อง โดยแบ่งเป็น 2 ชุด คือ แบบวัดความรู้ชุดที่ 1 เป็นแบบวัดความรู้ก่อนการเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ และแบบวัดความรู้ชุดที่ 2 เป็นแบบวัดความรู้ภายหลังการเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งแบบวัดความรู้ทั้ง 2 ชุดนี้ คำถามและคำตอบเป็นแบบคู่ขนาน คำถามเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ 3 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา 2) ด้านการออกแบบและการนำเสนอ และ 3) ด้านประโยชน์ที่ได้รับ คำถามมีลักษณะแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจน้อยที่สุด พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก และพึงพอใจมากที่สุด จำนวน 13 ข้อ

4. แบบสอบถามข้อคิดเห็นต่อสื่อวีดิทัศน์ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อรวบรวมข้อคิดเห็นมาปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ในระหว่างการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ประกอบด้วย คำถามในด้านเนื้อหา ด้านการลำดับเรื่อง ด้านความง่ายของเนื้อหา และด้านความสะดวกของการใช้งาน คำถามมีลักษณะแบบประเมินค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และควรปรับปรุง รวมทั้งมีคำถามชนิดปลายเปิด คือ ข้อเสนอแนะ ซึ่งใช้ในขั้นตอนการทดสอบหนึ่งต่อหนึ่ง และการทดสอบกลุ่มย่อย จำนวน 16 ข้อ



ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ไปตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้อง จำนวน 6 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อจำนวน 3 ท่าน โดยแบบวัดความรู้ก่อนและหลังเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อสื่อวีดิทัศน์มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.96, 0.99 และ 1.00 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82, 0.82 และ 0.91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ 084/2566 และได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจึงประสานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้จากการทำวิจัย พร้อมกับชี้แจงสิทธิในการปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นจึงขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างสื่อวีดิทัศน์ที่มีการรวบรวมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้อง ตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2017) โดยมีขั้นตอนการสร้างสื่อวีดิทัศน์ตามแนวคิด ของ อเลสซี และ โทโรลิป (Alessi & Trollip, 1991) ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการเตรียมการ (preparation) ขั้นตอนการออกแบบ (design instruction) ขั้นตอนการสร้างบทดำเนินเรื่อง (storyboard display) ขั้นตอนการใช้โปรแกรมและเครื่องมือสนับสนุน (produce supporting material) และขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ (evaluate and revise) จากนั้นผู้วิจัยนำแผนการออกแบบและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ไปตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการออกแบบและการจัดทำสื่อจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ตามความเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้น ไปทดสอบ เพื่อหาประสิทธิภาพกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ การทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ทดสอบกับกลุ่มย่อย และทดสอบภาคสนาม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทดสอบหนึ่งต่อหนึ่ง

ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 คน ซึ่งผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาล นอกเวลาการทำงาน และอธิบายวัตถุประสงค์ของการเรียน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแนวทางในการสังเกตข้อบกพร่องของสื่อวีดิทัศน์ และสามารถให้คำแนะนำที่ชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ซึ่งการทดสอบในขั้นนี้เป็นการศึกษาถึงข้อบกพร่องของสื่อวีดิทัศน์ ลำดับขั้นตอนการนำเสนอเนื้อหา และความเหมาะสมของการนำเสนอ จากนั้นดำเนินการใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับสื่อวีดิทัศน์ทั้งในด้านเนื้อหา ด้านการลำดับเรื่องและการออกแบบ ด้านความง่ายของเนื้อหา ด้านความสะดวกของการใช้งาน ด้านความพึงพอใจในภาพรวมต่อสื่อวีดิทัศน์ และไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบกลุ่มย่อย

ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน โดยไม่ซ้ำกับการทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ซึ่งผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาล นอกเวลาการทำงาน และอธิบายวัตถุประสงค์ของการเรียน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแนวทางในการสังเกตข้อบกพร่องของสื่อวีดิทัศน์ และสามารถให้คำแนะนำที่ชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ซึ่งการทดสอบในขั้นนี้ เป็นการศึกษาถึงความสามารถของสื่อวีดิทัศน์ในลักษณะปฏิสัมพันธ์ของผู้เรียนในขณะที่มีการใช้สื่อวีดิทัศน์ จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง จิบเวลาในการเรียน และคอยช่วยเหลือเมื่อกลุ่มตัวอย่างประสบปัญหาในขณะ



ใช้สื่อวีดิทัศน์ รวมทั้งให้ทำแบบสอบถามความคิดเห็นต่อสื่อวีดิทัศน์ เพื่อบันทึกสิ่งที่ต้องแก้ไขและข้อเสนอแนะ หลังการเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรปรับสีและขนาดตัวอักษรที่ใช้ประกอบ คำบรรยายในบางหัวข้อให้ใหญ่ขึ้น เพื่อให้มองเห็นได้อย่างชัดเจน จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลและข้อเสนอแนะที่ได้ มาปรับปรุงแก้ไขสื่อวีดิทัศน์เพื่อนำไปทดสอบภาคสนามต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบภาคสนาม

ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยไม่ซ้ำกับการทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง และการทดสอบกลุ่มย่อย ซึ่งผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาล นอกเวลาการทำงาน และอธิบายวัตถุประสงค์ของการเรียน จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความรู้ก่อนเรียน เรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ และทำแบบวัดความรู้หลังเรียน รวมทั้งตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์

หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง แล้วนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง มาดำเนินการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ ด้วยเกณฑ์มาตรฐานของเมกุกแกนส์ (Meguigans) โดยคำนวณจากสัดส่วนของคะแนนแบบทดสอบหลังเรียนและคะแนนแบบทดสอบก่อนเรียน หากคำนวณได้ค่ามากกว่า 1.00 จึงหมายถึง บทเรียนมีประสิทธิภาพ (Tiantong, 2005)

$$\text{Efficiency} = \frac{\text{Posttest}}{\text{Pretest}}$$

Posttest หมายถึง คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการทำแบบทดสอบหลังเรียน
 Pretest หมายถึง คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการทำแบบทดสอบก่อนเรียน

ทดสอบการกระจายของข้อมูลคะแนนความรู้ระหว่างก่อนและหลังเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์ ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test และทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ระหว่างก่อนและหลังเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์ ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test

3. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้อง โดยวิเคราะห์รายด้าน ด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.8 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 53.7 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 36.6 และ 41-50 ปี ร้อยละ 9.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 33.79 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 82.9 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาลตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป โดยมีประสบการณ์การปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาลเฉลี่ย 10.37 ปี และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทางช่องท้อง ร้อยละ 75.6 โดยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทางช่องท้องมานานเฉลี่ย 7.29 ปี



กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 78.0 เคยได้รับความรู้หรืออบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้อง โดยส่วนใหญ่คือร้อยละ 41.7 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องจากแผ่นพับ รองลงมา คือ เอกสาร ร้อยละ 30.6 และได้รับการอบรม ร้อยละ 27.7 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.9 เคยมีประสบการณ์การใช้สื่อวีดิทัศน์ โดยส่วนใหญ่ได้รับประสบการณ์จาก You tube ร้อยละ 52.0 รองลงมา คือ เว็บไซต์ และ Facebook ร้อยละ 28.0 และ 20.0 ตามลำดับ

2. การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล

สื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะประกอบด้วยภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ภาพการ์ตูน แอนิเมชั่น ตัวหนังสือประกอบคำบรรยาย เสียงบรรยาย และเสียงดนตรี รวมเวลาทั้งหมด 21 นาที 34 วินาที แบ่งเป็น 2 ตอนหลัก คือ ตอนที่ 1 การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้อง ประกอบด้วย ความหมายของการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้อง และตอนที่ 2 การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาลประกอบด้วย การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องในระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

3. ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล

ก่อนเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล กลุ่มตัวอย่างภาคสนามได้คะแนนความรู้ต่ำสุด 6 คะแนน สูงสุด 14 คะแนน และมีค่ามัธยฐานของคะแนนเท่ากับ 11 คะแนน จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน ในขณะที่ภายหลังเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนต่ำสุด 14 คะแนน คะแนนสูงสุด 24 คะแนน และมีค่ามัธยฐานของคะแนนเท่ากับ 15 คะแนน จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างภาคสนาม ระหว่างก่อนและหลังการได้รับความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้อง (n = 30)

ความรู้	คะแนนเต็ม	ระดับคะแนน		Median	SD	Z	p-value
		ต่ำสุด	สูงสุด				
ก่อนได้รับความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์	25	6.00	14.00	11	2.27		
หลังได้รับความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์	25	14.00	24.00	15	4.08	-4.808	.000

ประสิทธิภาพการถ่ายทอดความรู้ของสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาลได้ค่าสัดส่วนเท่ากับ 1.35 สอดคล้องตามตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ของเมกยูแกนส์ (Meguigans) คือ ค่าที่คำนวณได้ต้องมากกว่า 1 จึงแสดงว่าสื่อวีดิทัศน์ดังกล่าวมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยภายหลังเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์มากกว่าก่อนเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)



4. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างภาคสนามส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาลในระดับมาก เมื่อพิจารณาด้านเนื้อหาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับมากในประเด็นเนื้อหาที่น่าสนใจชวนติดตาม ร้อยละ 83.3 รองลงมา คือ เนื้อหาที่มีความชัดเจนเข้าใจง่าย และการใช้ภาษามีความเหมาะสมกับระดับของผู้เรียนร้อยละ 63.3 และเนื้อหาที่ภาพมีความสัมพันธ์กัน ร้อยละ 60.0 โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.70-4.23 คะแนน สำหรับด้านการออกแบบและการนำเสนอพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจระดับมากที่สุดในประเด็นภาพคมชัด สื่อความหมายชัดเจน ร้อยละ 56.7 มีคะแนนความพึงพอใจระดับมากในประเด็นตัวอักษรมีความชัดเจน อ่านง่าย และลำดับการนำเสนอเนื้อหาต่อความเข้าใจ ร้อยละ 76.7 โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.87-4.50 คะแนน สำหรับด้านประโยชน์ที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดในประเด็นสามารถนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติได้จริงถึงร้อยละ 80.0 และมีความพึงพอใจระดับมากในประเด็นได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลร้อยละ 73.3 โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.73-4.80 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างภาคสนาม จำแนกตามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล (n = 30)

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					M	SD
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. ด้านเนื้อหา							
1.1 เนื้อหาที่มีความชัดเจนเข้าใจง่าย	9 (30.0)	19 (63.3)	2 (6.7)	0 (00.0)	0 (00.0)	4.23	.57
1.2 เนื้อหาที่น่าสนใจชวนติดตาม	3 (10.0)	25 (83.3)	2 (6.7)	0 (00.0)	0 (00.0)	4.03	.41
1.3 การใช้ภาษามีความเหมาะสมกับระดับของผู้เรียน	9 (30.0)	19 (63.3)	2 (6.7)	0 (00.0)	0 (00.0)	4.23	.57
1.4 เนื้อหากับภาพมีความสัมพันธ์กัน	9 (30.0)	18 (60.0)	3 (10.0)	0 (00.0)	0 (00.0)	4.20	.61
1.5 ระยะเวลาที่เหมาะสม	2 (6.7)	17 (56.7)	11 (36.7)	0 (00.0)	0 (00.0)	3.70	.60
2. ด้านการออกแบบและการนำเสนอ							
2.1 ตัวอักษรมีความชัดเจน อ่านง่าย	2 (6.7)	23 (76.7)	4 (13.3)	1 (3.3)	0 (00.0)	3.87	.57
2.2 ภาพคมชัด สื่อความหมายชัดเจน	17 (56.7)	12 (40.0)	0 (00.0)	1 (3.3)	0 (00.0)	4.50	.68
2.3 ลำดับการนำเสนอเนื้อหาต่อความเข้าใจ	3 (10.0)	23 (76.7)	4 (13.3)	0 (00.0)	0 (00.0)	3.97	.49
2.4 เสียงบรรยายชัดเจน	10 (33.3)	18 (60.0)	2 (6.7)	0 (00.0)	0 (00.0)	4.27	.58
2.5 ดนตรีประกอบเหมาะสม	7 (23.3)	19 (63.3)	4 (13.3)	0 (00.0)	0 (00.0)	4.10	.61
3. ด้านประโยชน์ที่ได้รับ							
3.1 ได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาล	8 (26.7)	22 (73.3)	0 (00.0)	0 (00.0)	0 (00.0)	4.73	.45
3.2 สามารถนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติได้จริง	24 (80.0)	6 (20.0)	0 (00.0)	0 (00.0)	0 (00.0)	4.80	.41



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างภาคสนาม จำแนกตามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล (n = 30) (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					M	SD
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
4. ความพึงพอใจในภาพรวม	25 (83.3)	5 (16.7)	0 (00.0)	0 (00.0)	0 (00.0)	4.83	.38

การอภิปรายผล

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดำเนินการทบทวนวรรณกรรม และศึกษาเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล แล้วจัดทำแผนการออกแบบและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งด้านเนื้อหา และด้านการใช้งาน เมื่อผ่านการตรวจสอบแล้วจึงดำเนินการผลิตเป็นสื่อวีดิทัศน์ ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดขั้นตอนการพัฒนาสื่อของ อเลสซี และ โทรลิป (Alessi & Trollip, 1991) เป็นไปตามคุณลักษณะของสื่อวีดิทัศน์ที่เป็นสื่อในการใช้ถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจ โดยการบันทึกได้ทั้งภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว รวมทั้งเสียงได้ในเวลาเดียวกัน (Malithong, 2005; Viseskul, 2019; Yindi, 2008) เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกกระตือรือร้นในการเรียนรู้ ตอบสนองความแตกต่างระหว่างบุคคล เนื่องจากการรับชมสื่อวีดิทัศน์นั้นสามารถปรับลดความเร็วในการนำเสนอ หรือหยุดชั่วคราวเพื่อใช้เวลาเพิ่มเติมในการทำความเข้าใจได้ อีกทั้งสะดวกต่อการใช้งาน เพราะเข้าถึงได้ง่าย ทบทวนได้ด้วยตนเอง ดังนั้น การใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเป็นสื่อในการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล จึงเป็นอีกกลวิธีหนึ่งที่ช่วยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่พยาบาลได้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า สื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องทำให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าประสิทธิภาพเท่ากับ 1.35 แสดงให้เห็นว่าสื่อวีดิทัศน์ดังกล่าวมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด สอดคล้องกับการพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง สำหรับพยาบาลแผนกอายุรกรรมที่พบเช่นกันว่า ภายหลังจากชมสื่อวีดิทัศน์ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง สูงกว่าก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Junjam et al., 2023) และการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลอาชีวอนามัยที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความรู้หลังการเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับโจทยสถานการณ์มากกว่าคะแนนความรู้ก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sanongdej et al., 2018) สะท้อนให้เห็นว่าสื่อวีดิทัศน์เป็นตัวกลางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในภาพรวมต่อสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องสำหรับพยาบาล ระดับมากที่สุด สำหรับคุณภาพของเนื้อหา กลุ่มตัวอย่างแสดงความพึงพอใจสูงต่อเนื้อหา โดยเฉพาะในเรื่องของความเหมาะสมและความชัดเจนของข้อมูลที่นำเสนอ โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ระหว่าง 3.70–4.23 ในหลายด้านที่เกี่ยวกับเนื้อหา สื่อวีดิโอสามารถตอบสนองความต้องการทางการศึกษาของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ฉันทนา จันแจ่ม และคณะ (Junjam et al., 2023) และ วรรณฯ สนองเดช และคณะ (Sanongdej et al., 2018) ที่แสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจสูงของพยาบาลที่ใช้การฝึกอบรมผ่านสื่อวีดิโอเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ทั้งสองงานวิจัยเน้นว่าเนื้อหาที่



จัดโครงสร้างดีและมีความสอดคล้องกับการปฏิบัติในคลินิก เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ ในด้านการออกแบบและการนำเสนอ

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนในด้านการออกแบบและการนำเสนอ เช่น ความชัดเจนของการบรรยายและคุณภาพของภาพและเสียงในระดับที่ดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.27 ซึ่งความชัดเจนในการนำเสนอภาพและเสียงช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับผลการวิจัยของ มูน และคณะ (Moon et al., 2022) ที่เน้นว่าการออกแบบที่มีประสิทธิภาพในสื่อวิดีโอมีผลกระทบต่อผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจในการศึกษาในสาขาการพยาบาลอย่างมาก สำหรับด้านประโยชน์ที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจสูงสุดในด้านความสามารถในการนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติได้จริง โดยมีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 80 ที่ยอมรับว่าสื่อวีดิทัศน์มีประโยชน์ต่อการใช้งานจริงในสภาพแวดล้อมการพยาบาล โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.80 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่เน้นถึงความสำคัญของการใช้งานได้จริงในทางปฏิบัติ เช่น งานวิจัยของ เมงเกชา และคณะ (Mengesha et al., 2020) และ มาร์ซูก และคณะ (Marzoug et al., 2023) ที่พบว่า ความพึงพอใจจะสูงขึ้นหากเนื้อหาการฝึกอบรมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานพยาบาลประจำวันได้โดยตรง

อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้ไม่ได้มีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินการคงอยู่ของความรู้และทักษะที่ได้จากการฝึกอบรมผ่านสื่อวีดิทัศน์ อีกทั้งยังใช้กลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็กจำนวน 41 คนจากโรงพยาบาลตติยภูมิเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจจำกัดความสามารถในการสรุปผลทั่วไปของผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรสนับสนุนให้ใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้อง เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจแก่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยอาจเผยแพร่ผ่านสื่อออนไลน์ เพื่อให้พยาบาลสามารถทบทวนความรู้ได้อย่างไม่จำกัดเวลาและสถานที่ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และลดอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทางช่องท้องลงได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไปศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม โดยศึกษาแบบกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) รวมทั้งการติดตามวัดผลลัพธ์ในระยะยาว

References

- Alessi, S. M., & Trollip, S. R. (1991). *Computer based instruction: Methods and development* (2nd ed.). Prentice Hall.
- Alkaaki, A., Al-Radi, O. O., Khoja, A., Alnawawi, A., Alnawawi, A., Maghrabi, A., Altaf, A., & Aljiffry, M. (2019). Surgical site infection following abdominal surgery: A prospective cohort study. *Canadian Journal of Surgery, 62*(2), 111–117. <https://doi.org/10.1503/cjs.004818>
- Babaita, A. O., Kako, M., Teramoto, C., Okamoto, M., Hayashi, Y., Ohshimo, S., Sadamori, T., Hattori, M., & Moriyama, M. (2024). Face-to-face versus 360° VR video: A comparative study of two teaching methods in nursing education. *BMC nursing, 23*(1), 199. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01866-4>



- Berrios-Torres, S. I., Umscheid, C. A., Bratzler, D. W., Leas, B., Stone, E. C., Kelz, R. R., Reinke, C. E., Morgan, S., Solomkin, J. S., Mazuski, J. E., Dellinger, E. P., Itani, K. M. F., Berbari, E. F., Segreti, J., Parvizi, J., Blanchard, J., Allen, G., Kluytmans, J. A. J. W., Donlan, R., Schechter, W. P. & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2017). Centers for disease control and prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. *JAMA Surgery*, 152(8), 784–791. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0904>
- Center for Disease Control and Prevention. (2017). *Guideline for prevention of surgical site infection 2017*. Center for Disease Control and Prevention.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). *Healthcare-associated infections: Surgical site infections 2018–2020*. European Centre for Disease Prevention and Control.
- Han, C., Chen, W., Ye, X. L., Cheng, F., Wang, X. Y., Liu, A. B., Mu, Z. H., Jin, X. J., & Weng, Y. H. (2023). Risk factors analysis of surgical site infections in postoperative colorectal cancer: A nine-year retrospective study. *BMC Surgery*, 23(1), 320. <https://doi.org/10.1186/s12893-023-02231-z>
- Junjam, C., Unahalekhaka, A., & Klunklin, P. (2023). Development of a video media in prevention of central line-associated bloodstream infection for nurses. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, 34(1), 100–114. (in Thai)
- Malithong, K. (2005). *Technology and communication for education*. Arun Printing. (in Thai)
- Marzoug, O. A., Anees, A., & Malik, E. M. (2023). Assessment of risk factors associated with surgical site infection following abdominal surgery: A systematic review. *BMJ Surgery, Interventions, & Health Technologies*, 5(1), e000182. <https://doi.org/10.1136/bmjst-2023-000182>
- Mengesha, A., Tewfik, N., Argaw, Z., Beletew, B., & Wudu, M. (2020). Practice of and associated factors regarding prevention of surgical site infection among nurses working in the surgical units of public hospitals in Addis Ababa city, Ethiopia: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 15(4), e0231270. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231270>
- Mohsen, M. M., Riad, N. A. & Badawy, A. I. (2020) Compliance and barriers facing nurses with surgical site infection prevention guidelines. *Open Journal of Nursing*, 10, 15-33. <https://doi.org/10.4236/ojn.2020.101002>
- Moon, H. J., Cho, K. S., An, M. Y., & Son, D. W. (2022). Effects of a neonatal supportive positioning training video program for preterm infants on the knowledge and performance of nurses in neonatal intensive care units. *Asian Nursing Research*, 16(1), 25–34. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2022.01.001>
- Sanongdej, W., Wangpitipanit, S., Chonsin, P., & Chalernpichai, T. (2018). Development and effect of video media combined with scenario on knowledge and self-confidence in practice of occupational health nursing for nursing students. *Rama Nursing Journal*, 24(1), 94-107. (in Thai)



- Sarre, S., Maben, J., Aldus, C., Schneider, J., Wharrad, H., Nicholson, C. & Arthur, A. (2018). The challenges of training, support and assessment of healthcare support workers: A qualitative study of experiences in three English acute hospitals. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 145-153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.010>
- Supmontri, S., Kasatpibal, N., & Viseskul, N. (2020). Practices of surgical site infection prevention among registered nurses. *Nursing Journal*, 47(3), 204-214.
- Tiantong, M. (2005). *Design and development of software for computer lessons* (2nd ed.). King Mongkut's Institute of Technology North Bangkok. (in Thai)
- Viseskul, N. (2019). *Development of media in nursing: Concepts and applications*. Chotana Print. (in Thai)
- Wolf, R., Lewis, D., Cochran, R., & Richards, C. (2008). Nursing staff perceptions of methicillin-resistant staphylococcus aureus and infection control in a long-term care facility. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(5), 342-346. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.02.003>
- Yindi, N. (2008). *Construction of video supplements to practice skills on addition and subtraction of integers through number patterns*. [Independent study, Graduate School, Chiang Mai University]. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:109119> (in Thai)



**Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women
with Preterm Labor at Nakornping Hospital**
การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
โรงพยาบาลนครพิงค์

Omjai	Sittichamlong*	อ้อมใจ	สิทธิจำลอง*
Chanchira	Klomma**	จันทร์จีรา	กลomma **

Abstract

A nursing care model for pregnant women with preterm labor can respond to their needs and enhance the effectiveness of an extended duration of pregnancy. This research and developmental study (R&D) aimed to develop and evaluate a nursing care model for use among women with preterm labor in the labor room at Nakornping Hospital. The study process was categorized into five main stages: 1) situation analysis, 2) care model development, 3) trial care model, 4) implementation and evaluation, and 5) analysis and conclusion. The participants were recruited purposively and consisted of 16 registered nurses and case managers at Nakornping Hospital, and 62 pregnant women with preterm labor who had been admitted to the labor room at Nakornping Hospital. The women were divided into two groups. One group, before implementation of the nursing care model, included 32 pregnant women. The study group included 30 pregnant women who were cared for using the nursing care model for pregnant women with preterm labor. The data were collected using in-depth interviews, focus groups, participatory observation, and medical records study. Quantitative data was analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and chi square test.

The results of this study showed that the nursing care model for pregnant women with preterm labor at Nakornping Hospital was handled using case management, as follows:

1. Nursing case managers' use of the model consisted of 1) assessment and screening, 2) planning of care, from the admission stage until discharge planning, 3) holistic nursing interventions, 4) a monitoring/visiting system, communicated through the use of telephone and Line application, and 5) evaluation.

2. Nursing practice guidelines for pregnant women with preterm labor consisted of 1) nursing care during the ante-partum period, 2) nursing care for the intra-partum period, and 3) nursing care for the post-partum period: two hours after birth. The consequence outcomes of this study showed that registered nurses practiced by following this nursing care model completely, and their opinions on the model were at a high level. Pregnant women's satisfaction was high with the nursing care model. The model implemented was able to help extend the duration of pregnancy by over 48 hours. The average gestational age of delivery increased from 32.12 weeks to 37.04 weeks and average total expenditure in the hospital decreased from 105,638.05 THB to 38439.93 THB, which was statistically significant ($p = 0.001$). Additionally, complications from tocolytic drugs decreased from 9.4% to 0%.

It can be concluded that the nursing care model for pregnant women with preterm labor could extend the pregnancy duration, increase the average gestational age of delivery, decrease average total expenditure in the hospital, and decrease complications from use of tocolytic drugs.

Keywords: Nursing care model; Pregnant women; Preterm labor

* Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing Chiang Mai Nation University;
e-mail: omsit19@gmail.com

** Registered Nurse, Senior Professional level, Nakornping Hospital

Received 10 February 2025; Revised 30 April 2025; Accepted 19 May 2025



Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women
with Preterm Labor at Nakornping Hospital
การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
โรงพยาบาลนครพิงค์

บทคัดย่อ

รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถตอบสนองความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ และมีประสิทธิผลในการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ออกไปได้ การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดภายใต้บริบทของห้องคลอด โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยดำเนินการวิจัยเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบการพยาบาล 3) นำรูปแบบไปทดลองใช้ 4) นำรูปแบบไปปฏิบัติและประเมินผล และ 5) วิเคราะห์และสรุปผล กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลผู้จัดการรายกรณี โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 16 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 62 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มก่อนการนำรูปแบบมาใช้จำนวน 32 คน และกลุ่มศึกษา คือ กลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาล จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และศึกษาเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent t-test และ chi-square test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามบริบทของโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยการใช้พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

1. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่ 1) ประเมินปัญหาและคัดกรอง 2) วางแผนการดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับ ถึงจำหน่าย 3) ให้การพยาบาล 4) ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/ไลน์ และ 5) ประเมินผล

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลบริการคลอด ประกอบด้วย 1) การพยาบาลระยะก่อนคลอด 2) การพยาบาลในระยะคลอด 3) การพยาบาลในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ด้านผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลพบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างครบถ้วน และมีความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลในระดับเห็นด้วยมากที่สุด หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลในระดับมากที่สุด รูปแบบการพยาบาลที่นำมาใช้สามารถช่วยยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ได้นานกว่า 48 ชั่วโมง อายุครรภ์เมื่อคลอดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 32.2 สัปดาห์ เป็น 37.04 สัปดาห์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยลดลงจาก 105,638.05 บาท เหลือ 38,439.93 บาท แตกต่างกับกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาช่วยการหดตัวของมดลูกมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 9.4 เหลือ 0

สรุปได้ว่า รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้นสามารถยืดอายุครรภ์ได้ อายุครรภ์เมื่อคลอดเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง และลดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาช่วยการหดตัวของมดลูก

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ e-mail: omsit19@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่



Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women
with Preterm Labor at Nakornping Hospital
การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
โรงพยาบาลนครพิงค์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นภาวะเสี่ยงที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อมารดาและทารกหลายด้าน (WHO, 2023) โดยเป็นสาเหตุหลักของการตาย การเจ็บป่วย และคุณภาพของทารกแรกเกิด (Cunningham et al., 2022) รวมทั้ง ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก ผลข้างเคียงของยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก ด้านจิตสังคม ได้แก่ เกิดภาวะเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารก และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา (Baosoung, 2018) และหากการเจ็บครรภ์คลอดไม่สามารถยับยั้งได้จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด (Vanapirak & Thongsong, 2021) ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติ จากการที่ทารกคลอดก่อนกำหนดต้องใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูง ใช้ทรัพยากรจำนวนมาก ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง (Department of Medical Services, 2023)

อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดตามรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ปี 2020 พบร้อยละ 4-16 ของการคลอดทั้งหมด (WHO, 2023) สำหรับประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2565 พบร้อยละ 11.6 ของการคลอดทั้งหมด (Department of Medical Services, 2023) โรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตภาคเหนือตอนบนขนาด 700 เตียง ให้การดูแลผู้ป่วย และในเขตล้านนา 1 ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน และแม่ฮ่องสอน มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมาใช้บริการในปี พ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 คิดเป็นร้อยละ 10.15, 11.88 และ 11.02 ของการคลอดทั้งหมด อายุครรภ์เฉลี่ยที่คลอดก่อนกำหนดเท่ากับ 31, 30 และ 29 สัปดาห์ ส่งผลกระทบต่อทารกแรกเกิด โดยก่อให้เกิดอัตราทารกน้ำหนักตัวน้อยร้อยละ 11.79, 13.35 และ 13.72 และอัตราตายปริกำเนิดของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยเท่ากับ 7.09, 8.06 และ 8.71 ต่อ 1000 การเกิดมีชีวิต ตามลำดับ และพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำคิดเป็นร้อยละ 6.64, 7.50 และ 8.48 ตามลำดับ และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างน้อย 100,000 บาทต่อคน/ปี (Policy and Planing Information Center Nakornping Hospital, 2020)

จากการวิเคราะห์ปัญหาารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลนครพิงค์พบว่า ยังมีการปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน โดยการพยาบาลมุ่งเน้นการปฏิบัติพยาบาลตามแผนการรักษาและดูแลตามอาการ ในด้านระบบขาดความเชื่อมโยงและการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ การประสานสิทธิการรักษาของแผนกการเงินและนักสังคมสงเคราะห์ กรณีต้องนอนโรงพยาบาลนานเพื่อรับยายับยั้งการหดตัวของมดลูก ไม่มีรูปแบบเฉพาะสำหรับการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และไม่มีระบบการส่งต่อเร่งด่วน (fast track preterm) รวมทั้งการส่งผู้ป่วยเข้าตึกของพนักงานเปลล่าช้า ทั้งขณะรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่อง จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบการศึกษาของ ขวัญจิต เจริญชวโน และคณะ (Cherngchawano et al., 2023) ที่ศึกษาการพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยใช้การจัดการรายกรณีพบว่า สามารถยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง ยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดเพิ่มขึ้น การกลับมารักษาซ้ำลดลง ค่ารักษาพยาบาลลดลง และบุคลากรมีความพึงพอใจ และการศึกษาของ พรศิริ เสนธิริ และคณะ (Senthiri et al., 2016) พบว่า การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ต่อการคลอดก่อนกำหนดทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงโดยให้คำแนะนำ และการวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว สามารถยืดอายุครรภ์ได้

โรงพยาบาลนครพิงค์ จากการสำรวจการปฏิบัติในสถานการณ์จริงพบว่า ด้านการพยาบาล บุคลากรยังขาดทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะของโรค รวมทั้งการพยาบาลมุ่งเน้นการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการดูแลตามอาการ ขาดการนำหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์มาใช้ ทำให้การดูแลขาดความชัดเจน นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีความหลากหลายของวิถีชีวิตและบริบทวัฒนธรรม มีความเชื่อ และภาษาที่



Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women
with Preterm Labor at Nakornping Hospital
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
โรงพยาบาลนครพิงค์

หลากหลาย เช่น ไทย พม่า และไทยใหญ่ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ มีผลกระทบต่อการสื่อสาร ความไม่เข้าใจ คำแนะนำของพยาบาลในการปฏิบัติตัว ส่งผลต่ออัตราการคลอดก่อนกำหนดที่สูงขึ้น การกลับมารักษาซ้ำ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น

จากสภาพปัญหาดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้มีความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยนำแนวคิดการพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (nurse case management) ของ Case Management Society of America (2016) มาใช้ในการพัฒนา โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้วางแผนการดูแลตั้งแต่รับใหม่จนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และติดตามประเมินผล ซึ่งรูปแบบการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การวางแผนการพยาบาลตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด 2 ชั่วโมง การประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขา ได้แก่ ประสานสิทธิการรักษากับแผนกการเงินและนักสังคมสงเคราะห์กรณีต้องนอนพักรักษาที่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน การพยาบาลด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลให้ได้รับยาช่วยป้องกันการหดตัวของมดลูกและดูแลผลข้างเคียงของยา ด้านจิตสังคมและองค์รวม โดยจัดสิ่งแวดล้อมห้องพักให้เหมือนบ้าน จัดกิจกรรมส่งเสริมการผ่อนคลาย เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาการใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลพัทลุงของ วรณีย์ แก้วคงธรรม (Kaewkongtham, 2017) ผลการศึกษาไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาช่วยป้องกันการหดตัวของมดลูก และการศึกษาของ ชวัญจิต เริงชวโน และคณะ (Cherngchawano et al., 2023) ที่ศึกษาการพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่า สามารถลดค่าใช้จ่าย และหญิงตั้งครรภ์ ผู้ดูแล และบุคลากรสหวิชาชีพมีความพึงพอใจการพยาบาลในระดับมากที่สุด ถึงแม้มีการศึกษามาแล้ว แต่โรงพยาบาลนครพิงค์มีบริบทที่แตกต่างจากโรงพยาบาลที่ได้ศึกษาทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต และความหลากหลายในเรื่องภาษาของหญิงตั้งครรภ์ จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการพยาบาลให้มีความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพ สามารถช่วยป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และยืดอายุครรภ์จนใกล้ครบกำหนดหรือครบกำหนด ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการจัดการรายกรณี ร่วมกับการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลนครพิงค์ ได้แก่
 - 2.1 ด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วยการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาล และความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาล
 - 2.2 ด้านผู้ใช้บริการ ประกอบด้วยความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล
 - 2.3 ด้านคุณภาพบริการ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาช่วยป้องกันการหดตัวของมดลูก การยืดอายุครรภ์ การกลับมารักษาซ้ำ อายุครรภ์เมื่อคลอด และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลนครพิงค์ ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีมาเป็นกรอบเชิงเนื้อหาประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินและคัดกรอง 2) วางแผนการพยาบาล 3) ประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขา 4) ให้การพยาบาลทั้งกาย จิตสังคมและองค์รวม และ



Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women
with Preterm Labor at Nakornping Hospital
การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
โรงพยาบาลนครพิงค์

5) ติดตามและประเมินผล (Case Management Society of America, 2016) เพื่อปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พัฒนาขึ้นตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลบริการคลอดประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนคลอด คือ ระยะแรกรับ และรอคลอด ได้แก่ คัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (scoring the risk of preterm delivery) การพยาบาลแรกรับอย่างเร่งด่วน (fast track) โดยใช้กระบวนการลีน (lean) การพยาบาลการได้รับยาขยับยั้งการหดตัวของมดลูก การพยาบาลลดความเจ็บปวดในระยรรอคลอด 2) ระยะคลอด ได้แก่ ช่วยทำคลอด ประสานสูติแพทย์ กุมารแพทย์และหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเตรียมอุปกรณ์กู้ชีพทารกแรกเกิด และ 3) ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ได้แก่ การพยาบาลตามหลักการประเมินการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพหลังคลอดตามหลัก BUBBLE HE assessment การสร้างเสริมสุขภาพทั้งกาย จิต อารมณ์ สังคม คุ้มครองภาวะสุขภาพ การจัดการความเสี่ยง การให้ข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเอง การพิทักษ์สิทธิการบันทึกทางการพยาบาลโดยหลัก Focus charting และการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้พยาบาลปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อสามารถยืดอายุครรภ์จนใกล้ครบกำหนดหรือครบกำหนด พยาบาลและหญิงตั้งครรภ์พึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา ลดการกลับมารักษา และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2564-เดือนมีนาคม 2565 และ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 37 คน

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 คือ หญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลนครพิงค์ คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีการหดตัวของมดลูก 4 ครั้งใน 10 นาที หรือตั้งแต่ 8 ครั้งใน 1 ชั่วโมง หรือทุก 10 นาที ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก 2) ปากมดลูกเปิดขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร 3) มีความบางของมดลูกอย่างน้อยร้อยละ 80, 4) อายุครรภ์แน่นอน คือ ระหว่าง 28-36⁺6 สัปดาห์ โดยจากการตรวจครรภ์หรือจากการตรวจอัลตราซาวด์พบขนาดทารกใกล้เคียงอายุครรภ์ 5) ครรภ์ปัจจุบันไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น 6) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 7) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ หญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างการรักษาภายใน 24 ชั่วโมง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 1) กลุ่มก่อนการนำรูปแบบมาใช้ เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแผนการรักษาและการดูแลตามอาการแสดง จำนวน 32 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ตุลาคม 2564 และ 2) กลุ่มที่นำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2564 ถึง เดือนมีนาคม 2565 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามกรอบเวลา

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 คือ พยาบาลวิชาชีพ คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 16 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ ปฏิบัติงานในห้องคลอดอย่างน้อย 3 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลบริการคลอดของสำนักงานพยาบาล (Office of Nursing, 2007) ประกอบด้วย 8 ส่วน ได้แก่ 1) การพยาบาลระยะก่อนคลอด 2) การพยาบาลในระยรรอคลอด



Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women
with Preterm Labor at Nakornping Hospital
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
โรงพยาบาลนครพิงค์

3) การพยาบาลในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง 4) การสร้างเสริมสุขภาพ 5) การคุ้มครองภาวะสุขภาพ 6) การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ 7) การพิทักษ์สิทธิ และ 8) การบันทึกทางการพยาบาล ภายใต้แนวปฏิบัติที่มีเครื่องมือที่ใช้ประกอบการพยาบาล คือ 1) คู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 2) แนวทางในการประเมินแรกรับ และต่อเนื่องแบบเร่งด่วน โดยใช้กระบวนการสั้น 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล 4) ห้องอภิบาลทารกในครรภ์ สำหรับการเรียนรู้ของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้การดูแลแบบองค์รวม และ 5) โปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลในการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย แบบบันทึก แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ 6 ส่วน ได้แก่

1) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลบริการคลอดของสำนักการพยาบาล (Office of Nursing, 2007) ประกอบด้วย 8 มาตรฐาน ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะก่อนคลอด (แรกรับ และรอคลอด) 2) การพยาบาลในระยะคลอด 3) การพยาบาลในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง 4) การสร้างเสริมสุขภาพ 5) การคุ้มครองภาวะสุขภาพ 6) การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ 7) การพิทักษ์สิทธิ และ 8) การบันทึกทางการพยาบาล

การให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ จาก 1-3 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 9 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 3 คะแนน แนวทางการให้คะแนน 3 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมนี้มาก (ปฏิบัติทุกครั้ง) 2 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ปานกลาง (ปฏิบัติมากกว่าร้อยละ 50) 1 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ปานกลาง (ปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 50)

การแปลผลคะแนน คะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัย คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมนี้มาก คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมนี้น้อย

2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ลำดับที่การตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนอื่นในระยะตั้งครรภ์

3) แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก การยืดอายุครรภ์ การกลับมารักษาซ้ำ อายุครรภ์เมื่อคลอด และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

4) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยผู้ดูแลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 16 คน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติของ ฉวีวรรณ ธงชัย และ พิกุล นันทชัยพันธ์ (Thongchai & Nantachaiapan, 2004) โดยกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยมากที่สุด/ เห็นด้วยมาก/ เห็นด้วยปานกลาง/ เห็นด้วยน้อย/ เห็นด้วยน้อยที่สุด คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 35 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 7 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัย ค่าเฉลี่ย 4.20-5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.40-4.19 หมายถึง เห็นด้วยมาก ค่าเฉลี่ย 2.60-3.39 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.80-2.59 หมายถึง เห็นด้วยน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.79 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

5) แบบสอบถามความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อรูปแบบการพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยกำหนดระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 100 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 20 คะแนน



Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women
with Preterm Labor at Nakornping Hospital
การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
โรงพยาบาลนครพิงค์

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับโดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัย ค่าเฉลี่ย 4.20–5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.40–4.19 หมายถึง พึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ย 2.60–3.39 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.80–2.59 หมายถึง พึงพอใจน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00–1.79 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

6) แบบสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์เชิงลึก และแนวทางสนทนากลุ่มที่ผู้ให้บริการ
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น คู่มือประกอบการใช้รูปแบบการพยาบาล แนวทางในการประเมินแรกรับและต่อเนื่องแบบเร่งด่วน โปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาล แบบสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์เชิงลึก แนวทางสนทนากลุ่มที่ผู้ให้บริการ แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล แบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาผดุงครรภ์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 1 ท่าน สูติแพทย์จำนวน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา หลังจากปรับตามข้อเสนอแนะแล้วนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย แล้วนำมาปรับให้เหมาะสมและง่ายต่อการเข้าใจ ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล แบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแล โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย และแบบสอบถามความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ โดยนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88, 0.94 และ 0.92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในคน โรงพยาบาลนครพิงค์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 191/63 และ 077/64 ผู้วิจัยแจ้งให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และทีมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใช้แนวปฏิบัติทางในห้องคลอด ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษาโดยไม่มี การบังคับใด ๆ การตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลต่อการดูแลรักษา และชี้แจงให้ทราบว่าถ้าหากเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาตามความต้องการ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ได้นำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยจึงให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลบริการคลอด ตาม 8 มาตรฐาน ของกองการพยาบาล ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ปัญหาและนำไปทดลองใช้ ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะก่อนคลอด ได้แก่ ระยะแรกรับ และรอคลอด 2) การพยาบาลในระยะคลอด 3) การพยาบาลในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง โดยขับเคลื่อนผ่านพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ดำเนินการวิจัยเป็น 5 ขั้นตอน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2564-เดือนมีนาคม 2565 ดังนี้



Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women
with Preterm Labor at Nakornping Hospital
การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
โรงพยาบาลนครพิงค์

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ (research)

วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในเดือนกรกฎาคม 2564 ดังนี้ 1) สัมภาษณ์เชิงลึกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 10 คน 2) สนทนากลุ่มกับทีมผู้ให้บริการประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด 16 คน 3) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมผู้ให้บริการ หญิงตั้งครรภ์และญาติ จำนวน 10 คน และ 4) สังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจริงในห้องคลอด โดยใช้เครื่องมือ 1) แบบสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์เชิงลึก (in-depth interview) และ 2) แนวทางการสนทนากลุ่มทีมผู้ให้บริการ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาล (development)

นำผลการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ ในระยะที่ 1 นำเสนอในการสนทนากลุ่มต่อทีมพยาบาลผู้ให้บริการเพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบการพยาบาล ระหว่างเดือนกันยายน ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2564 โดยดำเนินการ ดังนี้ 1) ประชุมระดมสมองทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) กำหนดขั้นตอน แนวทางรูปแบบที่ใช้ในการพยาบาล ตั้งแต่เข้ารับบริการจนจำหน่าย และติดตามหลังจำหน่าย วางรูปแบบการบริการแบบเร่งด่วน วางรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม โดยจัดสิ่งแวดล้อมการดูแลให้เหมือนบ้านในห้องอภิบาลทารกในครรภ์ภายในห้องคลอด 3) สร้างเครื่องมือและจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลและแบบประเมิน โดยพัฒนาขึ้นตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลบริการคลอดของสำนักการพยาบาล (Office of Nursing, 2007) พร้อมตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ 4) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โรงพยาบาลนครพิงค์ เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 5) กำหนดบทบาทและมอบหมายหน้าที่ โดยมอบหมายพยาบาลทำหน้าที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณี โดยมีบทบาทหน้าที่ประเมินปัญหา คัดกรอง เป็นแกนนำในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ประสานการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ วางแผนการดูแลตั้งแต่แรกถึงจำหน่าย รวมทั้งถ่ายทอดความรู้ให้กับหญิงตั้งครรภ์และญาติ ติดตามประเมินผล และ 6) จัดทำคู่มือการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด

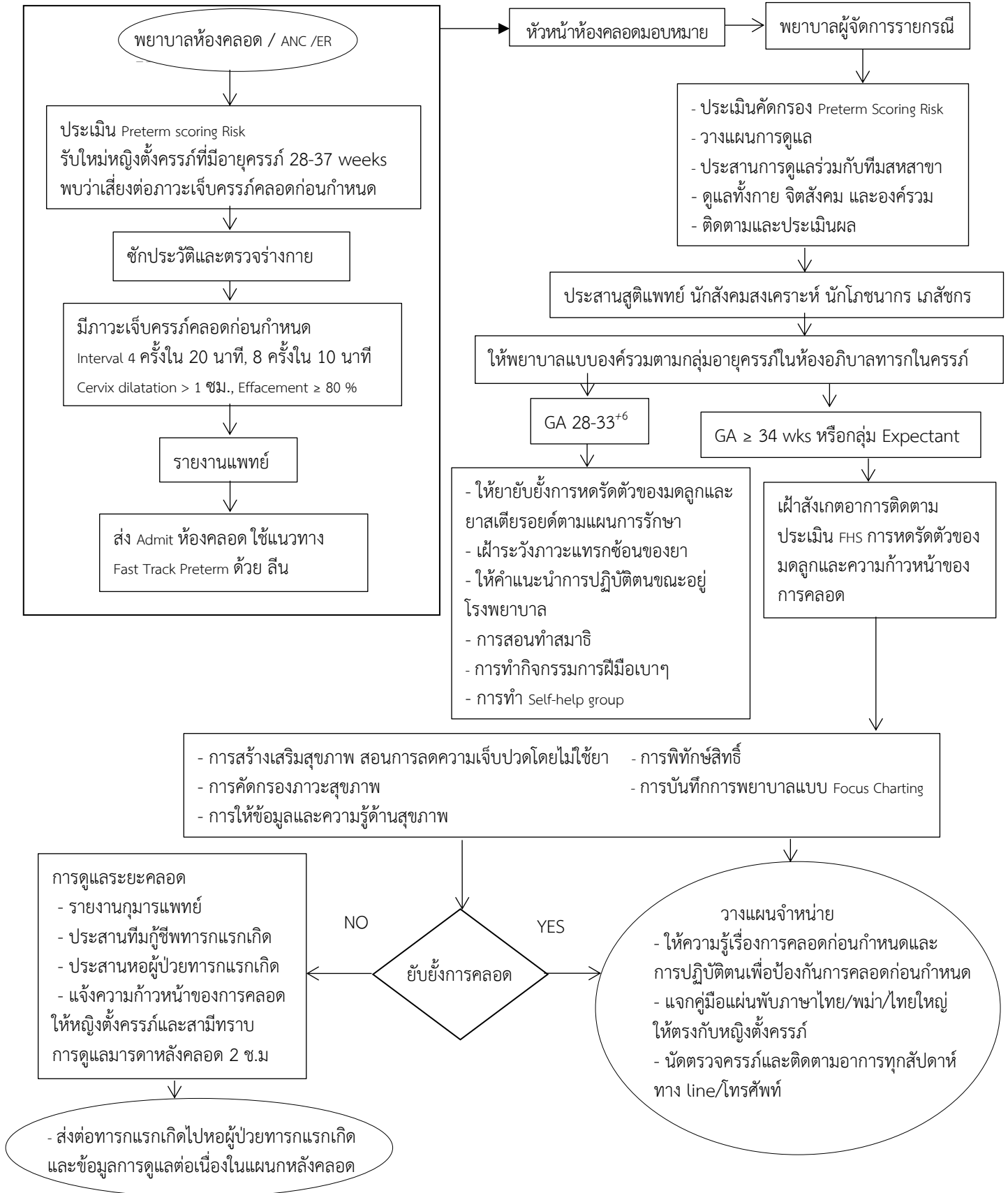
ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในการดูแล (research)

นำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ ดังนี้ 1) ประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติแก่ทีมผู้ให้บริการ 2) นำรูปแบบของกิจกรรมการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดฉบับ “ร่าง” ที่สร้างขึ้น ไปทดลองใช้ในการให้การพยาบาลจำนวน 5 คน โดยพยาบาล 1 คน ให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ 1 คน 3) เก็บรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันของทีมพยาบาล 4) นำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการพยาบาลครั้งที่ 2 และ 5) ทดลองรูปแบบการพยาบาล ครั้งที่ 2 พบว่า มีกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องแก้ไข คือ การประเมินคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดขณะแรกรับที่ห้องคลอด ยังล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดบางราย ผู้วิจัยจึงประชุมทีมพยาบาลเน้นให้ปฏิบัติตามแนวทางการบริการแบบเร่งด่วนทันทีแรกรับ เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว เพื่อยืดอายุครรภ์ให้ครบกำหนดให้มากที่สุด รูปแบบการพยาบาล ดังแผนภาพที่ 1



Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women with Preterm Labor at Nakornping Hospital
 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
 โรงพยาบาลนครพิงค์

รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลนครพิงค์



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด



Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women
with Preterm Labor at Nakornping Hospital
การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
โรงพยาบาลนครพิงค์

ขั้นตอนที่ 4 ปฏิบัติและประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาล (research)

ปฏิบัติและประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาล ดังนี้ 1) ด้านผู้ให้บริการ ประเมินการปฏิบัติการพยาบาล และความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาล 2) ด้านผู้ใช้บริการ ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล 3) ด้านคุณภาพบริการ โดยเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูก การกลับมารักษาซ้ำ การยืดอายุครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด และค่ารักษาพยาบาลระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนา และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการตั้งครรภ์ของผู้คลอด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มโดยใช้สถิติ independent t-test และ chi square test

2. ข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาล ความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบการดูแล และแบบสอบถามความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลระหว่างกลุ่มก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาล และหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลในด้าน ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูก การกลับมารักษาซ้ำ การยืดอายุครรภ์ ด้วยสถิติทดสอบ Fisher's exact test เปรียบเทียบอายุครรภ์เมื่อคลอด และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ด้วยสถิติ independence t-test

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลนครพิงค์ ตามขั้นตอนการพัฒนาพบว่า อาคารสถานที่ เตี้ย และห้องพักรักษาหญิงตั้งครรภ์ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ เช่น ตู้อบทารกแบบเคลื่อนย้ายมีไม่เพียงพอส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า สมรรถนะของพยาบาลและพยาบาลผู้จัดการรายกรณียังพร่องความรู้ และสมรรถนะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในเรื่อง การคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การพยาบาลเมื่อได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูก การให้ข้อมูลและการสื่อสารกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความต่างกันของภาษา และขาดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล และที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลนครพิงค์ ดังนั้น การพยาบาลจึงมุ่งเน้นการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาและดูแลตามอาการ นอกจากนี้ การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ครอบคลุม เช่น พนักงานเปลรับส่งหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลยังมีความล่าช้า ทำให้ระยะเวลาการได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูกล่าช้า ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลล่าช้าและไม่ต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์สถานการณ์ยังพบว่า สิ่งที่ยาบาลต้องการ คือ การอบรมให้ความรู้ที่เน้นการปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปในทางเดียวกันและการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้

2. รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามบริบทของโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยใช้การจัดการรายกรณี ประกอบด้วย

2.1 มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่อยู่ในห้องคลอดมีบทบาทหน้าที่ ประเมินปัญหาและคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ขณะแรกรับที่ห้องคลอด วางแผนการดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่องและวางแผนจำหน่ายโดย



Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women
with Preterm Labor at Nakornping Hospital
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
โรงพยาบาลนครพิงค์

ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งกายและจิตสังคม ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/ไลน์ และประเมินผล

2.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย ระยะแรกเริ่ม ได้แก่ คัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (scoring the risk of preterm delivery) แนวทางการพยาบาลแบบเร่งด่วน (fast track) โดยใช้กระบวนการคืน การพยาบาลเมื่อได้รับยาหยุดการหดตัวของมดลูก แผนการสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยจัดสิ่งแวดล้อมแบบผ่อนคลาย ได้แก่ จัดให้พูดคุยแบบกลุ่มกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน (group support) การฟังเพลงที่ชอบเบา ๆ ทำกิจกรรมเบา ๆ ตามชอบ เช่น ถักโครเชต์ ปักคลอสติส และร้อยลูกปัด การทำสมาธิก่อนนอน

สำหรับการพยาบาลในระยะรอคลอด ได้แก่ การพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาแก้ปวด ได้แก่ การใช้เทคนิคหายใจ การลูบหน้าท้อง การใช้ท่าศีรษะสูง ประคบร้อนและการนวด เป็นต้น การพยาบาลระยะคลอด ได้แก่ ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ประเมินสภาวะทารกในครรภ์ด้วยเครื่องบันทึกการหดตัวของมดลูกและฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (electronic-fetomonitoring: EFM) ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด โดยจัดท่าศีรษะสูง (upright position) และสอนการเบ่งคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ถุงดวงเลือด รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติ การช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ ประสานกุมารแพทย์ เตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ตู้อบเคลื่อนที่ และประสานหอผู้ป่วยหนัก ทารกแรกเกิดเพื่อเตรียมรับทารกคลอดก่อนกำหนด เตรียมการคลอดโดยการผ่าตัดทารกออกทางหน้าท้อง

ส่วนการพยาบาลระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ได้แก่ ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที และทุก 1 ชั่วโมง จนอยู่ในภาวะปกติ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดที่สำคัญ คือ การตกเลือดหลังคลอดในมารดา เฝ้าระวังภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิด ในกรณีที่ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม เตรียมย้ายทารกไปหอผู้ป่วยหนัก ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก และให้ลูกดูดนมแม่ทันทีแรกคลอด ในกรณีไม่มีข้อห้าม ประเมินความพร้อมของมารดาและทารกก่อนเคลื่อนย้ายไปหน่วยหลังคลอด กรณีมีภาวะคุกคามชีวิตและภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ให้รายงานแพทย์และการพยาบาลช่วยเหลือเบื้องต้นและแจ้งข้อมูลแก่ญาติเป็นระยะ ๆ และเปิดโอกาสให้ซักถาม ประเมินการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพหลังคลอด ตามหลัก BUBBLE HE assessment และการป้อนนมในระหว่างบุตรรับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด การคุ้มครองภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิ การบันทึกทางการพยาบาลใช้แบบ focus charting ให้ครอบคลุม ถูกต้อง ชัดเจน กะทัดรัดและต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่าย

3. ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย การพัฒนาปรับสถานที่สิ่งแวดล้อมห้องพัคนอนและเตียงหญิงตั้งครรภ์ ให้ได้ตามมาตรฐานของการป้องกันโควิด 19 จัดหาเครื่องมือแพทย์ให้เพียงพอ พัฒนาพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในกลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมาใช้ในการดูแล และการประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลภายหลังการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาไปใช้ และประเมินผลลัพธ์ ดังนี้

3.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ

3.1.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการนำไปใช้พบว่า ทุกระยะของแนวทางปฏิบัติพยาบาลได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติระดับมาก (M = 2.93) ดังตารางที่ 1



Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women
with Preterm Labor at Nakornping Hospital
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
โรงพยาบาลนครพิงค์

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจากการนำไปใช้จริง 30 ราย (n = 16)

แนวปฏิบัติทางการพยาบาล	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ		ระดับการปฏิบัติ
	M	SD	
1. ระยะก่อนคลอด (แรกเริ่ม และรอคลอด)	2.93	0.25	มาก
2. การพยาบาลในระยะคลอด	2.93	0.25	มาก
3. การพยาบาลในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง	2.93	0.25	มาก
ภาพรวม	2.93	0.25	มาก

3.1.2 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่า ทีมผู้ให้บริการเห็นด้วยกับการนำรูปแบบการพยาบาลมาใช้ในระดับมากที่สุดในด้านเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ รองลงมา คือ ด้านความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ มีความเหมาะสมของเนื้อหา ช่วยประหยัดและลดต้นทุน มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ มีความง่ายต่อการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาล และพึงพอใจในภาพรวมในระดับมากที่สุด (M = 4.71, SD = 0.34) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้ดูแลจริง 30 ราย (n = 16)

ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาล	(M)	(SD)	ระดับความคิดเห็น
1. ความง่ายต่อการปฏิบัติ	4.56	0.62	มากที่สุด
2. ความชัดเจนของรูปแบบการพยาบาล	4.68	0.47	มากที่สุด
3. ความเหมาะสมของเนื้อหา	4.75	0.44	มากที่สุด
4. การเกิดผลดีต่อหญิงตั้งครรภ์	4.87	0.34	มากที่สุด
5. การช่วยประหยัดและลดต้นทุน	4.68	0.47	มากที่สุด
6. ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	4.62	0.50	มากที่สุด
7. ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายทางการพยาบาล	4.81	0.40	มากที่สุด
ภาพรวม	4.71	0.34	มากที่สุด

3.2 ด้านผู้ใช้บริการ

3.2.1 จำนวน และร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่า กลุ่มก่อนการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ จำนวน 32 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 53.30 อายุเฉลี่ย 28.28 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 96.87 หย่า ร้อยละ 3.13 วุฒิการศึกษา ไม่ได้เรียน ร้อยละ 37.50 และมีมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 28.12 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53.12 รองลงมา คือ แม่บ้าน ร้อยละ 31.25 ส่วนใหญ่รายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 34.38 และส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลังร้อยละ 65.63



Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women
with Preterm Labor at Nakornping Hospital
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
โรงพยาบาลนครพิงค์

สำหรับกลุ่มหลังการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ จำนวน 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 53.30 อายุเฉลี่ย 26.53 ปี นับถือศาสนาพุทธและสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100 วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมต้น ร้อยละ 26.67 รองลงมา คือ ปริญญาตรี ร้อยละ 23.33 และส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่ รายได้มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 56.67 และเมื่อนำข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ลำดับการตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ไปการทดสอบความต่างระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

3.2.2 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.63, SD = 0.32) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อรูปแบบการพยาบาล (N = 30)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ระดับความพึงพอใจ
	M	SD	
ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล	4.63	0.32	มากที่สุด

3.3 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ

ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษา โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์การพยาบาลก่อนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลใน 4 เดือนแรก ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง ตุลาคม 2564 และหลังพัฒนารูปแบบการพยาบาลเดือนธันวาคม 2564 ถึง มีนาคม 2565 พบว่า

3.3.1 ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาหย็บยั้งภาวะหดตัวของมดลูกของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มหลังการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้พบว่า ลดลงจากร้อยละ 9.4 เหลือ 0 การยืดอายุครรภ์ มีการยืดอายุครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง ร้อยละ 100 การกลับมารักษาซ้ำพบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาลระหว่างกลุ่มก่อนการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้และกลุ่มหลังการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ ในด้านภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาหย็บยั้งการหดตัวของมดลูก การกลับมารักษาซ้ำ และการยืดอายุครรภ์

รายการ	กลุ่มก่อนการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ (n = 32)		กลุ่มหลังการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ (n = 30)		P-Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาหย็บยั้งการหดตัวของมดลูก					0.238
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	29	90.6	30	100	
มีภาวะแทรกซ้อน	3	9.4	0	0	
การกลับมารักษาซ้ำ					0.703
กลับมารักษาซ้ำ	3	9.4	4	13.3	
ไม่กลับมารักษาซ้ำ	29	90.6	26	86.7	



Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women
with Preterm Labor at Nakornping Hospital
การพัฒนาแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
โรงพยาบาลนครพิงค์

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาลระหว่างกลุ่มก่อนการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้และกลุ่มหลังการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ ในด้านภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก การกลับมารักษาซ้ำ และการยืดอายุครรภ์ (ต่อ)

รายการ	กลุ่มก่อนการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ (n = 32)		กลุ่มหลังการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ (n = 30)		P-Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การยืดอายุครรภ์					0.001*
น้อยกว่า 48 ชั่วโมง	23	71.9	0	0	
มากกว่า 48 ชั่วโมง	9	28.1	30	100	

หมายเหตุ Fisher's exact test

* p < .05

3.3.2 อายุครรภ์เมื่อคลอดพบว่า กลุ่มหลังการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้มีอายุครรภ์เมื่อคลอด 37.04 สัปดาห์ มากกว่ากลุ่มก่อนการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ (32.12 สัปดาห์) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพบว่า กลุ่มหลังการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มก่อนการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาลระหว่างกลุ่มก่อนการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ และกลุ่มหลังการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ ในด้านอายุครรภ์เมื่อคลอด และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

รายการ	กลุ่มก่อนการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ (n = 32)		กลุ่มหลังการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ (n = 30)		P-Value
	M	SD	M	SD	
อายุครรภ์เมื่อคลอด	32.12	2.52	37.04	1.82	0.001*
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (บาท)	105,638.56	8.38	38,439.93	3.36	0.001*

หมายเหตุ independent t- test

* p < .05

การอภิปรายผล

การพัฒนาแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้นโดยทีมวิจัย ช่วยให้ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการดีขึ้น ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลนครพิงค์ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยดูจากคะแนนการปฏิบัติตามแนวทาง และความคิดเห็นของพยาบาลที่อยู่ในระดับมากที่สุด เพราะการใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีมีจุดเด่นที่ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบท และกระบวนการ Research and Development มีส่วนช่วยให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีขั้นตอนที่ผู้ร่วมงานได้ร่วมวิเคราะห์ปัญหา พัฒนา และประเมินผลร่วมกัน โดยนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหาหรือเป็นความต้องการมาปรับปรุงแก้ไข เช่น การจัดซื้อเครื่องมือแพทย์เพิ่มเติม โดยจัดซื้อตู้อบเด็กแบบเคลื่อนย้าย และเครื่องตรวจและบันทึกการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์แบบต่อเนื่อง เป็นต้น



Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women
with Preterm Labor at Nakornping Hospital
การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
โรงพยาบาลนครพิงค์

การพัฒนาารูปแบบการพยาบาล โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ในการประเมิน คัดกรอง ขณะแรกรับที่ห้องคลอด วางแผนการดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง และวางแผนจำหน่ายโดยประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม มีการสื่อสารกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความต่างกันของหลายภาษา ได้แก่ ภาษาพม่า และไทยใหญ่ เป็นต้น มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/ไลน์ และประเมินผล ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณีย์ แก้วคงธรรม (Kaewkongtham, 2017) ที่ศึกษาการจัดการรายกรณีในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่า พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้ความรู้ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองผ่านตามเกณฑ์ มีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง

นอกจากนี้ แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลบริการคลอดประกอบด้วย ในระยะแรกรับ ได้แก่ แนวทางการคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด แนวทางการดูแลอย่างเร่งด่วน โดยใช้กระบวนการสืบ การพยาบาลเมื่อได้รับยา ยับยั้งการหดตัวของมดลูก การพยาบาลในระยะก่อนคลอด ได้แก่ แรกรับและรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง การสร้างเสริมสุขภาพ การคุ้มครองภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิ การบันทึกทางการพยาบาล โดยให้การดูแลภายใต้บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมคล้ายบ้าน ให้การพยาบาลแบบองค์รวม สนับสนุนให้สามีและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลเพื่อลดความเครียด ลดการไม่สมัครอยู่ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลเพื่อรับยา ยับยั้งการหดตัวของมดลูก และยากระตุ้นปอดทารกจนครบ

2. ผลการนำารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมาใช้พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พึงพอใจในารูปแบบการพยาบาลในระดับมากที่สุด เนื่องจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณีให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน หรือคลอดโดยพยาบาลคนเดียวตลอดการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้เกิดผลดีต่อหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ กล้าที่จะพูดคุยปรึกษาเมื่อมีปัญหา ส่งต่อข้อมูลโดยประสานงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ จัดอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ สนับสนุนการดูแลกรณีที่ไม่ยับยั้งการคลอดหรือยับยั้งไม่สำเร็จ วางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ ให้ความรู้โดยเลือกใช้สื่อที่ผลิตขึ้น ได้แก่ สื่อภาษาไทย พม่า และไทยใหญ่ เป็นต้น นอกจากนี้ พยาบาลได้สอน และสาธิตย้อนกลับ เรื่องประเมินการหดตัวของมดลูก การนับลูกดิ้น การจับชีพจร การวางแผนวันจำหน่าย โดยการทบทวนคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา เน้นย้ำเรื่องการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการเตือน และการเข้ารับการรักษาแบบเร่งด่วน การรับประทานยา ยับยั้งการหดตัวของมดลูก และอาการข้างเคียงจากยา รวมทั้งได้แจ้งให้ทราบถึงแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือต่าง ๆ และได้ประสานการดูแลต่อเนื่องกับฝ่ายเวชกรรมสังคม

การดูแลตามารูปแบบการพยาบาลที่ได้พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยา ยับยั้งการหดตัวของมดลูกของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มลดลง เพราะการดูแลอย่างใกล้ชิดของพยาบาลหลังได้รับยา ยับยั้งการหดตัวของมดลูก เป็นการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็ว เพื่อประสานแพทย์ในการปรับขนาดและชนิดของยาที่ได้ทันท่วงที สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณีย์ แก้วคงธรรม (Kaewkongtham, 2017) ที่พบว่า การจัดการรายกรณีในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ช่วยให้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยา ยับยั้งการหดตัวของมดลูก

การยึดอายุครรภ์พบว่า รารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถยึดอายุครรภ์ได้มากกว่า 48 ชั่วโมง ร้อยละ 100 และอายุครรภ์เมื่อคลอดพบว่า กลุ่มหลังการนำารูปแบบที่พัฒนามาใช้มีอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอดเท่ากับ 37.04 สัปดาห์ ซึ่งมากกว่ากลุ่มก่อนการนำารูปแบบที่พัฒนามาใช้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณีให้การดูแลแบบองค์รวม ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม โดยจัดให้อยู่ใน



Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women
with Preterm Labor at Nakornping Hospital
การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
โรงพยาบาลนครพิงค์

ห้องพักที่มีบรรยากาศคล้ายบ้าน สอนการปฏิบัติตัวให้หญิงตั้งครรภ์เพื่อลดความเครียด โดยให้ทำกิจกรรมเบา ๆ ที่ผ่อนคลาย เช่น การถักนิตติ้ง ร้อยลูกปัด การทำสมาธิ และให้ญาติเข้าเยี่ยมได้ตามต้องการ สามารถความเครียดและลดการหดตัวของมดลูกได้ จึงสามารถยืดอายุครรภ์ออกไปได้ สอดคล้องกับการศึกษา วรณี แก้วคงธรรม (Kaewkongtham, 2017) ที่พบว่า การจัดการรายกรณีในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูกสามารถยืดอายุครรภ์ได้ถึงอายุครรภ์มากกว่า 35 สัปดาห์ และจากการศึกษาของ พรศิริ เสนอิธิ และคณะ (Senthiri et al., 2016) ที่พบว่า การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ต่อการคลอดก่อนกำหนดทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงโดยให้คำแนะนำ การวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว สามารถยืดอายุครรภ์ได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของชวีญจิต เชิงชวโน และคณะ (Cherngchawano et al., 2023) ที่ศึกษาการพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยใช้การจัดการรายกรณีพบว่า สามารถยืดอายุครรภ์ได้

นอกจากนี้ การดูแลระหว่างอยู่โรงพยาบาลโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีการวางแผนจำหน่าย แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหดตัวของมดลูก โดยใช้สื่อการสอนหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับญาติเป็นภาษาไทย ภาษาพม่า และภาษาไทยใหญ่ สอนให้สังเกตภาวะผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การพบการหดตัวมากกว่า 4 ครั้ง ใน 20 นาที ให้รีบมาโรงพยาบาลทันทีเพื่อให้ได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูกอย่างทันท่วงทีป้องกันการเปิดขยายของปากมดลูก ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์ต่อไป และมีอายุครรภ์เมื่อคลอดที่ใกล้ครบกำหนดคลอดให้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา มณีโชติ และ นิจีสาร นังคลา (Maneechot & Nangkla, 2017) ที่พบว่า รูปแบบการดูแลจากพยาบาลสามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์มีอายุครรภ์เมื่อคลอดเท่ากับ 37.06 สัปดาห์ และแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพบว่า กลุ่มหลังการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้มีค่าใช้จ่ายเมื่อคลอดเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มก่อนการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เนื่องจากการที่หญิงตั้งครรภ์สามารถยืดอายุครรภ์จนใกล้ครบกำหนด และมีอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอดมากขึ้น ส่งผลให้ทารกแรกเกิดไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและภาวะแทรกซ้อน ลดการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกเกิด ซึ่งต้องใช้อุปกรณ์และวิธีการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณี แก้วคงธรรม (Kaewkongtham, 2017) ที่พบว่า การจัดการรายกรณีในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชวีญจิต เชิงชวโน และคณะ (Cherngchawano et al., 2023) ที่ศึกษาการพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยใช้การจัดการรายกรณีพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง

สำหรับการกลับมารักษาซ้ำระหว่างกลุ่มหลังการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ ไม่แตกต่างกันกับกลุ่มก่อนการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ อาจเนื่องจากทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งตวรรณ ช้อยจ่อหอ และคณะ (Chojjorhor et al., 2009) และ ญัฐมณชน โกศัย และคณะ (Kosai et al., 2011) ที่พบว่า การกลับมารักษาซ้ำไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ศึกษา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม มีปัจจัยเสี่ยงไม่ต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำรูปแบบการพยาบาลโดยใช้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีไปใช้ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลเครือข่าย



Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women
with Preterm Labor at Nakornping Hospital
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
โรงพยาบาลนครพิงค์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยใช้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ภาวะเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ และภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น

References

- Baosoung, C. (2018). Nursing care of pregnant women with premature contraction. In N. Sansiriphan & C. Baosoung (Eds.), *Nursing and midwifery: Women with complications* (2nd ed., pp. 244-259). Chiang Mai University. (in Thai)
- Case Management Society of America. (2016). *Standards of practice for case management*. Little Rock.
- Cherngchawano, K., Chanthathip, W., & Boongthong, J. (2023). Development of nursing for pregnant to preterm labour, Sisaket Hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 41(1), e260934. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/260934/176727> (in Thai)
- Chojjorhor, R., Serisathien, Y., Ratinthorn, A., & Kovavisarach, E. (2009). The effects of nursing therapeutics on preventive management of preterm labor, readmission and gestational age at birth in pregnant women with preterm labor. *Nursing Science Journal of Thailand*, 27(2), 39-48. (in Thai)
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Spong, C. Y., & Casey, B. M. (2022). *Williams obstetrics* (26th ed.). McGraw-Hill.
- Department of Medical Services. (2023). *Guidelines for preventing preterm birth in Thailand*. Department of Medical Services, Ministry of Public Health.
- Kaewkongtham, W. (2017). Case management in women with preterm labor. In T. Kolatat & C. Jaratthong (Eds.), *Premature birth solving Thailand's problems* (pp. 72-77). Advance Printing Service. (in Thai)
- Kosai, N., Baosoung, C., & Kantaruksa, K. (2011). Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for care of women with preterm labor, labor unit, Sukhothai Hospital. *Nursing Journal*, 38(3), 30-41. (in Thai)
- Maneechot, K., & Nangkla, N. (2017). The development of the care model for pregnant women with preterm labor at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. *Journal of Nursing Division*, 44(2), 7-25. <https://search.tci-thailand.org/article.html?b3BlbkFydGljbGUmaWQ9MjE2MjY4> (in Thai)
- Office of Nursing. (2007). *Nursing standards in hospitals*. Thammasat Printing Press. (in Thai)
- Policy and Planning Information Center Nakornping Hospital. (2020). *Pregnant women with preterm labor statistics*. Nakornping Hospital. (in Thai)
- Senthiri, P., Srisong, S., Pomprakai, R., & Permchat, M. (2016). Development of the nursing model for pregnant women to prevent preterm labour. *Journal of Nursing and Health Care*, 34(2), 164-173. (in Thai)



Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women
with Preterm Labor at Nakornping Hospital
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
โรงพยาบาลนครพิงค์

- Thongchai, C., & Nantachaipan, P. (2004). *Opinion survey on the use of the guideline*. Faculty of Nursing Chiang Mai University. (in Thai)
- Vanapirak, C., & Thongsong, T. (2021). *Labor pain and premature birth*. In T. Thongsong, (Ed.), *Obstetrics* (6th ed., pp. 248-268.). Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University. (in Thai)
- World Health Organization. (2023). *Preterm birth*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>



Effect of a Psychosocial Support Program on Child Care Self-Efficacy and Postpartum Depression in First-Time Mothers*

ผลของโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก*

Kuntida	Kunlapatsangtong**	กุนธิดา	กุลภัทร์แสงทอง**
Wanna	Phahuwatanakorn***	วรรณภา	พาหุวัฒน์กร***
Piyanun	Limruangrong****	ปิยนันท์	ลิ้มเรืองรอง****
Wimolnun	Putdivarnichapong****	วิมลนันท์	พุดมิวณิชพงศ์****

Abstract

The postpartum period is considered a high-risk time for postpartum depression, which affects the health of the mother and child, as well as the relationships among the mother, child, husband, and family. A lack of motherhood experience can affect child care self-efficacy, leading to anxiety and an increased risk of postpartum depression. This study aimed to examine the effects of a psychosocial support program on child care self-efficacy and postpartum depression in first-time mothers. The participants were 46 first-time postpartum mothers admitted in the postpartum ward at a tertiary hospital in Bangkok. The experimental group (n = 23) received the psychosocial support program in addition to standard nursing care while the control group (n = 23) received only standard nursing care. Data were collected using a personal questionnaire, the Thai version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), and a measure of perceived child care self-efficacy. Data were analyzed using descriptive statistics and the Mann-Whitney U test.

The study revealed that the mean score of perceived child care self-efficacy in the experimental group was statistically significantly higher than that of the control group ($z = -4.06$, $p < .001$). Additionally, the mean score for postpartum depression in the experimental group was statistically significantly lower than that of the control group ($z = -5.03$, $p < .001$).

The findings of this study show that the psychosocial support program can promote self-efficacy in childcare and reduce the risk of postpartum depression.

Keywords: Child care self-efficacy; First-time mothers; Postpartum depression; Psychosocial support program

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Mahidol University

** Graduate student of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Mahidol University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University;

e-mail: wanna.pha@mahidol.ac.th

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

***** Assistant Professor, College of Nursing, Dhurakij Pundit University

Received 20 January 2025; Revised 30 June 2025; Accepted 14 July 2025



Effect of a Psychosocial Support Program on Child Care Self-Efficacy and Postpartum Depression in First-Time Mothers

ผลของโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก

บทคัดย่อ

ระยะหลังคลอดถือเป็นช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของมารดาและบุตร รวมถึงสัมพันธ์ภาวะระหว่างมารดา บุตร สามี และครอบครัว การขาดประสบการณ์การเป็นมารดา อาจส่งผลต่อความสามารถของตนเองในการเลี้ยงดูบุตร ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ที่เข้ารับบริการที่แผนกหลังคลอด ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 ราย กลุ่มควบคุม 23 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด EPDS ฉบับภาษาไทย และแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตรในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.06, p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -5.03, p < .001$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคม สามารถช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร และลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร มารดาหลังคลอดครรภ์แรก ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล e-mail: wanna.pha@mahidol.ac.th
**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

วันที่รับบทความ 20 มกราคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 30 มิถุนายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 14 กรกฎาคม 2568



Effect of a Psychosocial Support Program on Child Care Self-Efficacy and Postpartum Depression in First-Time Mothers

ผลของโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครั้งแรก

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระยะหลังคลอด เป็นช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูง โดยมีความเสี่ยงมากขึ้นถึง 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาอื่น ๆ จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใน 50 ประเทศทั่วโลก ช่วงปี ค.ศ. 2010 ถึง 2016 พบว่า มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 4.0-63.9 โดยประเทศที่พบความชุกน้อยที่สุด คือ ประเทศญี่ปุ่น และประเทศที่พบความชุกสูงที่สุด คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา ตามลำดับ (Arifin et al., 2018) ทั้งนี้ ความแตกต่างทางวัฒนธรรม การปฏิบัติตัว ความเชื่อ และค่านิยมทางสังคมของแต่ละประเทศ อาจมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลพบว่า แนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจากร้อยละ 10.3 ในปี พ.ศ. 2556 (Chousawai & Worraruktanun, 2019) เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 18.8 ในปี พ.ศ. 2561 (Nuanchawee et al., 2018) นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทพบว่า อุบัติการณ์ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเขตเมืองมีแนวโน้มสูงกว่าเขตชนบท เนื่องจากเขตเมืองเป็นพื้นที่ที่มีการเข้าถึงแหล่งสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติได้น้อยกว่าเขตชนบท มีความแออัดของที่อยู่อาศัย มีความยากลำบากในการเดินทาง และการดำรงชีวิตประจำวันมากกว่าเขตชนบท ทำให้เกิดความเครียดในการใช้ชีวิตได้สูงกว่าเขตชนบท

ประเทศไทย กำลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องในด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้ลักษณะของครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้ที่ต้องปรับตัวจากบทบาทสามีภรรยาเป็นบิดามารดาต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องปรับตัวในการมีสมาชิกใหม่ในครอบครัวเพียงลำพัง การเป็นมารดาครั้งแรก ถือเป็น การเปลี่ยนแปลงสำคัญในชีวิตของผู้หญิง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองและบุตร มีความวิตกกังวลและความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความเครียดโดยเฉพาะในช่วงหลังคลอด หากการปรับตัวไม่สมบูรณ์อาจนำไปสู่ความรู้สึกท้อแท้ต่อตนเอง ส่งผลต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม สุดท้ายอาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะมารดาที่มีบุตรคนแรก ซึ่งพบว่า มารดาครั้งแรกเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 48.28-64.17 (Pakdeesamai et al., 2017; Sriarporn et al., 2015)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เป็นความเปราะบางด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ ที่เกิดขึ้นพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม (Beck, 2001) ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของมารดาและบุตร รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างมารดา บุตร สามี และผู้ครอบครัวข้าง บางรายอาจรุนแรงจนทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย หากไม่ได้รับการรักษาอาจพัฒนากลายเป็นโรคจิตหลังคลอดได้ (Mangkhang et al., 2019) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถในดูแลบุตร เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนสำคัญของพฤติกรรม และการแสดงออกของบุคคล เมื่อมารดามีการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตรต่ำ จะส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลบุตรและก่อให้เกิดอารมณ์เปราะบาง สามารถนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Zahmatkesh et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Leahy-Warren et al., 2012) ตามแนวคิดของ เฮ้าส์ (House, 1981) การสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็นสองประเภทหลัก ได้แก่ การสนับสนุนในการทำหน้าที่และการสนับสนุนทางโครงสร้าง การสนับสนุนในการทำหน้าที่ประกอบด้วย การสนับสนุนทางข้อมูล (informational support) การสนับสนุนทางเครื่องมือ (instrumental support) การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) และการสนับสนุนทางด้านการยอมรับ การให้คุณค่า (appraisal support) ในส่วนของการสนับสนุนทางโครงสร้าง จำแนกได้เป็น การสนับสนุนแบบเป็นทางการ (formal support) จากผู้ให้บริการทางการแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ และการสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการ (informal support) จากครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด ในส่วนของการรับรู้ความสามารถตนเองในการเป็นมารดา ประกอบด้วย กระบวนการให้การดูแล (care taking procedures) พฤติกรรมที่แสดงออก (evoking



Effect of a Psychosocial Support Program on Child Care Self-Efficacy and Postpartum Depression in First-Time Mothers

ผลของโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก

behaviors) พฤติกรรมการแปลผล (reading behaviors) และความเชื่อเกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ (situational beliefs)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัว ภาวะเครียดจากการดูแลบุตร ภาวะเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางด้านสังคม ความวิตกกังวลในระหว่างการตั้งครรภ์ ทักษะคิดการเป็นมารดา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพอใจในคู่สมรส ภาวะอารมณ์ของบุตร การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมหรือไม่ตั้งใจ ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด มีภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ และมีประวัติโรคซึมเศร้าก่อนตั้งครรภ์ ปัจจัยเหล่านี้ มีผลต่อการปรับตัวด้านอารมณ์ ความคิด และเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมของมารดาส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Beck, 2001; Nuanchawee et al., 2018; Silverman et al., 2017) สำหรับมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และทักษะคิดการเป็นมารดา (Leahy-Warren et al., 2012; Pakdeesamai et al., 2017)

การป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีความสำคัญอย่างมาก สามารถลดผลกระทบต่อมารดา ทารก และครอบครัวได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนด้านจิตสังคมสามารถช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การศึกษาโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นของ มูทิดา คัมบอร์ และคณะ (Kambor et al., 2020) ที่เริ่มดำเนินกิจกรรมครั้งแรกภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด สำหรับรูปแบบโปรแกรมเป็นการให้ความรู้ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การดูแลทารก ส่งเสริมให้สามีและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาวัยรุ่นและทารก รวมถึงการติดตามทางโทรศัพท์

นอกจากนี้ พบการศึกษาโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรกของ หลิว และ หยาง (Liu & Yang, 2021) ดำเนินกิจกรรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ และการศึกษาโปรแกรมบำบัดระหว่างบุคคลต่อการลดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ สล็อตนิก และคณะ (Zlotnick et al., 2016) ใช้โปรแกรม IPT (Interpersonal Therapy) ดำเนินการในช่วงการตั้งครรภ์ 4 ครั้ง และกระตุ้นอีกครั้งเมื่อ 2 สัปดาห์หลังคลอด โดยมุ่งเน้นที่การจัดการการเปลี่ยนแปลงบทบาทไปสู่การเป็นมารดา และประเมินผลในระยะยาวที่ 6 และ 12 เดือนหลังคลอด และการศึกษาโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมของ บุศรา แสงสว่าง และคณะ (Sangsawang et al., 2022) ที่ศึกษาในกลุ่มมารดาวัยรุ่น ดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมทั้งหมด 7 ครั้งหลังคลอด โดยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดแก่มารดาวัยรุ่นและสมาชิกในครอบครัว กระตุ้นให้ตระหนักถึงบทบาทสำคัญของสมาชิกในครอบครัวในการให้การสนับสนุนทางสังคม และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกแรกเกิด

จากการทบทวนโปรแกรมที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ มารดาหลังคลอดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น มารดาวัยรุ่นและมารดาครรภ์แรก โดยรูปแบบกิจกรรมภายในโปรแกรมส่วนใหญ่ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้ เช่น เรียนรู้ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การดูแลตนเองหลังคลอด การดูแลบุตร กิจกรรมฝึกทักษะ กิจกรรมฝึกเทคนิคผ่อนคลาย เช่น ฝึกการหายใจ ฝึกการออกกำลังกายที่เหมาะสม และดูแลด้านจิตใจอารมณ์ของมารดาหลังคลอด สนับสนุนให้ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอดและบุตร ระยะเวลาเข้าโปรแกรมมีทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด โดยระยะเวลาที่มีผลป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ดีที่สุด คือ การจัดการในช่วงหลังคลอดทันทีหรือภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด จนกระทั่ง 6 สัปดาห์หลังคลอด (Kambor et al., 2020)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้าน จิตใจ ร่างกาย พฤติกรรม รวมถึงส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดา บุตร สามี และครอบครัว หากไม่ได้รับการรักษาอาจนำไปสู่การพัฒนาเป็นโรคจิตหลังคลอดซึ่งมีผลกระทบในระยะยาวต่อมารดา บุตร และครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมป้องกัน



Effect of a Psychosocial Support Program on Child Care Self-Efficacy and Postpartum Depression in First-Time Mothers

ผลของโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ผ่านมา ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมนานตั้งแต่ 6 สัปดาห์ จนกระทั่ง 12 เดือนหลังคลอด ซึ่งแต่ละระยะของมารดาหลังคลอดต้องประสบกับปัญหาและเหตุการณ์ต่างกันไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคม ให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์หลังคลอด สื่อสัญญาณทารก และการดูแลบุตร เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มมารดาหลังคลอดครรภ์แรก โดยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร และให้ครอบครัวมีส่วนร่วม โปรแกรมเริ่มดำเนินการภายหลังคลอดทันทีที่มารดามีความพร้อม ทั้งนี้ เพื่อให้กิจกรรมดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม โปรแกรมใช้เวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตรในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มากกว่าในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคม ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดของ ลีฮี วาร์เรน และคณะ (Leahy-Warren et al., 2012) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถในดูแลบุตร มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยการสนับสนุนทางสังคม (social support) ตามแนวคิดของ เฮ้าส์ (House, 1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนในการทำหน้าที่ (functional support) และการสนับสนุนทางโครงสร้าง (structural support) ซึ่งการสนับสนุนในการทำหน้าที่แบ่งออกเป็น การสนับสนุนทางข้อมูล การสนับสนุนทางเครื่องมือ การสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนทางด้านการยอมรับ หรือการให้คุณค่า ส่วนการสนับสนุนทางโครงสร้างแบ่งออกเป็น การสนับสนุนแบบเป็นทางการ จากผู้ให้บริการทางการแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ และการสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการ จากครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด ส่วนการรับรู้ความสามารถในดูแลบุตร (maternal parental self-efficacy) ประกอบด้วย กระบวนการให้การดูแล พฤติกรรมที่แสดงออก พฤติกรรมการแปลผล และความเชื่อเกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

โปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคม ให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตรและให้การสนับสนุนทางสังคม โดยโปรแกรมประกอบด้วย การสนับสนุนทางโครงสร้าง ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอดและทารก ตั้งแต่แผนกหลังคลอดจนกระทั่งกลับบ้าน ให้การสนับสนุนในการทำหน้าที่ และสนับสนุนทางข้อมูล โดยผู้วิจัยให้ความรู้ในการดูแลทารก ให้การสนับสนุนทางเครื่องมือ โดยจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการฝึกปฏิบัติขณะอยู่โรงพยาบาล ให้การสนับสนุนทางอารมณ์และการยอมรับ ให้คุณค่า โดยการให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจภายหลังคลอด เพื่อให้มารดาและครอบครัวเข้าใจการเปลี่ยนแปลงภายหลังคลอด มีการติดตามสำรวจอารมณ์อย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ นอกจากนี้ ในส่วนของความเชื่อมั่นในการเป็นมารดา



Effect of a Psychosocial Support Program on Child Care Self-Efficacy and Postpartum Depression in First-Time Mothers

ผลของโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครั้งแรก

ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือในการฝึกปฏิบัติการดูแลทารกด้วยตนเอง ทำให้เกิดการฝึกฝน และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลทารกมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดครั้งแรก ที่มารับบริการที่หน่วยหลังคลอดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดบุตรเป็นครั้งแรก พักพื้นที่หน่วยหลังคลอด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือก คือ 1) อายุมากกว่า 18 ปี (NHS Digital, 2024) 2) คลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ 3) มีคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า EPDS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน (หมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดหรือมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระดับต่ำ) 4) อาศัยอยู่ร่วมกับสามี และสามีหรือบุคคลใกล้ชิดสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ สามารถเข้าถึงการใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้

เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) มีประวัติภาวะซึมเศร้าในรอบครัว 2) มีประวัติภาวะซึมเศร้าก่อนตั้งครรภ์หรือในขณะตั้งครรภ์ 3) มีการใช้หรือมีประวัติการใช้สารเสพติด หรือสุราอย่างสม่ำเสมอมาก่อนตั้งครรภ์หรือในขณะตั้งครรภ์ 4) ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาประสบกับภาวะวิกฤต เช่น มีการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้เสี่ยงสูง และ/หรือประสบกับการสูญเสียต่าง ๆ เช่น การตกงาน การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น 5) มารดาหลังคลอดที่มีบุตรป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการรักษาที่แผนกทารกแรกเกิด 6) มารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะซึมเศร้าหรือภาวะจิตเวชหลังคลอด 7) มีความคิดฆ่าตัวตายหรือตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า EPDS ในข้อสุดท้ายที่สอบถามเกี่ยวกับความคิดทำร้ายตัวเอง ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์ในการยุติการเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอาการหรือได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะซึมเศร้าขณะเข้าร่วมการศึกษา 2) ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างขณะดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 4-8 ไม่ได้มากกว่า 2 ครั้ง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ (α) .05 ให้อำนาจการทดสอบ (power) .80 และค่าอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 42 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการศึกษ ผู้วิจัยจึงเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 23 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนกลุ่มควบคุมรายสุดท้ายจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

โปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคม พัฒนามาตามแนวคิดของ ลีฮี วาร์เรน และคณะ (Leahy-Warren et al., 2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยการใช้ความรู้ผ่านสื่อการสอนวิดีโอ เรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจภายหลังคลอด และสื่อสัญญาณทารก รวมถึงการให้ความรู้ในการดูแลบุตร เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การอาบน้ำบุตร และฝึกปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร และลด



Effect of a Psychosocial Support Program on Child Care Self-Efficacy and Postpartum Depression in First-Time Mothers

ผลของโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครั้งแรก

ความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล รวมทั้งสิ้น 9 ครั้ง ครั้งละ 20-60 นาที เริ่มตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด วันที่ 2, 3 หลังคลอด และติดตามทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ จนครบ 6 สัปดาห์ หลังคลอด

ผู้วิจัยนำโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคม เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ และพยาบาล หัวหน้าหอประจำแผนกหลังคลอดที่มีความชำนาญทางด้านสูติศาสตร์ เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์การศึกษา ตลอดจนข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ภายหลังจากการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไข โดยการปรับเนื้อหาให้มีความครอบคลุม เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย และทำให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้รวมของครอบครัว ลักษณะครอบครัวที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ช่วยในการดูแลบุตรเป็นหลัก และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรหลังคลอด

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (The Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS) ฉบับภาษาไทยโดย จารุรินทร์ ปิตานพวงษ์ และคณะ (Pitanupong et al., 2007) ซึ่งได้รับอนุญาตในการใช้แล้ว โดยแบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเกิร์ต (likert scale) 4 ระดับ เป็นข้อคำถามทางบวก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4 และเป็นข้อคำถามทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 ดังนี้ 1) ตลอดเวลา 2) เป็นส่วนใหญ่ 3) ไม่บ่อยนัก 4) ไม่มีเลย แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 0-30 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน 0-6 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-10 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระดับต่ำ และจุดตัดที่ มากกว่า 11 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก ผู้วิจัยนำคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายมาใช้ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดครั้งแรก ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ที่มารับบริการที่หน่วยหลังคลอดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.74

2.3 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรของ สุทธิ หน่งอาหลี (Nungalee, 2004) ซึ่งได้รับอนุญาตในการใช้แล้ว สร้างขึ้นจากแนวคิดและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของ แบนดูรา (Bandura, 1997) และแนวคิดทฤษฎีพัฒนาการครอบครัวของ ดูวอลล์ (Duvall, 1971) ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลทางด้านร่างกายบุตร จำนวน 11 ข้อ ด้านการส่งเสริมพัฒนาการของบุตร จำนวน 3 ข้อ และด้านการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับบุตร จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่มั่นใจเลย (1 คะแนน) จนถึงมั่นใจมาก (4 คะแนน) การแปลผล ต้องได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม จึงจะถือว่าการเกิดการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดครั้งแรก ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ที่มารับบริการที่หน่วยหลังคลอดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87



Effect of a Psychosocial Support Program on Child Care Self-Efficacy and Postpartum Depression in First-Time Mothers

ผลของโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ COA IRB-NS2022/33.0104 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รหัสโครงการ COA No.1486/2022 ผู้วิจัยได้แนะนำตัว อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และความเสี่ยงของการเข้าร่วมงานวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ตลอดจนสิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการด้านสุขภาพที่พึงได้จากโรงพยาบาลแต่อย่างใด การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่ทำในลักษณะภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาถูกเก็บเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น วิธีการดำเนินการวิจัยไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายร้ายแรงต่อกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง เป็นรายบุคคล โดยเริ่มเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างได้รับการพักผ่อนเพียงพอประมาณ 6 ชั่วโมง หลังคลอด มีความพร้อมเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดกิจกรรม ให้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ส่วนคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS) ใช้คะแนนจากแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งหน่วยหลังคลอดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดฉบับภาษาไทย โดย จารุรินทร์ ปิตานูปงษ์ และคณะ (Pitanupong et al., 2007) เช่นเดียวกัน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนกลุ่มควบคุมรายสุดท้ายออกจากโรงพยาบาล จึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

ขั้นดำเนินการ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดกิจกรรม และให้ตอบแบบสอบถาม (pre-test) ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ส่วนคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS) ใช้คะแนนจากแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลดูแลหลังคลอดตามปกติ ตามแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

เมื่อครบ 6 สัปดาห์หลังคลอด ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม (post-test) ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จำนวน 10 ข้อ และแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก จำนวน 20 ข้อ ผ่านทางการสนทนาทางโทรศัพท์ หรือส่งแบบประเมินที่สร้างขึ้นจากระบบเอกสารออนไลน์ (google form) หลังจากเสร็จสิ้นการประเมิน ผู้วิจัยมอบสื่อการสอนภาพเคลื่อนไหว เรื่องความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์หลังคลอด และความรู้เรื่องสื่อสัญญาณทารก ให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ผู้วิจัยเข้าพูดคุยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดาหลังคลอด และบุคคลใกล้ชิด ให้ความเคารพในการแสดงออก เปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวได้ซักถามและร่วมแสดงความคิดเห็นในการดูแลทารก พูดคุยตรวจสอบอารมณ์กลุ่มตัวอย่าง ให้ความรู้ในการดูแลบุตร การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การอาบน้ำบุตร ให้ความรู้ผ่านสื่อการสอนรูปแบบวิดีโอภาพเคลื่อนไหว เรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์หลังคลอดและสื่อสัญญาณทารกโดยผู้วิจัย และให้ครอบครัว สามีหรือบุคคลใกล้ชิดได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอดและทารก ตั้งแต่พักรักษาที่แผนกหลังคลอดจนกระทั่งกลับบ้าน แนะนำการเข้าใช้โปรแกรมไลน์



Effect of a Psychosocial Support Program on Child Care Self-Efficacy and Postpartum Depression in First-Time Mothers

ผลของโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก

กำหนดการบ้านโดยการส่งบันทึกอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างวัน ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ในการส่งบันทึกอารมณ์ หากมารดามีปัญหาด้านอารมณ์ ผู้วิจัยได้พูดคุย ให้ระบายความรู้สึกและแก้ไขปัญหที่ทำให้เกิดอารมณ์เชิงลบ

ครั้งที่ 2-3 จัดกระทำในวันที่ 2 และ 3 หลังคลอด ผู้วิจัยจัดให้มารดาได้ทำการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองในการเลี้ยงดูบุตร การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การอุ้มบุตรเข้าเต้า การทำความสะอาดภายหลังขับถ่ายของบุตร การอาบน้ำบุตร ให้กำลังใจ ชื่นชมภายหลังการฝึกปฏิบัติและเมื่อมารดาปฏิบัติได้ดี เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลบุตร ให้ความรู้เรื่องสื่อสัญญาณทารก และการสังเกตอาการแสดงของทารก เพื่อให้มารดาสามารถตอบสนองทารกได้อย่างถูกต้อง โดยให้สามี ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดได้เข้าร่วมเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติการดูแลมารดาและทารกร่วมกัน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวตามพัฒนาการครอบครัว และส่งเสริมการทำหน้าที่ของบุคคลพูดคุยตรวจสอบอารมณ์ ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างวันและร่วมกันหาทางแก้ไขปัญห ใช้เวลาประมาณครั้งละ 30 นาที ในครั้งที่ 1-3 มารดาหลังคลอดที่พักในแผนกห้องพิเศษเดี่ยว ผู้วิจัยจัดกระทำกิจกรรมภายในห้องพักหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมารดาหลังคลอดแผนกห้องสามัญรวม ผู้วิจัยจัดกระทำกิจกรรมภายในห้องสอนแสดงของแผนกหลังคลอด

ครั้งที่ 4-8 จัดกระทำในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, และ 5 หลังคลอด ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างผ่านการสนทนาทางโทรศัพท์ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ พูดคุยตรวจสอบอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ทบทวนอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ให้คำแนะนำช่วยเหลือแก้ไขปัญห ใช้เวลาประมาณ 20 นาที นอกจากนี้ ตลอดสัปดาห์หากกลุ่มตัวอย่างเกิดปัญหา ต้องการความช่วยเหลือหรือคำแนะนำเพิ่มเติมต่าง ๆ สามารถติดต่อพูดคุยกับผู้วิจัย ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ได้ตลอด

ครั้งที่ 9 จัดกระทำในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม (post-test) ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จำนวน 10 ข้อ และแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก จำนวน 20 ข้อ ผ่านทางการสนทนาทางโทรศัพท์ หรือส่งแบบประเมินที่สร้างขึ้นจากระบบเอกสารออนไลน์ (google form) ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ chi-square test หรือ Fisher's exact test นำเสนอเป็นการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติจึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 20-30 ปี (ร้อยละ 69.57 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 69.57 ของกลุ่มควบคุม) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 28.26 ปี (SD = 6.46) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 27.43 ปี (SD = 5.60) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ปี (ร้อยละ 60.90 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 56.50 ของกลุ่มควบคุม) ประกอบอาชีพค้าขาย รับจ้างทั่วไป หรือธุรกิจส่วนตัวเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 39.10 ของกลุ่มทดลอง และ



Effect of a Psychosocial Support Program on Child Care Self-Efficacy and Postpartum Depression in First-Time Mothers
ผลของโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก

ร้อยละ 39.10 ของกลุ่มควบคุม) ส่วนใหญ่มีรายได้รวมของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,00-20,000 บาท (ร้อยละ 52.20 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 52.20 ของกลุ่มควบคุม) ลักษณะเป็นครอบครัวขยาย กลุ่มทดลองมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว อยู่ระหว่าง 2-9 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.61 คน (SD = 1.88) กลุ่มทดลองมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว อยู่ระหว่าง 2-9 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.70 คน (SD = 2.18) มีบิดามารดาช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตรเป็นหลัก และส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตร (ร้อยละ 78.30 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 73.90 ของกลุ่มควบคุม) จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของมารดาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามลักษณะ ประชากร

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 23)		กลุ่มควบคุม (n = 23)		F	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)					-	1.00 ^F
<20	0	0	1	4.34		
20-30	16	69.57	16	69.57		
>30	7	30.43	6	26.09		
	Min-Max = 20-43 M = 28.26 (SD = 6.46)		Min-Max = 19-40 M = 27.43 (SD = 5.60)			
ระดับการศึกษาสูงสุด					.1	.75
ต่ำกว่าปริญญาตรี	15	65.20	16	69.60		
ปริญญาตรีหรือมากกว่า	8	34.80	7	30.40		
อาชีพ					-	1.00 ^F
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	21.70	6	26.10		
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	2	8.70	3	13.00		
รับจ้าง พนักงานเอกชน	14	60.90	13	56.50		
ข้าราชการ/พนักงานรัฐ	2	8.70	1	4.30		
รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน					-	1.00 ^F
10,000-20,000	9	39.10	9	39.10		
20,001-30,000	7	30.40	7	30.40		
30,001-40,000	5	21.70	4	17.40		
>40,000	2	8.70	3	13.00		
ลักษณะครอบครัวที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน					.000	1.00
ครอบครัวเดี่ยว	11	47.80	11	47.80		
ครอบครัวขยาย	12	52.20	12	52.20		



Effect of a Psychosocial Support Program on Child Care Self-Efficacy and Postpartum Depression in First-Time Mothers
ผลของโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครั้งแรก

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของมารดาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามลักษณะ ประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 23)		กลุ่มควบคุม (n = 23)		F	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว					-	.42 ^F
2-4 คน	16	69.60	17	73.90		
5-6 คน	5	21.70	2	8.70		
>6 คน	2	8.70	4	17.40		
	Min-Max = 2-8		Min-Max = 2-9			
	M = 3.61		M = 3.70			
	(SD = 1.88)		(SD = 2.18)			
บุคคลที่ช่วยเหลือบุตร					-	.36 ^F
สามี	9	39.10	12	52.20		
บิดา มารดา	12	52.20	7	30.40		
ญาติ พี่น้อง บุคคลอื่น	2	8.70	4	17.40		
เคยได้รับความรู้ เกี่ยวกับการดูแลบุตร					.12	.73
ไม่เคยได้รับ	5	21.70	6	26.10		
เคยได้รับ	18	78.30	17	73.90		

หมายเหตุ F = Fisher's Exact Test

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร

ผู้วิจัยใช้ สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตรในกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

3. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ผู้วิจัยใช้ สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2



Effect of a Psychosocial Support Program on Child Care Self-Efficacy and Postpartum Depression in First-Time Mothers
ผลของโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ก่อนและหลังการทดลองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนแบบทดสอบ	กลุ่มทดลอง (n = 23)			กลุ่มควบคุม (n = 23)			z	P
	Min- Max	M	SD	Min- Max	M	SD		
การรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร								
ก่อนทดลอง	52-75	64.69	6.71	53-77	64.26	6.59	-.32	.75
หลังทดลอง	70-79	75.57	2.61	60-78	69.43	5.14	-4.06	<.001
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด								
ก่อนทดลอง	3-10	7.04	2.08	2-10	7.48	2.02	-.91	.36
หลังทดลอง	0-4	1.17	1.23	0-6	4.35	1.53	-5.03	<.001

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 1: คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตรในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มากกว่าในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.06, p < .001$) (ตารางที่ 2)

สมมติฐานที่ 2: คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมร่วมกับการพยาบาลตามปกติ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -5.03, p < .001$) (ตารางที่ 2)

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า การเป็นมารดาครั้งแรก เป็นการเปลี่ยนผ่านไปสู่บทบาทหน้าที่ที่สำคัญ การไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ส่งผลให้ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองและบุตร ทำให้มีความวิตกกังวล (Pakdeesamai et al., 2017) เมื่อมารดาหลังคลอดได้รับโปรแกรมตามกรอบแนวคิดของ ลีฮี วาร์เรน และคณะ (Leahy-Warren et al., 2012) และได้รับการสนับสนุนด้านจิตสังคม ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮ้าส์ (House, 1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนในการทำหน้าที่ และการสนับสนุนทางโครงสร้าง ซึ่งเป็นการให้ความรู้ เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รู้เท่าทันอารมณ์และการปฏิบัติตัวในเรื่องการเปลี่ยนแปลงอารมณ์หลังคลอด สร้างความเชื่อมั่น สร้างความคิดที่ดีต่อตนเอง และการให้ความรู้เรื่องสื่อสัญญาณทารก รวมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอดและทารก ทำให้มารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีด้านความเข้าใจ ความไว้วางใจ และการส่งเสริมให้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเองทุกวัน

การที่มารดาได้รับการสนับสนุนจากสามี ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ที่ช่วยเหลือด้านการเลี้ยงดูบุตร ด้านสิ่งของ การได้รับความเข้าใจ ไว้วางใจจากสามี ครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด มีส่วนสร้างความเชื่อมั่นในการเป็นมารดา ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลผดุงครรภ์ เมื่อมารดาได้รับความรู้ในดูแลตนเองและทารก ได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลผดุงครรภ์ตลอดช่วงการฝึกปฏิบัติ จนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง มารดาจึงรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น รู้สึกมั่นใจจากการปฏิบัติตามความรู้ที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ (Samdan et al.,



Effect of a Psychosocial Support Program on Child Care Self-Efficacy and Postpartum Depression in First-Time Mothers ผลของโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก

2022) ทำให้มารดามีทักษะในการดูแลบุตร สร้างความมั่นใจในการดูแลทารกมากขึ้น และรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร

การที่ผู้วิจัยได้ติดตามสำรวจอารมณ์ การจัดการอารมณ์ และปัญหาที่เกิดขึ้นของมารดาหลังคลอด อย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์เป็นรายบุคคลทางโทรศัพท์ เป็นการประเมินภาวะอารมณ์ และช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเบื้องต้นที่เกิดขึ้นจากการดูแลทารก นอกจากนี้ การให้การสนับสนุนทางข้อมูล ให้ความรู้ในการดูแลตนเองและบุตร ให้คำชื่นชม เมื่อมารดาดูแลบุตรได้ถูกต้อง สามารถสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลบุตร มารดาสามารถเผชิญปัญหาการเลี้ยงดูบุตรและปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้สำเร็จ ดังคำกล่าวของ ลีฮี วาร์เรน และคณะ ที่ว่า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Leahy-Warren et al., 2012) นอกจากนี้ โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้เริ่มดำเนินการภายหลังคลอดทันทีที่มารดามีความพร้อม และใช้เวลาดำเนินการทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ มีผลให้กิจกรรมดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสม จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมในมารดาหลังคลอดครรภ์แรก สามารถลดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าของ มูทิตา คำบ่อ และคณะ (Kambor et al., 2020) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลผดุงครรภ์ควรนำโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมไปใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดครรภ์แรก โดยสนับสนุนให้สามี ครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอดและบุตร ให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ภายหลังคลอดเพื่อเกิดความเข้าใจ สร้างสัมพันธภาพในครอบครัว นอกจากนี้ ควรติดตามเมื่อมารดาหลังคลอดกลับบ้าน และให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาก่อนที่จะเกิดขึ้นภายหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร และลดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตรในมารดาในกลุ่มอื่น ๆ เช่น มารดาอายุมาก มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนด้านสูติกรรม หรืออายุรกรรม เป็นต้น

References

- Arifin, S. R. M., Cheyne, H., & Maxwell, M. (2018). Review of the prevalence of postnatal depression across cultures. *AIMS Public Health*, 5(3), 260-295.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Henry Holt.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Chousawai, S., & Worraruktananun, N. (2019). Prevalence rated and related factors of postpartum depression in Takhli Hospital, Nakhon Sawan. *Sawanpracharak Medical Journal*, 10(3), 103-118. (in Thai)
- Duvall, E. M. (1971). *Family development* (4th ed.). J. B. Lippincott.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.



Effect of a Psychosocial Support Program on Child Care Self-Efficacy
and Postpartum Depression in First-Time Mothers
ผลของโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร
และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก

- Kambor, M., Sriarporn, P., & Deeluea, J. (2020). Effect of the postpartum depression prevention program on postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Nursing and Health Care*, 38(1), 147-156. (in Thai) <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/212015/163789>
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: Social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 388-397. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x>
- Liu, H., & Yang, Y. (2021). Effects of a psychological nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period: A randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 20, 2. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00320-4>
- Mangkhang, W., Yotsena, B., & Pupjain, S. (2019). Situation of postpartum maternity blues. *Journal of Health Science*, 28(Special Issue), 13-19. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/6786/6671> (in Thai)
- NHS Digital. (2024). Age. NHS Digital Service Manual. <https://service-manual.nhs.uk/content/inclusive-content/age>
- Nuanchawee, W., Kasiphol, T., & Nateetanasombat, K. (2018). The prevalence of postpartum depression and factors predicting depression in postpartum mothers. *HCU Journal of Health Science*, 21(42), 65-78. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/HCUJOURNAL/article/view/146729/108152> (in Thai)
- Nungalee, S. (2004). *The effect of using the perceived self-efficacy promoting program on child rearing behavior during postpartum period of first-time adolescent mothers* [Unpublished master's thesis]. Chulalongkorn University. (in Thai)
- Pakdeesamai, A., Sriarporn, P., & Xuto, P. (2017). Factors predicting postpartum depression among first-time mothers. *Nursing Journal*, 44(3), 19-29. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/115310/89118> (in Thai)
- Pitanupong, J., Liabsuetrakul, T., & Vittayanont, A. (2007). Validation of the Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 253-259. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.12.011>
- Samdan, G., Reinelt, T., Kiel, N., Mathes, B., & Pauen, S. (2022). Maternal self-efficacy development from pregnancy to 3 months after birth. *Infant Mental Health Journal*, 43(6), 864-877. <https://doi.org/10.1002/imhj.22018>
- Sangsawang, B., Deoisres, W., Hengudomsab, P., & Sangsawang, N. (2022). Effectiveness of psychosocial support provided by midwives and family on preventing postpartum depression among first-time adolescent mothers at 3-month follow-up: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 31(5-6), 689-702. <https://doi.org/10.1111/jocn.15928>



Effect of a Psychosocial Support Program on Child Care Self-Efficacy
and Postpartum Depression in First-Time Mothers
ผลของโปรแกรมสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลบุตร
และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก

- Silverman, M. E., Reichenberg, A., Savitz, D. A., Cnattingius, S., Lichtenstein, P., Hultman, C. M., Larsson, H., & Sandin, S. (2017). The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depression and Anxiety, 34*(2), 178–187. <https://doi.org/10.1002/da.22597>
- Sirilukkananan, K., Chaleoykitti, S., & Wongsaree, C. (2018). Nurse's role in holistic caring for maternal with postpartum depression. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 19*(Suppl.), 25-32. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/156013/113258> (in Thai)
- Sriarporn, P., Suntornlinsiri, N., Juntratit, K., Deeluea, J., Nanchai, J., & Khiaokham, P. (2015). Factors related to postpartum depression among first time mothers and fathers. *Nursing Journal, 42*(3), 37-50. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/43430/35882> (in Thai)
- Zahmatkesh, Z., Peyman, N., Tehrani, H., & Esmaily, H. (2020). The relationship between postpartum depression and self-efficacy and mental health literacy in suburbs women. *Journal of Health Literacy, 5*(1), 32-38. <https://doi.org/10.22038/jhl.2020.46110.1097>
- Zlotnick, C., Tzilos, G., Miller, I., Seifer, R., & Stout, R. (2016). Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in mothers on public assistance. *Journal of Affective Disorders, 189*, 263-268. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.059>



The Development and Effects of Nursing Care According to King's Theory of Goal Attainment with a Virtual Reality Program on Skills Required for Substance Relapse Prevention Among Patients with Amphetamine Addiction during the Rehabilitation Phase

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพยาของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

Anchalee	Jetwaranon*	อัญชลี	เจตวรานนท์*
Orawan	Nukaew**	อรวรรณ	หนูแก้ว**
Kraiwut	Srijan***	ไกรวุฒิ	ศรีจันทร์***

Abstract

Relapse following treatment remains a major challenge among individuals with amphetamine use disorder; therefore, relapse prevention constitutes a critical treatment goal. The purpose of this study was to develop and test the effects of nursing care according to King's theory of goal attainment with a virtual reality program on skills required for substance relapse prevention among patients with amphetamine addiction during the rehabilitation phase. The research process comprised three phases: 1) program development, including a situation analysis by review of medical records, in-depth interviews, focus group, and literature review, 2) program analysis, comprising a review by five experts, yielding a content validity of 1.0 for both overall consistency and relapse prevention skills; program piloting used a sample of 10 participants, with revisions made accordingly, and 3) program testing, using 56 participants divided into an experimental group and a control group, with twenty-eight in each group. Research instruments consisted of 1) nursing care according to King's theory of goal attainment with a virtual reality program, and 2) a questionnaire on skills required for substance relapse prevention. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test, while the qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that:

1. The nursing care according to King's theory of goal attainment with a virtual reality program on skills required for substance relapse prevention among patients with amphetamine addiction during the rehabilitation phase consisted of group activities; each activity lasted for 60–90 minutes and was done 2 times per week for 3 consecutive weeks.
2. After completing the program, the experimental group had a significantly higher mean score of skills required for substance relapse prevention than before participating in the program ($t = 29.21, p < .001$) and a significantly higher mean score than the corresponding score of the control group ($t = 22.60, p < .001$).

The findings revealed that the program enhanced patients' goal attainment through structured goal setting and interaction guided by King's theory. The integration of virtual reality, which simulated realistic relapse-triggering scenarios, enabled patients to strengthen relapse-prevention skills effectively. Therefore, nurses should apply this program for patients with amphetamine dependence in hospitals.

Keywords: King's theory of goal attainment; Nursing care; Patients with amphetamine addiction; Substance relapse prevention skills; Virtual reality

* Corresponding author, Registered Nurse, Thanyarak Pattani Hospital; e-mail: ancha.2513@gmail.com

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

*** Registered Nurse, Thanyarak Pattani Hospital

Received 10 September 2025; Revised 21 November 2025; Accepted 27 November 2025



The Development and Effects of Nursing Care According to King's Theory of Goal Attainment with a Virtual Reality Program on Skills Required for Substance Relapse Prevention Among Patients with Amphetamine Addiction during the Rehabilitation Phase

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

บทคัดย่อ

ปัญหาการกลับไปเสพซ้ำหลังการบำบัดรักษา เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยแอมเฟตามีน ดังนั้น การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญ การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ 1) พัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย การศึกษาสภาพปัญหาโดยการทบทวนวรรณกรรมเชิงประจักษ์ การสนทนากลุ่ม และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) ทดลองใช้โปรแกรมโดยผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องเท่ากับ 1.0 และทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.0 นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ปรับปรุงโปรแกรม และ 3) ทดสอบผลการใช้โปรแกรม กับกลุ่มตัวอย่าง 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริง 2) แบบประเมินทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติ t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า

1. โปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นกิจกรรมกลุ่ม ใช้เวลาดูกลุ่มละ 60-90 นาที จำนวน 6 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์

2. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 29.21, p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.60, p < .001$)

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายผ่านการมีปฏิสัมพันธ์และกำหนดเป้าหมายตามทฤษฎีของคิง การใช้เทคโนโลยีเสมือนจริงช่วยจำลองสถานการณ์กระตุ้นการเสพยาเสพติดที่สมจริง ส่งผลให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น พยาบาลควรนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยแอมเฟตามีนในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง การพยาบาล ผู้ป่วยแอมเฟตามีน ทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เทคโนโลยีเสมือนจริง

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี e-mail: ancha.2513@gmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี



The Development and Effects of Nursing Care According to King's Theory of Goal Attainment with a Virtual Reality Program on Skills Required for Substance Relapse Prevention Among Patients with Amphetamine Addiction during the Rehabilitation Phase

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาเสพยาเสพติด เป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่ทุกองค์กรให้ความสำคัญและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วโลกพบผู้เสพยาเสพติดมากถึง 36 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2023) ขณะเดียวกันประเทศไทยมีแนวโน้มการระบาดของแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้น ดังเห็นได้จากสถิติผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ปี พ.ศ. 2564-2566 เท่ากับ 1,287, 1,699 และ 2,035 ราย ตามลำดับ (Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment, 2024) สอดคล้องกับสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีปี พ.ศ. 2564-2566 เท่ากับ 281, 190 และ 342 ราย ตามลำดับ (Thanyarak Pattani Hospital, 2024)

แอมเฟตามีน ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ให้หลังโดปามีน และนอร์อิพิเนพริน ยับยั้งการดูดกลับของแคเทโคลามีน จึงเกิดการกระตุ้นต่อสมอง หากใช้ในขนาดต่ำจะทำให้รู้สึกผ่อนคลาย มั่นใจในตนเองมากขึ้น ในทางกลับกัน เมื่อใช้ในขนาดที่สูงและเสพยาติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะเกิดความผิดปกติของกระบวนการรับรู้ การคิด และการควบคุมอารมณ์ เกิดอาการทางจิต (Kuypers et al., 2020) ซึ่งมีแนวโน้มในการกลับไปเสพซ้ำสูง โดยปัจจัยของการเสพยาเสพติดซ้ำเกิดได้จาก 2 ปัจจัยหลัก (Morgan & Townsend, 2020) คือ 1) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ไม่สามารถเผชิญกับตัวกระตุ้นและจัดการกับอาการอยากยาได้ การจัดการความเครียดและเผชิญกับปัญหาไม่เหมาะสม (Srijan et al., 2024) และ 2) ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว สภาพแวดล้อมของชุมชนที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด และกลุ่มเพื่อนที่ร่วมกันชักนำไปสู่การใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง (Hanpatchaiyakul et al., 2021) จนนำไปสู่การกลับไปเสพยาซ้ำหลังการบำบัดรักษาในที่สุด ดังเห็นได้จากสถิติการกลับไปเสพยาซ้ำหลังการบำบัดรักษาปี พ.ศ. 2564-2566 เท่ากับ 84, 66 และ 102 ราย ตามลำดับ (Thanyarak Pattani Hospital, 2024) การเสพยาเสพติดซ้ำส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม การเสพยาซ้ำอย่างต่อเนื่องจะทำลายระบบสื่อสารประสาทและการทำงานของสมอง ทำให้สูญเสียการรู้จักและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง และขาดสติจนนำไปสู่การก่ออาชญากรรมต่าง ๆ ในสังคม (Maneenak, 2020)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนเตรียมการก่อนรักษา 2) ขั้นตอนบำบัดด้วยยา 3) ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นขั้นตอนสำคัญที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายไหม (FAST model) และ 4) ขั้นติดตามหลังการรักษา ซึ่งในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นระยะที่มีความสำคัญในการเตรียมผู้ป่วยให้มีทักษะในการป้องกันการกลับไปเสพยา จากการพัฒนาทวนเวชระเบียน การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาซ้ำในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพพบว่า สาเหตุเกิดจากการขาดเป้าหมายในการเลิกยาเสพติดที่ชัดเจนจนทำให้ไม่สามารถจัดการกับตัวกระตุ้นได้ ประกอบกับ ในระหว่างการบำบัดรักษาได้เรียนรู้เฉพาะวิธีการในการจัดการกับตัวกระตุ้นผ่านการสอนแต่ไม่ได้ฝึกการเผชิญกับเหตุการณ์จริง เนื่องจากข้อจำกัดของการบำบัดรักษาทำให้ผู้ป่วยรู้แค่หลักการ แต่ไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริงได้ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับไปเสพยาซ้ำในช่วง 2-4 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การเสพยาซ้ำหลังการบำบัดรักษา เป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ติดแอมเฟตามีน (Boonyamane & Nukaew, 2024) ดังนั้น การช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเสพยาซ้ำเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการบำบัดรักษา จึงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์เพื่อสร้างเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยการนำทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของ คิง (Kings, 1981) มาใช้ในการสร้างเป้าหมายร่วมกัน และเกิดเป็นความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ หากพยาบาลมีการนำกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงมาใช้ร่วมกับ



The Development and Effects of Nursing Care According to King's Theory of Goal Attainment with a Virtual Reality Program on Skills Required for Substance Relapse Prevention Among Patients with Amphetamine Addiction during the Rehabilitation Phase

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

เทคโนโลยีเสมือนจริง (Virtual reality) จะยิ่งทำให้ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของ คิง (King, 1981) เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยการพูดคุยทำความเข้าใจกันจนเกิดสัมพันธภาพที่ดี และสามารถกำหนดเป้าหมายร่วมกันได้ ตลอดจนหาแนวทางเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้สำเร็จ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กระบวนการปฏิสัมพันธ์และทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิงสามารถใช้ได้ผลในผู้ติดสารเสพติด (Meeklung et al., 2023)

เทคโนโลยีเสมือนจริง คือ ระบบหรือแอปพลิเคชันที่จำลองสภาพแวดล้อมสามมิติให้ผู้ใช้โต้ตอบได้เสมือนจริง สร้างขึ้นจากเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เทคโนโลยีเสมือนจริงเป็นการดูแลรูปแบบใหม่ที่น่าสนใจอย่างกว้างขวางในทางการแพทย์ รวมถึงการดูแลผู้ติดสารเสพติดซึ่งใช้ได้ผลดี (Lebiecka et al., 2021; Schröder et al., 2024; Zhang et al., 2023) การใช้เทคโนโลยีเสมือนจริงมีประสิทธิภาพในการลดความอยากและความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ ผ่านการจำลองสถานการณ์ที่สมจริงและปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เผชิญกับสิ่งกระตุ้น ฝึกการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง และเสริมสร้างความมั่นใจในการควบคุมตนเองในชีวิตจริง นอกจากนี้ ในทางพยาธิสรีรวิทยาพบว่า การบำบัดด้วยการเผชิญสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับสมองเพิ่มการทำงานของสมองส่วน Anterior cingulate Cortex (ACC) และ Insula รวมทั้งลดการทำงานของสมองส่วน Putamen และ Globus pallidus เป็นผลให้ความอยากในการใช้สารเสพติดลดลง (Farré-Colomé et al., 2024) ดังนั้น การนำเทคโนโลยีเสมือนจริงมาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนด โดยให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้นผ่านสถานการณ์เสมือนจริงที่เสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำจนเกิดเป็นทักษะ ซึ่งทักษะในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำเป็นความสามารถของบุคคลในการประเมินสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ โดยสถานการณ์นั้นอาจเป็นสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมของบุคคลที่มีผลต่อความรู้สึกอยากใช้สารเสพติด (Marlatt & Gordon, 1985)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ไม่พบการนำเทคโนโลยีเสมือนจริง มาบูรณาการร่วมกับทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง และไม่พบการนำรูปแบบการบำบัดด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริง มาใช้ในผู้ติดสารเสพติดในประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงเพื่อเพิ่มทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และลดการกลับไปเสพซ้ำหลังการบำบัดรักษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริง
2. เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนี้
 - 2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
 - 2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ



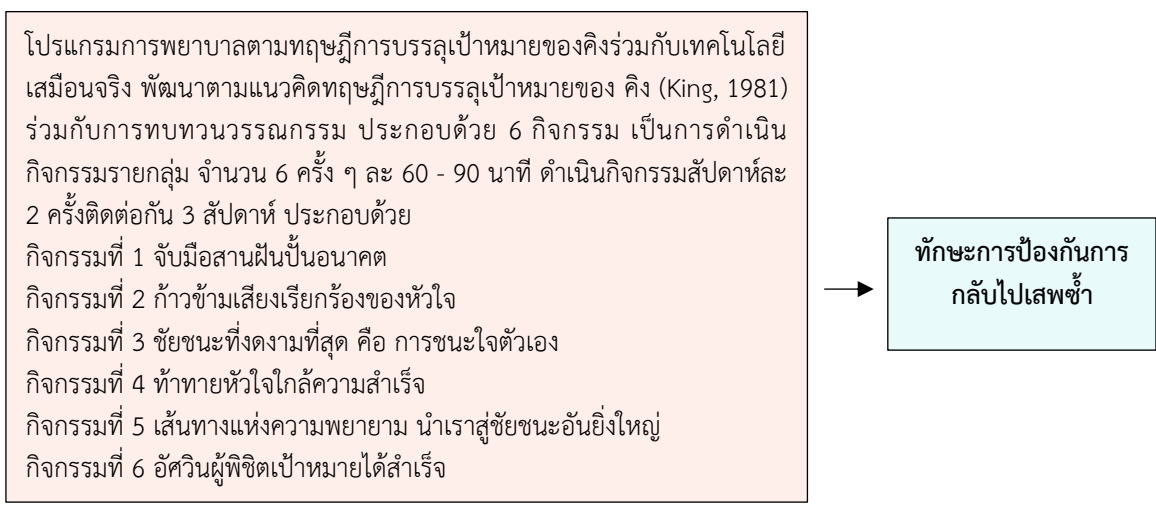
The Development and Effects of Nursing Care According to King’s Theory of Goal Attainment with a Virtual Reality Program on Skills Required for Substance Relapse Prevention Among Patients with Amphetamine Addiction during the Rehabilitation Phase

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของ คิง (King, 1981) ร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริง (Rosenthal et al., 2022; Wange et al., 2019) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดแอมเฟตามีน มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริง โดยทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของ คิง (King, 1981) เป็นระบบเปิดที่มีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา โดยเน้นที่กระบวนการปฏิสัมพันธ์และกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมของผู้ป่วย (action) 2) ปฏิกริยาการตอบสนองระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยตามการรับรู้ (reaction) 3) สิ่งรบกวนหรือปัญหาของผู้ป่วย (disturbance) 4) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (mutual goal setting) 5) การค้นหาวิธีการเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน (explore means to achieve goal) 6) การตกลงยอมรับวิธีปฏิบัติร่วมกัน (agree on means to achieve goal) และ 7) การบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ (transaction) ผ่านการใช้เทคโนโลยีเสมือนจริงที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์จำลองของสภาพแวดล้อมเสมือนจริงที่เสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (Rosenthal et al., 2022; Wange et al., 2019) จนสามารถบรรลุเป้าหมายร่วมกัน คือ การมีทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เสพยาเสพติดซ้ำ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงสำหรับผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย

1.1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วยการวิเคราะห์ปัญหา วิเคราะห์กิจกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในปัจจุบัน โดยทบทวนสถิติ การเข้ารับการรักษา ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 30 แพ้ม การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย การสนทนากลุ่ม (focus group) พยาบาลยาเสพติดที่ดูแลผู้ป่วยแอมเฟตามีน



The Development and Effects of Nursing Care According to King's Theory of Goal Attainment with a Virtual Reality Program on Skills Required for Substance Relapse Prevention Among Patients with Amphetamine Addiction during the Rehabilitation Phase

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.2 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิด PICO ในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี จากฐานข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ PubMed, ProQuest, Cochrane, ThaiJo, ThaiLis และ Google scholar โดยสืบค้นตามกรอบแนวคิด PICO ดังนี้ P: ผู้ติดแอมเฟตามีน (patients with amphetamine) I: การพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง (nursing care according to King's theory of goal attainment) เทคโนโลยีเสมือนจริง (Virtual reality) C: การพยาบาลปกติ (usual care) และ O: ทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (skills required for substance relapse prevention) ผลจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2014) สรุปผลพบว่า มีจำนวน 9 เรื่อง อยู่ในระดับ 2 (Level 2.a และ 2.c) ทั้ง 9 เรื่อง เป็นงานวิจัยในประเทศ จำนวน 1 เรื่อง และงานวิจัยต่างประเทศ จำนวน 8 เรื่อง

1.3 จัดทำร่างต้นแบบโปรแกรมเบื้องต้น (prototype) ที่พัฒนาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของ คิง (King, 1981) ร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริง (Rosenthal et al., 2022; Wange et al., 2019) ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีการนำประเด็นสำคัญจากการศึกษาสถานการณ์และความต้องการจากการวิเคราะห์ปัญหา (problem analysis) และวิเคราะห์กิจกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในปัจจุบัน (current practice analysis) มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมต้นแบบ และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ หลังจากนั้น นำต้นแบบ เรื่องสถานการณ์ตัวกระตุ่นภายนอก สถานการณ์เกี่ยวกับทัศนคติในการใช้สารเสพติด และสถานการณ์ที่ให้ผู้ป่วยได้เผชิญกับตัวกระตุ่นภายใน ภายนอก และทัศนคติในการใช้สารเสพติด ไปจัดทำในรูปแบบเสมือนจริงด้วยเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ร่วมกับบริษัท เวลเนส สมาร์ท เทคโนโลยี เพื่อนำเทคโนโลยีเสมือนจริงมาใช้ในการทำกิจกรรมกลุ่ม

1.4 นำโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงซึ่งประกอบด้วย 1) คู่มือการดำเนินกิจกรรม 2) สื่อวีดีโอ และ 3) โปรแกรมสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (VR application) ไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติด 10 ปีขึ้นไป จำนวน 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสารเสพติด จำนวน 1 ท่าน 3) อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี จำนวน 1 ท่าน และ 4) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดระดับปริญญาโทขึ้นไปและผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติด 10 ปีขึ้นไป จำนวน 2 ท่าน หลังจากนั้นนำโปรแกรมมาปรับปรุง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1

ประชากรแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี จำนวน 121 คน และ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยแอมเฟตามีน จำนวน 20 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1) ผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Morse, 1994) โดยมีคุณสมบัติ คือ (1) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ้ำในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 2 ครั้งขึ้นไป และ (2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ คุณสมบัติในการคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างขอลอนตัวในระหว่างการให้ข้อมูล



The Development and Effects of Nursing Care According to King's Theory of Goal Attainment with a Virtual Reality Program on Skills Required for Substance Relapse Prevention Among Patients with Amphetamine Addiction during the Rehabilitation Phase

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

2) พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 5 คน โดยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแอมเฟตามีนตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างขอดอนตัวในระหว่างการให้ข้อมูล

ระยะที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

นำโปรแกรมไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรม และนำมาปรับปรุงประเด็นความคมชัดของภาพและเสียงของเทคโนโลยีเสมือนจริง

ระยะที่ 3 ทดสอบผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

เป็นขั้นตอนการทดสอบเพื่อประเมินผลของโปรแกรมฯ ด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลอง โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี โดยผู้วิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ด้วยกลุ่มรหัส F15-F15.2 ซึ่งเป็นผู้เสพติดแอมเฟตามีน (Amphetamine Use Disorder) ที่เข้ารับการรักษาในรูปแบบผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จำนวน 123 คน และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี จำนวน 121 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในแบบผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งเป็นการดูแลระยะยาว (long term care) ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ 2 แห่ง เป็นเพศชายทั้งหมด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ป่วยติดแอมเฟตามีน อายุ 18-59 ปี เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) มีโรคร่วมทางจิตเวช และ 2) มีความพิการทางสายตาและการได้ยิน สำหรับเกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนจนต้องนอนพักรักษาตัวในช่วงที่ทำการวิจัย หรือแพทย์เปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9 โดยกำหนดค่า Power ที่ 0.95 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ .50 และค่าอำนาจอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.09 ซึ่งคำนวณจากงานวิจัยที่ใกล้เคียง (Man, 2020) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 46 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Grove et al., 2013) ได้จำนวน 10 คน รวมเป็น 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 28 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงสำหรับผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 5 ประเด็น คือ เป้าหมายในการเลิกยา ปัญหาอุปสรรคในการเลิกยา สาเหตุที่ทำให้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ สถานการณ์ที่ทำให้กลับไปเสพซ้ำ และสื่อที่ใช้ในการทำกิจกรรม ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่า IOC เท่ากับ 1.0 มีค่าความเชื่อมั่น (inter-rater reliability) เท่ากับ 0.91



The Development and Effects of Nursing Care According to King's Theory of Goal Attainment with a Virtual Reality Program on Skills Required for Substance Relapse Prevention Among Patients with Amphetamine Addiction during the Rehabilitation Phase

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. แนวคำถามสนทนากลุ่มสำหรับพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เป้าหมายในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และสถานการณ์ที่ช่วยฝึกทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่า IOC เท่ากับ 1.0 มีค่าความเชื่อมั่น (inter-rater reliability) เท่ากับ 0.93

ระยะที่ 3 ทดสอบผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่พัฒนาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของ คิง (King, 1981) ร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริง (Rosenthal et al., 2022; Wange et al., 2019) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินการ 3 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 1 กิจกรรม ๆ ละ 60-90 นาที มีค่า IOC เท่ากับ 1.0

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการใช้สารเสพติด จำนวนครั้งของการบำบัด และ 2) แบบประเมินทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (0-4) ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติส่วนน้อย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติส่วนมาก และปฏิบัติทุกครั้ง ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 และหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข รหัสโครงการวิจัยที่ 67025 เอกสารใบรับรองที่ 005/2568 หลังจากนั้น ผู้วิจัยมีการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยโดยการติดสื่อประชาสัมพันธ์ (poster) บริเวณหน้าหอผู้ป่วย และให้แจ้งความจำนงค์กับเจ้าหน้าที่หากมีความสนใจโดยไม่ได้บังคับ และที่วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ผู้ป่วยมีสิทธิถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่กระทบต่อการบำบัดรักษา สำหรับข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้เป็นความลับ ผู้วิจัยรายงานผลในภาพรวม โดยข้อมูลได้เก็บไว้ในที่ปลอดภัยและหลังจากเผยแพร่รายงานวิจัยแล้ว จะทำลายภายใน 2 ปี กรณีกลุ่มควบคุมมีความสนใจหรือความต้องการเข้าร่วมโปรแกรม สามารถเข้าร่วมได้ภายหลังสิ้นสุดการทดลองแล้ว ซึ่งกลุ่มควบคุมไม่ขอเข้าร่วม ผู้วิจัยจึงได้มอบคู่มือการสร้างเป้าหมายร่วมกับแอปพลิเคชันของเทคโนโลยีเสมือนจริงพร้อมทั้งคำแนะนำในการใช้คู่มือให้กับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงสำหรับผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มีการเก็บข้อมูล ดังนี้



The Development and Effects of Nursing Care According to King's Theory of Goal Attainment with a Virtual Reality Program on Skills Required for Substance Relapse Prevention Among Patients with Amphetamine Addiction during the Rehabilitation Phase

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. การสนทนากลุ่มที่พยาบาลวิชาชีพตามแนวคำถามสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ และลงนามในใบยินยอม ภายหลังการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อประกอบการพัฒนาโปรแกรม
2. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยตามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับ รวมทั้งให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอม ภายหลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อประกอบการพัฒนาโปรแกรม
3. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการพัฒนาร่างโปรแกรม และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 3 ทดสอบผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ขึ้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยและไม่ได้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 2 คน โดยทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลแบบประเมินก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยการทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยแอมเฟตามีน จำนวน 3 ราย

ขึ้นดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกโรงพยาบาลโดยวิธีวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และแบ่งเป็นโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มควบคุม
2. ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่แจ้งความประสงค์ผ่านระบบ HIS และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงรายละเอียด พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยทางวาจา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยทำการคัดเลือกด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จนได้กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลละ 28 คน ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้น ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามทั่วไป และแบบประเมินทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (pre-test) และนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

3. กลุ่มทดลอง ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 3 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มละ 9 คน จำนวน 2 กลุ่ม และกลุ่มละ 10 คน จำนวน 1 กลุ่ม ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง 6 กิจกรรม ๆ ละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม-กันยายน 2568 โดยหลังการดำเนินกิจกรรมที่ 3-5 ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ใช้เทคโนโลยีเสมือนจริง (VR) ร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยประเมิน Virtual reality sickness ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือเวียนศีรษะทุกครั้ง ผลพบว่า ไม่มีผู้ป่วยเกิดอาการดังกล่าว เมื่อทำกิจกรรมครบ 6 กิจกรรมแล้วให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (post-test)

4. กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล คือ การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลที่กำหนดโดยกรมการแพทย์ ประกอบด้วย การให้คำปรึกษา กิจกรรมกลุ่มบำบัด การฝึกอาชีพ และครอบครัวบำบัด และผู้ช่วยวิจัยให้ทำแบบประเมินทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ paired t-test และสถิติ independence t-test โดยการทดสอบการแจกแจงข้อมูลโดยพิจารณาจากค่า Z-score พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจง



The Development and Effects of Nursing Care According to King's Theory of Goal Attainment with a Virtual Reality Program on Skills Required for Substance Relapse Prevention Among Patients with Amphetamine Addiction during the Rehabilitation Phase

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริง ต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

แบบปกติ และทดสอบ Homogeneity of variance โดยพิจารณาจากค่า p-value ของ Levene's test พบว่า ข้อมูลมีความแปรปรวนภายในกลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถใช้สถิติดังกล่าวได้ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่างด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ chi-square และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ independence t-test

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มีดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาโปรแกรม

โปรแกรมได้รับการพัฒนาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ และกรอบทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงประกอบด้วยกิจกรรมที่ผสมผสานทั้งรูปแบบที่ใช้เทคโนโลยีเสมือนจริง และกิจกรรมที่ไม่ใช้เทคโนโลยีเสมือนจริง โดยเริ่มจากกิจกรรมกลุ่ม เพื่อทบทวนตนเองและสำรวจปัจจัยที่นำไปสู่การเสพซ้ำและนำมากำหนดเป้าหมาย จำนวน 4 เป้าหมาย จากนั้น นำเป้าหมายมาพัฒนาเป็นสถานการณ์จำลองด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะในบริบทเสมือนจริงที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์ในชีวิตจริง จำนวน 4 สถานการณ์ คือ 1) ตัวกระตุ้นภายในนำเสนอในรูปแบบวิดีโอ เพื่อสะท้อนความสำเร็จของการกำหนดเป้าหมายและการควบคุมอารมณ์ภายใน 2) ตัวกระตุ้นภายนอก เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยกลับไปพบเพื่อนกลุ่มเดิมที่ชักชวนให้ใช้สารเสพติด 3) ทศนคติในการใช้สารเสพติด จำลองบรรยากาศกลุ่มเพื่อนที่ส่งเสริมให้ใช้สารเพื่อสร้างภาพลักษณ์ และ 4) ตัวกระตุ้นหลายปัจจัย จำลองสถานการณ์วิกฤติชีวิตหลายด้านที่เกิดขึ้นพร้อมกัน กระตุ้นแรงอยากเสพยาแรงเพื่อให้ผู้ป่วยฝึกการตัดสินใจที่เหมาะสม โดยสถานการณ์ที่ 2-4 เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยสามารถตอบโต้ได้ (interactive) ซึ่งถูกพัฒนาในรูปแบบของแอปพลิเคชัน กิจกรรมสุดท้ายเป็นการประเมินผลและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม

โปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม ซึ่งเน้นกระบวนการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ทบทวนเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง และฝึกปฏิบัติผ่าน VR ทั้งแบบรายบุคคลและกลุ่ม ดำเนินกิจกรรมละ 60-90 นาที ครั้งละ 1 กิจกรรม ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง ดังนี้ 1) ครั้งที่ 1 สร้างปฏิสัมพันธ์เพื่อกระตุ้นการทบทวนตนเองและร่วมกำหนดเป้าหมายผ่านกิจกรรมกลุ่มบำบัด 2) ครั้งที่ 2 สำรวจปัจจัยภายในที่นำไปสู่การเสพซ้ำ โดยใช้สื่อวิดีโอร่วมกับกิจกรรมกลุ่มบำบัด 3) ครั้งที่ 3 ฝึกทักษะจัดการตัวกระตุ้นภายนอกรายบุคคลด้วย VR application และอภิปรายผลเป็นกลุ่ม 4) ครั้งที่ 4 ฝึกทักษะการตัดสินใจและปรับทัศนคติรายบุคคลด้วย VR application พร้อมอภิปรายกลุ่ม 5) ครั้งที่ 5 ฝึกทักษะจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพซ้ำรายบุคคลด้วย VR application และแลกเปลี่ยนผลลัพธ์ในกลุ่ม และ 6) ครั้งที่ 6 ประเมินผลการบรรลุเป้าหมายและแลกเปลี่ยนเคล็ดลับความสำเร็จ ผ่านกิจกรรมกลุ่มบำบัด

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริง ต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 28 คน เปรียบเทียบความแตกต่างในด้านคุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ chi-square test พบว่า มีคุณสมบัติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 19-30 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 30.07 (SD = 6.60) ระดับ



The Development and Effects of Nursing Care According to King's Theory of Goal Attainment with a Virtual Reality Program on Skills Required for Substance Relapse Prevention Among Patients with Amphetamine Addiction during the Rehabilitation Phase

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

การศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 35.70 ระยะเวลาการใช้จ่ายส่วนใหญ่ 6-10 ปี ร้อยละ 50 และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 19-30 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 30.07 (SD = 6.60) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มัธยมศึกษา ร้อยละ 53.6 ระยะเวลาการใช้จ่าย 6-10 ปี ร้อยละ 35.70

2. ประสิทธิภาพของโปรแกรม

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม (M = 108.21, SD = 8.53) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M = 58.29, SD = 8.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 29.12, p = .000) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

	จำนวน	คะแนนทักษะการป้องกัน		t	p
		การกลับไปเสพซ้ำ			
		M	SD		
ก่อนการได้รับโปรแกรม	28	58.29	8.41	29.12	.000***
หลังการได้รับโปรแกรม	28	108.21	8.53		

*** p < .001

2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (M = 108.21, SD = 8.53) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (M = 60.85, SD = 7.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 22.60, p = .000) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำก่อนได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลอง (M = 58.29, SD = 8.41) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (M = 60.71, SD = 7.69) พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -1.13, p = .13) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

	จำนวน	คะแนนทักษะการป้องกัน		t	p
		การกลับไปเสพซ้ำ			
		M	SD		
ก่อนการได้รับโปรแกรม				-1.13	.13
กลุ่มทดลอง	28	58.29	8.41		
กลุ่มควบคุม	28	60.71	7.69		
หลังการได้รับโปรแกรม				22.60	.000***
กลุ่มทดลอง	28	108.21	8.53		
กลุ่มควบคุม	28	60.85	7.08		

*** p < .001



The Development and Effects of Nursing Care According to King's Theory of Goal Attainment with a Virtual Reality Program on Skills Required for Substance Relapse Prevention Among Patients with Amphetamine Addiction during the Rehabilitation Phase

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 29.21, p = .000$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.60, p = .000$)

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นโปรแกรมที่เน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยแอมเฟตามีนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการรับรู้ปัญหาและนำไปสู่การตั้งเป้าหมายร่วมกัน จนสามารถบรรลุผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้จริง โดยการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการกระตุ้น แนะนำ ส่งเสริม ให้ความรู้ และสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ไว้วางใจจนผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในปัญหาของตนเอง และพร้อมกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนเพื่อบรรลุร่วมกัน ซึ่งกิจกรรมถูกออกแบบให้ผู้ป่วยได้ทบทวนและค้นหาปัญหาที่เป็นปัจจัยให้กลับไปเสพซ้ำ เพื่อพัฒนาการรับรู้ตนเองและการเข้าใจผู้อื่น ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในกระบวนการบรรลุเป้าหมายของคิง ผู้ป่วยถูกส่งเสริมให้กำหนดเป้าหมายของตนเองผ่านกิจกรรมวาดภาพ ประกอบด้วย 3 เป้าหมาย คือ เป้าหมายทั่วไป เป้าหมายการหยุดใช้สารเสพติด และเป้าหมายของกลุ่ม พร้อมใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกับผู้อื่น เพื่อพัฒนาแนวทางการบรรลุเป้าหมายที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

นอกจากนี้ กิจกรรมยังเน้นการสร้างแรงจูงใจโดยใช้สื่อวิดีโอของผู้ที่ประสบความสำเร็จจากการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อเสริมพลังให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของการมีเป้าหมายและความเพียรพยายามในการบรรลุเป้าหมายของตนเอง อีกทั้งผู้ป่วยยังได้ทบทวนเป้าหมายก่อนเริ่มกิจกรรมทุกครั้ง เพื่อย้ำเตือนและสร้างพลังในการก้าวไปสู่ความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า บทบาทของพยาบาลในกระบวนการบรรลุเป้าหมายตามแนวคิดของคิงมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย ทั้งในด้านการตระหนักรู้ การมีแรงจูงใจ และการมุ่งสู่เป้าหมายร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิศ มีคลัง และคณะ (Meeklung et al., 2023) ที่พบว่า การบรรลุความสำเร็จได้ต้องเริ่มจากการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน และต้องลงมือทำอย่างต่อเนื่อง

สำหรับวิธีการในการบรรลุเป้าหมาย ผู้วิจัยได้ออกแบบโดยการนำเทคโนโลยีเสมือนจริง มาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนด โดยโปรแกรมได้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และตระหนักถึงตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การใช้สารเสพติดซ้ำ ทั้งตัวกระตุ้นภายใน (อารมณ์ ความคิด) ตัวกระตุ้นภายนอก (บุคคล สถานที่ และสิ่งแวดล้อม) และทัศนคติต่อการใช้สารเสพติด ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบสถานการณ์จำลองใน VR จำนวน 3 เหตุการณ์ ที่มีความสมจริงและสามารถกระตุ้นให้เกิดการความอยากใช้สารเสพติด แม้ได้รับการบำบัดรักษาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้วก็ตาม โดยกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการใช้สารเสพติด 6-10 ปี ทำให้สมองเกิดการจดจำเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด และมักจะถูกกระตุ้นให้กลับไปใช้สารเสพติดได้ง่าย ยากที่จะต้านทานไหว สอดคล้องกับการศึกษาของ วาแฟ และ โคเบอร์ (Vafae & Kober, 2022) ที่พบว่า สมองสามารถจดจำเรื่องราวเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด และมักถูกกระตุ้นให้ใช้ซ้ำได้ง่าย ซึ่งการนำ VR มาใช้ในการฝึกทักษะจะช่วยให้สามารถฝึกเผชิญ และจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงได้อย่างปลอดภัยในสภาพแวดล้อมที่ควบคุมได้ กลุ่มตัวอย่างได้ทดลองนำทักษะที่เรียนรู้มาใช้จริงในการจัดการกับสถานการณ์จำลอง ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่เหมาะสมมากขึ้น ทั้งในด้านการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง การเผชิญปัญหา การจัดการความอยาก และการรับรู้ตนเอง



The Development and Effects of Nursing Care According to King's Theory of Goal Attainment with a Virtual Reality Program on Skills Required for Substance Relapse Prevention Among Patients with Amphetamine Addiction during the Rehabilitation Phase

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ดังนั้น โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ จึงมีจุดเด่นที่ช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายได้อย่างเป็นรูปธรรม ผ่านการฝึกจัดการกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่ใกล้เคียงกับสิ่งแวดล้อมจริงที่เต็มไปด้วยสารเสพติดและพร้อมที่จะเสพซ้ำตลอดเวลา ซึ่งจากการประมวลผลกิจกรรมพบว่า ผู้ป่วยสามารถเผชิญสถานการณ์เสี่ยงและเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง จนบรรลุเป้าหมายของตนเอง คือ การมีพฤติกรรมป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ แซง และคณะ (Zhang et al., 2023) ที่พบว่า การฝึกเผชิญกับสถานการณ์เสมือนจริงช่วยทำให้เกิดทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และลดโอกาสการกลับไปเสพซ้ำหลังจำหน่ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ไกรวุฒิ ศรีจันทร์ และคณะ (Srijan et al., 2025) ที่พบว่า การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยยกระดับของการส่งเสริมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมฯ เข้าเป็นส่วนหนึ่งในการพยาบาลปกติของโรงพยาบาลอัญญารักษ์ภูมิภาค และโรงพยาบาลที่มีมิถิอัญญารักษ์ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรม
2. พยาบาลที่นำโปรแกรมฯ ไปใช้ควรพัฒนาให้มีความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง และเทคโนโลยีเสมือนจริงเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ติดสารเสพติดเพศหญิง
2. ควรทำการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ติดสารเสพติดชนิดผสมผสาน

References

- Boonyamane, B., & Nukaew, O. (2024). The development and effects of an enhancing empowerment program on self-regulation for quitting illegal drugs among patients with amphetamine addiction during rehabilitation phase. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 11(2), e267558. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/267558/181252> (in Thai)
- Farré-Colomé, À., Tan, H., Gerhardt, S., Gerchen, M. F., Kirsch, M., Hoffmann, S., Kirsch, P., Kiefer, F., & Vollstädt-Klein, S. (2024). Cue-exposure treatment influences resting-state functional connectivity-a randomized controlled fMRI study in alcohol use disorder. *Psychopharmacology*, 241(3), 513–524. <https://doi.org/10.1007/s00213-024-06531-x>
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7th ed.). Elsevier Saunders.
- Hanpatchaiyakul, K., Kasemporn, N., Thoin, P., & Thongkote, N. (2021). Factors affecting the readmission of patients recovering from drug addiction. *Journal of Health Science Research*, 15(2), 1-12. (in Thai)
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concept, process*. Wiley.



The Development and Effects of Nursing Care According to King's Theory of Goal Attainment with a Virtual Reality Program on Skills Required for Substance Relapse Prevention Among Patients with Amphetamine Addiction during the Rehabilitation Phase
การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

- Kuypers, K., Verkes, R. J., van den Brink, W., van Amsterdam, J., & Ramaekers, J. G. (2020). Intoxicated aggression: Do alcohol and stimulants cause dose-related aggression? A review. *European Neuropsychopharmacology*, *30*, 114–147. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.06.001>
- Lebiecka, Z., Skoneczny, T., Tyburski, E., Samochowicz, J., & Kucharska-Mazur, J. (2021). Is virtual reality cue exposure a promising adjunctive treatment for alcohol use disorder? *Journal of Clinical Medicine*, *10*(13), 2972. <https://doi.org/10.3390/jcm10132972>
- Man, D. W. K. (2020). Virtual reality-based cognitive training for drug abusers: A randomised controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, *30*(2), 315–332. <https://doi.org/10.1080/09602011.2018.1468271>
- Maneenak, S. (2020). The relationship between drug crime and property crime. *Journal of Criminology and Forensic Science*, *6*(1), 133-148.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention*. Guilford Press.
- Meeklung, O., Nukaew, O., & Chanchong, W. (2023). The effects of a new nursing care with music program based on King's theory of goal attainment on amphetamine craving among male adolescents. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, *10*(2), e254160. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/254160/176674>
- Morgan, K. I., & Townsend, C. M. (2020). *Essentials of psychiatric mental health nursing* (8th ed.). F.A. DAVIS.
- Morse, J. M. (1994). Designing qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 220–235). Sage.
- Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. (2024). *Statistics on annual treatment services*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Rosenthal, A., Ebrahimi, C., Wedemeyer, F., Romanczuk-Seiferth, N., & Beck, A. (2022). The treatment of substance use disorders: Recent developments and new perspectives. *Neuropsychobiology*, *81*(5), 451–472. <https://doi.org/10.1159/000525268>
- Schröder, B., Kroczeck, A., Kroczeck, L. O. H., Ehlis, A. C., Batra, A., & Mühlberger, A. (2024). Cigarette craving in virtual reality cue exposure in abstainers and relapsed smokers. *Scientific Reports*, *14*(1), 7538. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-58168-7>
- Srijan, K., Jetwaranon, A., Vannakam, R., & Moonjuntee, T. (2024). Factors affecting drug relapse in persons with mixed type drug addiction: A Systematic review. *Princess of Naradhiwas University Journal*, *16*(3), 149–172. (in Thai)
- Srijan, K., Vannakam, R., Kleawaom, P., & Jongwilakasem, K. (2025). Digital interventions for improving relapse prevention of adults with amphetamine dependence: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Environment and Community Health*, *10*(1), 229-247. (in Thai)
- Thanyarak Pattani Hospital. (2024). *Statistics on annual treatment services*. Thanyarak Pattani Hospital. (in Thai)



The Development and Effects of Nursing Care According to King's Theory of Goal Attainment with a Virtual Reality Program on Skills Required for Substance Relapse Prevention Among Patients with Amphetamine Addiction during the Rehabilitation Phase

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

The Joanna Briggs Institute. (2014). *Critical appraisal tools*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *Global overview: Drug demand drug supply*. United Nations Office on Drugs and Crime.

Vafaie, N., & Kober, H. (2022). Association of drug cues and craving with drug use and relapse: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 79(7), 641–650. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1240>

Wang, Y. G., Liu, M. H., & Shen, Z. H. (2019). A virtual reality counterconditioning procedure to reduce methamphetamine cue-induced craving. *Journal of Psychiatric Research*, 116, 88-94. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.06.007>

Zhang, J., Chen, M., Yan, J., Wang, C., Deng, H., Wang, J., Gu, J., Wang, D., Li, W., & Wang, C. (2023). Effects of virtual reality-based cue exposure therapy on craving and physiological responses in alcohol-dependent patients-a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 23(1), 951. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05426-z>



The Cost of Nurse Turnover in Thailand: Nursing's Role and Management Strategies

ต้นทุนการลาออกของพยาบาลไทย: บทบาทพยาบาลและกลยุทธ์การจัดการ

Wipada	Kunaviktikul*	วิภาดา	คุณาวิกติกุล*
Chomphunut	Singmanee**	ชมพูนุท	สิงห์มณี**

Abstract

The turnover of Thai nurses has led to a shortage of nursing personnel in the country's healthcare system, affecting the quality of nursing care, nurses themselves, and healthcare organizations. This article aims to present an assessment of the cost of nurse turnover in Thailand using Jones's Nursing Turnover Cost Calculation Methodology (NTCCM) model, and to describe nursing management roles and strategies for promoting nurse retention, which are vital for the stability of Thailand's healthcare system in the future. The NTCCM is a methodology for calculating the costs associated with nurse turnover, including pre-employment costs, hiring costs, orientation and staff development costs, termination costs, and vacancy rates. Applying this model provides empirical data that can be used to develop effective strategies and actions to prevent nurse turnover and reduce losses arising from it. These findings can lead to the formulation of efficient policies for nursing human resource management and enhance the sustainability of the healthcare system.

Keywords: Nursing turnover cost calculation methodology (NTCCM) model; Thai nurses; Turnover cost

* Professor Emeritus, School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management

** Corresponding author, Lecturer, School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management;
e-mail: chomphunutsin@pim.ac.th

Received 2 September 2025; Revised 18 October 2025; Accepted 20 October 2025



บทคัดย่อ

การลาออกจากงานของพยาบาลไทย ทำให้เกิดภาวะการขาดแคลนพยาบาลในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาล ต่อพยาบาล และต่อองค์กร บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการประเมินต้นทุนการลาออกของพยาบาลไทยโดยใช้โมเดล Nursing Turnover Cost Calculation Methodology (NTCCM) ของโจนส์ และอธิบายบทบาทและกลยุทธ์การจัดการทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการคงอยู่ของบุคลากรพยาบาล ซึ่งเป็นความสำคัญของความมั่นคงระบบสุขภาพไทยในอนาคต โดย NTCCM เป็นวิธีการคำนวณหาต้นทุนจากการลาออกของพยาบาล ประกอบด้วย การหาต้นทุนก่อนการจ้างงาน ต้นทุนการรับเข้า ต้นทุนการปฐมนิเทศและการพัฒนาบุคลากร ต้นทุนการให้ออกและอัตราตำแหน่งว่าง ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการนำไปสู่การจัดการทำกลยุทธ์และการดำเนินการต่าง ๆ ในการป้องกันการลาออก และลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นจากการลาออกของพยาบาล สามารถนำไปสู่การวางนโยบายที่มีประสิทธิภาพในการบริหารทรัพยากรบุคลากรพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: โมเดล Nursing Turnover Cost Calculation Methodology (NTCCM) พยาบาลไทย ต้นทุนการลาออก

* ศาสตราจารย์เกียรติคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

e-mail: chomphunutsin@pim.ac.th



บทนำ

พยาบาล เป็นบุคลากรสุขภาพหลักในระบบบริการสุขภาพทั่วโลก มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้รับบริการอย่างใกล้ชิดและตลอด 24 ชั่วโมง ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ในประชาชนทุกเพศ ทุกวัย ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนพยาบาลซึ่งทวีความรุนแรงขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา รายงานของสภาการพยาบาล ปี พ.ศ. 2564 ระบุว่าประเทศไทยมีพยาบาลวิชาชีพขึ้นทะเบียนประมาณ 210,000 คน แต่จำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานจริงในระบบบริการสุขภาพกลับมีน้อยกว่าความต้องการอย่างมาก โดยเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐซึ่งเผชิญอัตราการลาออกสูงชันอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ปัญหาดังกล่าวรุนแรงมากขึ้นในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลให้ภาระงานของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมาก ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าและภาวะหมดไฟ (burnout) จนนำไปสู่การลาออกในที่สุด (Nursing Council of Thailand, 2021; World Health Organization, 2020)

การลาออกของพยาบาล (nurse turnover) เป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญด้านการบริหารบุคลากรพยาบาล เนื่องจากไม่เพียงแต่ทำให้จำนวนบุคลากรลดลง แต่ยังมีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพโดยรวมดังกล่าวมาข้างต้น โดยทั่วไปการลาออกของพยาบาลแบ่งเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ การลาออกโดยสมัครใจ (voluntary turnover) ซึ่งเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ความพึงพอใจในงานต่ำ ค่าตอบแทนไม่เหมาะสม หรือความต้องการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และการลาออกโดยไม่สมัครใจ (involuntary turnover) เช่น การถูกปลดออกหรือการเกษียณอายุงาน (Hayes et al., 2012) ซึ่งทั้งสองประเภทต่างก่อให้เกิดภาระและต้นทุนแก่หน่วยงานและระบบสุขภาพ ในบทความนี้ คำว่า nurse turnover หรือการลาออกของพยาบาล มีความหมายครอบคลุมทั้งการลาออกโดยสมัครใจและไม่สมัครใจ

การลาออกของพยาบาล ส่งผลกระทบต่อบุคลากรในระดับหน่วยงาน รวมทั้งส่งผลให้องค์กรและระบบสุขภาพต้องเผชิญกับต้นทุนการลาออก (turnover cost) ที่สูง ทั้งในรูปแบบของค่าใช้จ่ายโดยตรง เช่น ค่าใช้จ่ายในการสรรหาและฝึกอบรมพยาบาลใหม่ และต้นทุนแฝง เช่น การสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน คุณภาพการดูแลที่ลดลง และภาระงานที่เพิ่มขึ้นของพยาบาลที่ยังคงอยู่ นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า อัตราการลาออกของพยาบาลที่สูงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการพยาบาลที่ลดลง และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Aiken et al., 2013; Jones, 2008) ดังนั้น การบริหารจัดการต้นทุนการลาออกจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ ไม่เพียงแค่นั้นในเชิงเศรษฐศาสตร์ขององค์กร แต่ยังเป็นปัจจัยหลักที่กำหนดคุณภาพและความปลอดภัยของระบบสุขภาพโดยรวมด้วย

การวิเคราะห์ต้นทุนการลาออก (turnover cost) เป็นแนวคิดที่ใช้วัดผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์และการจัดการที่เกิดขึ้นเมื่อพยาบาลออกจากองค์กร โดย โจนส์ (Jones, 2008) ได้พัฒนาวิธีการคำนวณต้นทุนการลาออกของพยาบาล (Nursing turnover cost calculation methodology: NTCCM) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือเชิงระบบในการคำนวณต้นทุนที่เกิดขึ้นในหลายมิติ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ต้นทุนการลาออกของพยาบาลหนึ่งคนอาจสูงถึง 1.2–1.3 เท่าของเงินเดือนในเวลาหนึ่งปีของพยาบาลคนนั้น (Jones, 2008; Li & Jones, 2013) ในขณะที่บริบทของประเทศไทย แม้ยังมีข้อจำกัดด้านข้อมูลเชิงประจักษ์ในด้านต้นทุนการลาออกของพยาบาล แต่หน่วยบริการสุขภาพจำนวนมากต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายแฝงที่สูงจากการลาออก เช่น การจ่ายค่าล่วงเวลาที่เพิ่มขึ้น และการสูญเสียพยาบาลที่มีทักษะเฉพาะทางซึ่งส่งผลต่อการให้บริการพยาบาลในหลายด้าน

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการคิดต้นทุนการลาออกของพยาบาลไทย โดยใช้กรอบแนวคิดวิธีการคำนวณต้นทุนการลาออกของพยาบาลตามโมเดล NTCCM ซึ่งอธิบายองค์ประกอบและผลกระทบของต้นทุนการลาออก ตลอดจนเสนอแนวทางการจัดการและกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมความยั่งยืนของบุคลากรพยาบาล อันเป็นรากฐานสำคัญต่อความมั่นคงของระบบสุขภาพไทยในอนาคต

ปัญหาการลาออกของพยาบาลไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การลาออกของพยาบาลไทย เป็นปัญหาที่ซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกนี้สามารถวิเคราะห์ได้ในสามระดับหลัก คือ ระดับบุคคล ระดับองค์กร และระดับระบบสุขภาพ ระดับบุคคลเกี่ยวข้องกับภาระงาน ความเครียด และความพึงพอใจในชีวิตการทำงานที่ลดลง รวมถึงแรงจูงใจทางเศรษฐกิจที่ไม่เพียงพอ ในขณะที่ระดับองค์กรเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน เช่น การขาดแคลนบุคลากร การสนับสนุนจากผู้บริหาร และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ส่วนระดับระบบสุขภาพรวมถึงนโยบายและการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลที่อาจจะยังไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ความเข้าใจปัจจัยในแต่ละระดับเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการพัฒนากลยุทธ์เพื่อแก้ไขปัญหาการลาออกอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล สาเหตุที่สำคัญ คือ ภาวะหมดไฟในการทำงาน และความไม่สมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน (work-life imbalance) เนื่องจากพยาบาลไทยจำนวนมากต้องทำงานเกินชั่วโมงมาตรฐานและรับภาระงานที่สูงกว่ากำลังคนที่มีอยู่จริง งานวิจัยของ วิภาดา คุณาวิกติกุล และคณะ (Kunaviktikul et al., 2015) พบว่า ชั่วโมงการทำงานเกินเวลามีความสัมพันธ์ทางลบกับผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พยาบาล และองค์กรอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าการทำงานหนักเกินไปส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการลาออก รวมทั้งเกิดผลลบต่อผู้รับบริการและองค์กรด้วย และพบว่า พยาบาลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) สูง มักมีคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพดีกว่าและไม่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายจากการทำงาน แสดงให้เห็นว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยเชิงป้องกันที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการลาออก

2. ปัจจัยระดับองค์กร ความพึงพอใจในการทำงาน (job satisfaction) สมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน (work-life balance) ถือเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความตั้งใจคงอยู่หรือออกจากงานพยาบาล มีผลการศึกษาที่พบว่า ความพึงพอใจในการทำงาน สมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนว่า การได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากองค์กรช่วยเพิ่มการคงอยู่ในงานของพยาบาล นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมการทำงานของพยาบาลไทยมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ความไม่พึงพอใจในงานและความตั้งใจลาออก (Nantsupawat et al., 2017; Thangkratok et al., 2021) แสดงให้เห็นว่า สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานมีบทบาทสำคัญต่อการคงอยู่ในวิชาชีพ ในขณะที่ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร และภาวะผู้นำแบบปรับเปลี่ยน (transformational leadership) เป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มแรงจูงใจ และลดความตั้งใจในการลาออกของพยาบาล (Duffield et al., 2014; Laschinger, 2014)

3. ปัจจัยระดับระบบสุขภาพ การโยกย้ายพยาบาลไปทำงานในภาคเอกชนหรือไปต่างประเทศเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากมีแรงดึงดูดด้านค่าตอบแทนและสภาพการทำงานที่ดีกว่า การสูญเสียกำลังคนในลักษณะนี้ไม่เพียงแต่เป็นการสร้างภาระต่อโรงพยาบาลในภาครัฐ แต่ยังเป็น การสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่ผ่านการฝึกฝนมาอย่างยาวนาน (brain drain) และส่งผลกระทบต่อความไม่สมดุลของบุคลากรพยาบาลในประเทศ นอกจากนี้ งานวิจัยในกลุ่มพยาบาลรุ่นใหม่ (Generation Z) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออก คือ สภาพแวดล้อมการทำงานและลักษณะงานมากกว่าค่าตอบแทนโดยตรง ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติและความคาดหวังของกำลังคนรุ่นใหม่ (Khamlub et al., 2013)

จะเห็นว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การลาออกของพยาบาลไทยมีความหลากหลายและเชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อน โดยในระดับบุคคล ระดับองค์กร และระดับระบบสุขภาพ ซึ่งล้วนเป็นความท้าทายสำคัญที่ทำให้การบริหารจัดการบุคลากรพยาบาลในประเทศไทย ต้องเผชิญกับความท้าทายอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การทำความเข้าใจปัจจัยเหล่านี้ อย่างรอบด้าน จึงเป็นรากฐานสำคัญต่อการกำหนดกลยุทธ์การจัดการและนโยบายที่มุ่งเน้นความยั่งยืนของบุคลากรพยาบาลในระยะยาว



ผลกระทบของการลาออกต่อระบบสุขภาพ

การลาออกของพยาบาลส่งผลกระทบหลายระดับ ตั้งแต่ระดับองค์กรบริการสุขภาพไปจนถึงระบบสุขภาพโดยรวม โดยผลกระทบที่สำคัญสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อองค์กร องค์กรต้องรับภาระต้นทุนสูง ทั้งค่าใช้จ่ายตรง เช่น ค่าสรรหาและอบรมพยาบาลใหม่ และค่าใช้จ่ายแฝง เช่น การสูญเสียผลิตภาพระหว่างรอพยาบาลใหม่เข้ามาทำงาน จากการศึกษาของ โจนส์ (Jones, 2008) ลี และ โจนส์ (Li & Jones, 2013) แสดงให้เห็นว่าต้นทุนการลาออกของพยาบาลหนึ่งคน สูงถึง 1.2–1.3 เท่าของเงินเดือนประจำปี ซึ่งถือเป็นภาระงบประมาณสำคัญของโรงพยาบาล

2. ผลกระทบต่อผู้ป่วย การที่พยาบาลมีอัตราการลาออกที่สูงสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ลดลง และความเสี่ยงด้านความปลอดภัยที่เพิ่มขึ้น ผลการศึกษาของ ไอเคน และคณะ (Aiken et al., 2013) พบว่า อัตราการลาออกและสภาพการทำงานของพยาบาลสัมพันธ์โดยตรงกับอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล การสูญเสียการดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องและมีโอกาสเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ได้มากขึ้น

3. ผลกระทบต่อพยาบาลที่คงอยู่ในระบบ เมื่อมีการลาออก พยาบาลที่ยังทำงานต้องรับภาระงานที่หนักขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าและหมดไฟมากขึ้น ซึ่งเป็นวงจรที่เร่งให้เกิดการลาออก โยกย้ายต่อเนื่อง (Hayes et al., 2012) นอกจากนี้ ยังส่งผลทางจิตใจ เช่น ความรู้สึกไม่มั่นคงในงานและความเครียดจากการทำงานล่วงเวลาบ่อยครั้ง

4. ผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวม การลาออกจำนวนมากของพยาบาลก่อให้เกิดปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ที่กระทบต่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพไทยโดยตรง โดยเฉพาะเมื่อประกอบกับการไหลออกของกำลังคนไปสู่ภาคเอกชนและต่างประเทศ ปัญหาดังกล่าวทำให้ระบบสาธารณสุขไทยเผชิญกับความท้าทายในการจัดสรรบุคลากรในพื้นที่ขาดแคลน เช่น โรงพยาบาลชุมชนและภูมิภาคห่างไกล ส่งผลต่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

สรุปได้ว่า การลาออกของพยาบาลมีผลกระทบหลายมิติ ทั้งเชิงเศรษฐศาสตร์ คุณภาพบริการ และความยั่งยืนของกำลังคนพยาบาล หากไม่มีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ปัญหาดังกล่าวอาจนำไปสู่ความไม่มั่นคงของระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

องค์ประกอบของต้นทุนการลาออกของพยาบาล

ต้นทุนการลาออกของพยาบาลสามารถจำแนกได้เป็น 3 องค์ประกอบหลัก เพื่อให้การวิเคราะห์มีความครอบคลุมและแม่นยำ ดังนี้

1. ต้นทุนตรง (Direct costs) คือ ค่าใช้จ่ายที่สามารถประเมินเป็นตัวเลขได้โดยตรง ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการสรรหาและทดแทนบุคลากรใหม่ เช่น ค่าใช้จ่ายในการประกาศรับสมัครและโฆษณาตำแหน่งงาน ค่าใช้จ่ายในการสัมภาษณ์และคัดเลือก ค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบสุขภาพ และค่าใช้จ่ายด้านเอกสาร นอกจากนี้ ยังครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายสำหรับโปรแกรมการปฐมนิเทศและการฝึกอบรมสำหรับพยาบาลใหม่ด้วย

2. ต้นทุนแฝง (Indirect costs) เป็นผลกระทบที่ไม่สามารถตีค่าเป็นตัวเลขได้โดยตรง แต่ส่งผลให้เกิดความสูญเสียต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญ เช่น การสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน (productivity loss) ในช่วงที่พยาบาลใหม่ยังไม่มีประสบการณ์มากพอ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ลดลง และผลกระทบด้านจิตใจของพยาบาลที่ยังคงอยู่ เช่น ภาวะความเครียดและภาวะหมดไฟจากภาระงานที่เพิ่มขึ้น ผลกระทบเหล่านี้ยังอาจส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการและครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อภาพลักษณ์ขององค์กรในระยะยาว

3. ต้นทุนเชิงระบบ (System-level costs) เป็นต้นทุนที่เกิดจากผลกระทบที่ขยายไปสู่ระดับที่ใหญ่ขึ้น เช่น ในระดับของระบบสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการสูญเสียองค์ความรู้และทักษะ (knowledge drain) ของบุคลากรโดยเฉพาะ



ในกลุ่มพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง การขาดความต่อเนื่องของการดูแล (continuity of care disruption) ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า มีความสัมพันธ์กับความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) และอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse events) ที่สูงขึ้นในหน่วยงานที่มีอัตราการลาออกสูง (Aiken et al., 2013) ต้นทุนในระดับนี้จึงถือได้ว่ามีผลกระทบโดยตรงต่อความยั่งยืนของบุคลากรพยาบาลและระบบบริการสุขภาพโดยรวม ในประเทศไทย มีพยาบาลที่มีประสบการณ์จำนวนหนึ่งลาออกเพื่อไปทำงานในภาคเอกชนหรือไปต่างประเทศ ก่อให้เกิดการสูญเสียด้านความรู้ของแต่ละคน (knowledge loss) ที่สูงมาก โดยเฉพาะในแผนกที่ต้องการพยาบาลที่มีทักษะเฉพาะ เช่น ในหอผู้ป่วยวิกฤติหรือห้องผ่าตัด ขณะเดียวกัน พยาบาลที่เหลือต้องรับภาระงานเพิ่มขึ้น เกิดการใช้จ่ายสำหรับค่าล่วงเวลาที่สูงขึ้นและนำไปสู่ภาวะหมดไฟจากภาระงานที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นตัวเร่งให้เกิดอัตราการลาออกต่อเนื่องเป็นวงจร (Nursing Council of Thailand, 2021) ดังนั้น การเข้าใจความหมายและองค์ประกอบของต้นทุนการลาออกอย่างลึกซึ้ง จึงมีความสำคัญในการวางกลยุทธ์เพื่อลดผลกระทบ และสร้างระบบที่ส่งเสริมความยั่งยืนของบุคลากรพยาบาล

โมเดลการคำนวณต้นทุนการลาออก

การวิเคราะห์ต้นทุนการลาออกของพยาบาล เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการบริหารจัดการกำลังคนในระบบสุขภาพ เนื่องจากการลาออกมิได้ส่งผลต่อจำนวนบุคลากรเพียงอย่างเดียว แต่ยังสร้างภาระทางเศรษฐศาสตร์และกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โมเดล NTCCM ของ โจนส์ (Jones, 2008) เป็นกรอบแนวคิดและเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้องค์กรสามารถนำมาคำนวณและตีมูลค่าของต้นทุนการลาออกได้อย่างเป็นระบบและมีมาตรฐาน องค์ประกอบหลักของ โมเดล NTCCM แบ่งการคำนวณออกเป็น 4 หมวดใหญ่ ดังนี้

1. ต้นทุนก่อนการจ้างงาน (Pre-hire costs) เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นก่อนการจ้างพยาบาลใหม่ เช่น การโฆษณาตำแหน่งว่าง ค่าใช้จ่ายสำหรับการสรรหาผ่านหน่วยงานกลาง หรือการเดินทางของคณะกรรมการสรรหา ค่าใช้จ่ายในขั้นตอนนี้สะท้อนถึงการลงทุนเบื้องต้นขององค์กรในการหาบุคลากรทดแทน

2. ต้นทุนการรับเข้า (Hiring costs) เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการรับเข้าทำงาน เช่น ค่าดำเนินการสอบสัมภาษณ์ ค่าตรวจสุขภาพพนักงานใหม่ ค่าธรรมเนียมด้านเอกสารและการจัดการงานบุคคล รวมถึงเวลาของผู้บริหารและหัวหน้างานที่ใช้ไปกับกระบวนการเหล่านี้

3. ต้นทุนการปฐมนิเทศและการพัฒนา (Orientation and training costs) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับการปฐมนิเทศและการฝึกอบรมพยาบาลใหม่ ทั้งในรูปแบบการอบรมอย่างเป็นทางการและการเรียนรู้งานหน้างาน (on-the-job training) นอกจากนี้ยังรวมถึงค่าใช้จ่ายแฝง เช่น การสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน เนื่องจากพยาบาลใหม่ยังไม่สามารถทำงานได้เต็มประสิทธิภาพ และต้องอาศัยการสนับสนุนจากพยาบาลที่มีประสบการณ์

4. ต้นทุนการให้ออกและอัตราตำแหน่งว่าง (Termination and vacancy costs) เกิดขึ้นหลังจากพยาบาลลาออก เช่น ค่าล่วงเวลา (overtime) ของพยาบาลที่ยังคงอยู่ ค่าใช้จ่ายในการจ้างพยาบาลชั่วคราว (agency nurse หรือ outsource nurse) ตลอดจนผลกระทบต่อความต่อเนื่องของการดูแล และความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งแม้ไม่สามารถตีค่าเป็นเงินโดยตรงได้ แต่ก่อให้เกิดต้นทุนเชิงคุณภาพที่สำคัญ

ผลการศึกษาในต่างประเทศจากการใช้โมเดล NTCCM พบว่า ต้นทุนการลาออกของพยาบาลหนึ่งคนมีค่าเฉลี่ย 1.2–1.3 เท่าของเงินเดือนประจำปีของพยาบาลคนนั้น เช่น หากพยาบาลมีเงินเดือน 400,000 บาทต่อปี ต้นทุนรวมจากการลาออกอาจสูงถึง 480,000–520,000 บาท (Jones, 2008) ขณะที่ผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาของ วาลด์แมน และคณะ (Waldman et al., 2004) พบว่า ต้นทุนการลาออกของบุคลากรทางสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 5 ของงบประมาณองค์กรด้านบุคลากรทั้งหมด สำหรับประเทศไทย แม้จะยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นทางการที่ใช้โมเดล NTCCM โดยตรง แต่จากรายงานของ สภาการพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลในภาครัฐจำนวนมากประสบภาวะพยาบาลลาออกและต้องใช้ค่าล่วงเวลาที่สูงขึ้น รวมทั้งต้องจ้างพยาบาลจ้างเหมาช่วงหรือ



พยาบาลอัตราจ้าง ซึ่งสะท้อนให้เห็นต้นทุนตรงและแฝงตามองค์ประกอบของโมเดล NTCCM เช่นกัน

การนำโมเดล NTCCM มาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย สามารถช่วยให้ผู้บริหารการพยาบาล เข้าใจภาวะที่แท้จริงของการลาออก ทำให้สามารถแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อผู้กำหนดนโยบายและช่วยในการประเมินความคุ้มค่าในการลงทุนด้านการคงอยู่ของพยาบาล เช่น โครงการ mentorship การมีบัณฑิตอาสา หรือการทำงานแบบยืดหยุ่นของพยาบาล การสร้างฐานข้อมูลต้นทุนระดับชาติ เพื่อใช้วางแผนเชิงกลยุทธ์ในการรักษาบุคลากรเชื่อมโยงกับนโยบายความยั่งยืน เนื่องจากการลดต้นทุนจากการลาออก โยกย้าย สามารถเสริมสร้างความมั่นคงระยะยาวของระบบบริการสุขภาพ และสอดคล้องกับเป้าหมายความยั่งยืนของบุคลากรพยาบาล

นอกเหนือจากโมเดล NTCCM ที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายแล้ว ยังมีการศึกษาแนวทางการคำนวณต้นทุนการลาออกของพยาบาลในรูปแบบอื่น ๆ เช่น การประเมินต้นทุนด้านบุคลากร (human capital cost method) โดยคำนวณจากค่าใช้จ่ายด้านการสรรหา การอบรม และค่าแรงที่สูญเสียไปในช่วงตำแหน่งว่าง (Waldman et al., 2004) อีกแนวทาง คือ cost of illness approach ซึ่งนำกรอบคิดด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพมาประยุกต์ใช้ ต้นทุนตรงและต้นทุนอ้อมในการประเมินผลกระทบทางการเงินของอัตราการลาออกต่อคุณภาพและผลลัพธ์ของผู้ป่วย (Duffield et al., 2014) ขณะเดียวกันมีงานวิจัยที่ใช้แบบสอบถามต้นทุนการลาออก (turnover cost questionnaire) ที่พัฒนาโดย โจนส์ และ เกทส์ (Jones & Gates, 2007) เพื่อประเมินค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในองค์กร โดยครอบคลุมทั้งต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนแฝง ซึ่งจะช่วยให้องค์กรมีข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการจัดการให้เกิดการคงอยู่ในองค์กร ในบริบทที่แตกต่างกัน การมีเครื่องมือการประเมินหลายรูปแบบสามารถปรับให้เข้ากับระบบสุขภาพและบริบทการจัดการของแต่ละองค์กรได้

กลยุทธ์ทางการพยาบาลเพื่อจัดการต้นทุนการลาออก

ผู้นำการพยาบาลมีบทบาทในการจัดการต้นทุนการลาออกของพยาบาลอย่างมาก โดยผู้นำจำเป็นต้องพิจารณา ด้านบทบาทผู้นำการพยาบาลกับด้านกลยุทธ์เชิงระบบ ที่ต้องดูแลทั้งสภาพแวดล้อมการทำงาน การพัฒนาอาชีพ และความผาสุกของบุคลากร โดยมีเป้าหมายสองประการ คือ 1) ลดความตั้งใจในการลาออกและการลาออกจริง และ 2) ลดค่าใช้จ่ายตรง-แฝงตามกรอบ NTCCM เพื่อสร้างความยั่งยืนของกำลังคนพยาบาลในระยะยาว กลยุทธ์ทางการพยาบาลเพื่อจัดการต้นทุนการลาออก มีดังต่อไปนี้

1. ส่งเสริมการใช้ภาวะผู้นำแบบปรับเปลี่ยน กลยุทธ์หลักในการเสริมสร้างความคงอยู่ของพยาบาล คือ การพัฒนาภาวะผู้นำแบบปรับเปลี่ยนซึ่งงานวิจัยจำนวนมากพบว่า ภาวะผู้นำรูปแบบนี้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจในงานและความผูกพันต่อองค์กร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความตั้งใจลาออกของพยาบาล (Conroy et al., 2023; Goens & Giannotti, 2024) การลงทุนในโครงการอบรมและพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำสำหรับผู้บริหารการพยาบาล ช่วยให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่กระตุ้นพนักงานให้รู้สึกว่าการงานมีความหมายมีส่วนร่วม และได้รับการยอมรับ ซึ่งสร้างแรงจูงใจและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพให้อยู่ในองค์กร

2. ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน การสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่สนับสนุนและได้มาตรฐาน เช่น รูปแบบของโรงพยาบาลแม่เหล็ก (magnet hospitals) เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการลดภาวะหมดไฟ และลดอัตราการลาออกของพยาบาล รวมถึงเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วย ซึ่งสภาพแวดล้อมดังกล่าวต้องมีส่วนประกอบหลัก เช่น การสนับสนุนจากผู้บริหาร การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของพยาบาล คุณภาพการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ และการบริหารทรัพยากรที่เหมาะสม (Goens & Giannotti, 2024; Lake, 2007) การลงทุนเพื่อยกระดับสภาพแวดล้อมนี้นำไปสู่การลดต้นทุนแฝงจากการสูญเสียพยาบาล และยังช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและความล้มเหลวในการช่วยเหลือผู้ป่วย (failure-to-rescue) ได้อย่างมีนัยสำคัญ (Aiken et al., 2013) สำหรับบริบทของประเทศไทย การดำเนินกลยุทธ์นี้ตามแนวทางโรงพยาบาลแม่เหล็กจึงเป็นทางเลือกที่คุ้มค่าและยั่งยืนในการบริหารบุคลากรพยาบาล



3. พัฒนาโปรแกรมพี่เลี้ยงและการเปลี่ยนผ่านสู่บทบาทวิชาชีพ (Preceptorship & Transition) หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมเชิงปริมาณยืนยันว่า โปรแกรมพี่เลี้ยง และที่ปรึกษา (preceptorship/mentorship) มีส่วนช่วยในการเพิ่มสมรรถนะ ความมั่นใจ ความพึงพอใจในงาน และ อัตราการคงอยู่ในงานของพยาบาลที่เข้าปฏิบัติงานใหม่อย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์ดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อการลดต้นทุนที่ระบุไว้ใน NTCCM โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในหมวดต้นทุนการปฐมนิเทศและหรือฝึกอบรม และต้นทุนตำแหน่งงานว่าง เนื่องจากช่วงเวลาในการปรับตัวของพยาบาลใหม่สั้นลง และอัตราการลาออกในช่วงเริ่มต้นของการทำงานลดลง ในทำนองเดียวกัน การจัดตั้งโปรแกรมพัฒนาพยาบาลจบใหม่ (nurse residency programs) ของพยาบาลได้รับการพิสูจน์แล้วว่า สามารถลดอัตราการลาออกในช่วงปีแรกของการทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญ และเพิ่มอัตราการคงอยู่ในองค์กรเมื่อประเมินผลลัพธ์เชิงเศรษฐศาสตร์ตามแนวทางของ NTCCM แล้ว โปรแกรมเหล่านี้ สามารถสร้างการประหยัดของต้นทุนที่ชัดเจนให้กับสถานบริการสุขภาพ ดังนั้น ผู้บริหารควรพิจารณากำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สำคัญ (Key Performance Indicators: KPIs) ของโปรแกรมเหล่านี้ เช่น อัตราการคงอยู่ในงานเมื่อทำงานครบ 12 หรือ 24 เดือน พร้อมทั้งคำนวณต้นทุนการลาออกที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในแต่ละปี เพื่อแสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าของการลงทุนในโปรแกรมดังกล่าว

4. ส่งเสริมมาตรการการป้องกันความรุนแรงเชิงพฤติกรรมในที่ทำงาน และการสร้างความรู้สึกลดภัยในด้านจิตใจ การศึกษาในพยาบาลจบใหม่พบว่า ภาวะผู้นำที่แท้จริง/ผู้นำแบบเปลี่ยนแปลง (authentic/transformational leadership) มีบทบาทสำคัญในการลดปัญหาการกลั่นแกล้งในที่ทำงาน (workplace bullying) และภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งส่งผลให้ความตั้งใจในการลาออกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้นำมีบทบาทสำคัญในการจัดโครงสร้างทีมงาน และการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุนวัฒนธรรมที่ไม่กล่าวโทษ เพื่อรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพไว้ในองค์กร เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว มีการเสนอแนวปฏิบัติที่สามารถนำไปปรับใช้ได้จริง เช่น การกำหนดนโยบายปราศจากความรุนแรง การพัฒนาระบบการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่เป็นทางการ การส่งเสริมสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน และการจัดอบรมหัวหน้างานเพื่อจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แม้ว่า การดำเนินการเหล่านี้อาจมีต้นทุนอยู่บ้าง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนที่สามารถหลีกเลี่ยงได้จากการลาออกที่เข้าซ้อนในกลุ่มบุคลากรที่ประสบปัญหาแล้ว ถือเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ

5. การบริหารจัดการตารางเวรและภาระงานตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Workload & Rostering Management) การศึกษาในหลายประเทศยืนยันว่า การทำงานระยะยาวตั้งแต่ 12 ชั่วโมงขึ้นไปสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานที่สูงขึ้น ความพึงพอใจในงานที่ลดลงและความตั้งใจที่จะลาออกที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังมีหลักฐานเชิงสังเกตที่ชี้ให้เห็นว่า คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยและปริมาณงานที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ มีแนวโน้มสูงขึ้นในหน่วยงานที่ใช้ระบบการทำงานที่ยาวกว่าปกติอย่างต่อเนื่อง

ในบริบทของประเทศไทย การนำโมเดลการจัดเวรแบบยืดหยุ่นมาใช้ การสลับงานที่มีความหนักเบาแตกต่างกัน และการกำหนดเพดานชั่วโมงการทำงานต่อบุคคลหรือต่อหน่วยงาน เป็นมาตรการเชิงระบบที่สามารถช่วยป้องกันภาวะหมดไฟได้ การดำเนินการเหล่านี้จะส่งผลให้ลดต้นทุนที่ระบุไว้ใน NTCCM โดยเฉพาะต้นทุนที่เกิดจากตำแหน่งงานว่างและต้นทุนค่าล่วงเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. การจัดอัตรากำลังและสัดส่วนทักษะของพยาบาลที่เหมาะสม (Optimal staffing & Skill mix) งานวิจัยจากหลากหลายประเทศชี้ให้เห็นว่า การมีอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม และการเพิ่มสัดส่วนของพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปกับพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรี สัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานพยาบาล การดำเนินการดังกล่าวส่งผลทางอ้อมในการลดความไม่พึงพอใจและความตั้งใจที่จะลาออกของบุคลากร เนื่องจากความปลอดภัยในการทำงานและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สูงขึ้น การลงทุนในการจัดอัตรากำลังอย่างเหมาะสม จึงไม่ใช่เพียงแค่การตอบสนองความต้องการด้านกำลังคน แต่เป็นกลยุทธ์สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงผลตอบแทนเชิงคุณภาพ และต้นทุนที่



คัมค่าในระยะกลางถึงระยะยาวโดยสามารถช่วยลดต้นทุนที่เกิดจากการลาออก และการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญ

7. ส่งเสริมเส้นทางความก้าวหน้าในสายงาน ค่าตอบแทน และการยอมรับ (Career progression, Compensation & recognition) หลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาเปรียบเทียบในหลายประเทศบ่งชี้ว่าองค์กรที่มีเส้นทางความก้าวหน้าในสายอาชีพที่ชัดเจน มีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง และมีระบบการยอมรับผลงานที่เป็นธรรมจะมีอัตราการคงอยู่ในงานที่ดีกว่าและมีต้นทุนการลาออกที่ต่ำกว่า แม้ว่าความแตกต่างทางบริบทของแต่ละระบบสุขภาพจะมีผลกระทบแต่แนวโน้มนี้ก็สอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญ (Ahn & Choi, 2022) ข้อมูลนี้ สามารถนำเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง โดยแสดงให้เห็นถึงผลตอบแทนจากการลงทุนในโปรแกรมรักษาบุคลากร เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการลาออกตามที่คำนวณได้จาก NTCCM ในหน่วยงานจริง

8. พัฒนาฐานข้อมูลการประเมินต้นทุนและความคัมค่าการนำด้วย NTCCM ไปใช้ ผู้บริหารโรงพยาบาลควรจัดทำบัญชีต้นทุนการลาออกเป็นประจำทุกปี เพราะทำให้เห็นภาพรวมของความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์อย่างเป็นรูปธรรม การนำข้อมูลต้นทุนที่คำนวณได้ไปเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ของกลยุทธ์รักษาบุคลากร วิธีการนี้จะทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณมีฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ และช่วยให้ผู้บริหารสามารถจัดลำดับความสำคัญของกลยุทธ์ที่คัมค่าที่สุดสำหรับบริบทของหน่วยบริการสุขภาพในประเทศไทย

ข้อเสนอเชิงนโยบายและการวิจัย

การจัดการต้นทุนการลาออกของพยาบาลไม่อาจพิจารณาเพียงในระดับองค์กร แต่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายระดับชาติ เนื่องจากปัญหาการลาออกสะท้อนถึงความไม่สมดุลของระบบกำลังคนสุขภาพโดยรวม จึงมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การจัดตั้งระบบฐานข้อมูลกลางด้านการลาออกและการหมุนเวียนกำลังคนพยาบาล ที่สามารถเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์แนวโน้มและคำนวณต้นทุนโดยใช้กรอบ เช่น NTCCM ฐานข้อมูลนี้จะช่วยสนับสนุนการวางแผนกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพในระดับประเทศ

2. ควรมีนโยบายการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนให้บุคลากรคงอยู่ ที่มุ่งลดการลาออกในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น พยาบาลใหม่ พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน และพยาบาลที่ทำงานในพื้นที่ห่างไกล โดยใช้งบประมาณที่จัดสรรบนฐานข้อมูลต้นทุนที่หลีกเลี่ยงได้ วิธีการนี้ไม่เพียงช่วยลดอัตราการลาออก แต่ยังเป็นการลงทุนที่คัมค่าในระยะยาวเมื่อเทียบกับต้นทุนการสรรหาและฝึกอบรมซ้ำ

3. การกำหนดนโยบายเชิงระบบเพื่อสร้างความยั่งยืนของกำลังคนพยาบาล เช่น การออกมาตรการสนับสนุนให้เกิดความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน การจัดการตารางเวรยืดหยุ่น และการสร้างเส้นทางความก้าวหน้าในสายวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงการปรับโครงสร้างค่าตอบแทนและสิทธิประโยชน์ให้สะท้อนภาระงานที่แท้จริง มาตรการเหล่านี้จะช่วยลดแรงผลักดันให้พยาบาลออกจากระบบและลดปัญหาการลาออกไปทำงานต่างประเทศ

ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัย

ควรมีการศึกษาเชิงประจักษ์เพื่อประเมินต้นทุนการลาออกของพยาบาลไทยโดยตรง โดยใช้ NTCCM หรือโมเดลอื่น ๆ เช่น human capital approach และ cost-benefit analysis เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สอดคล้องกับบริบทไทย นอกจากนี้ ควรมีงานวิจัยประเมินประสิทธิผลและความคัมค่าของโปรแกรมต่าง ๆ ที่มุ่งลดการลาออก เช่น โปรแกรมที่ปรึกษา nurse residency program หรือการทำงานแบบยืดหยุ่น ทั้งในแง่การลดการลาออกและการลดต้นทุนที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการออกแบบมาตรการที่เหมาะสมในระดับประเทศ



การจัดการต้นทุนการลาออกของพยาบาลในประเทศไทย จำเป็นต้องอาศัยทั้งการดำเนินกลยุทธ์ในระดับองค์กร การพัฒนาฐานข้อมูล การประเมินต้นทุนเชิงเศรษฐศาสตร์ และการสร้างมาตรการคงอยู่ในงานที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นกุญแจสำคัญสู่การสร้างความยั่งยืนของกำลังคนพยาบาล อันเป็นปัจจัยหลักต่อความมั่นคงของระบบสุขภาพไทยในอนาคต

บทสรุป

การลาออกของพยาบาล เป็นปัญหาสำคัญที่สร้างผลกระทบต่อระบบสุขภาพไทยในหลายมิติ ทั้งด้านเศรษฐศาสตร์ การจัดการบุคลากร คุณภาพบริการ และความปลอดภัยของผู้ป่วย ต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการลาออกไม่ได้จำกัดอยู่เพียงค่าใช้จ่ายในการสรรหาและฝึกอบรมบุคลากรใหม่ แต่ยังครอบคลุมต้นทุนแฝงและต้นทุนเชิงระบบ เช่น การสูญเสียผลิตภาพในการทำงาน การสูญเสียองค์ความรู้ และการลดลงของความต่อเนื่องในการดูแลโมเดล NTCCM ช่วยให้สามารถวิเคราะห์และคำนวณต้นทุนเหล่านี้ได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งถือเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับผู้บริหารการพยาบาลและผู้กำหนดนโยบาย

บทบาทของผู้บริหารการพยาบาลในการจัดการต้นทุนการลาออกมีกลยุทธ์ที่หลากหลาย ตั้งแต่การประเมินต้นทุนอย่างเป็นระบบ การจัดการกำลังคนเชิงกลยุทธ์ การสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาวะ ไปจนถึงการออกแบบกลยุทธ์การรักษาบุคลากร เช่น โปรแกรมพี่เลี้ยง การจัดตารางเวรยืดหยุ่น และการสร้างเส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพ กลยุทธ์เหล่านี้ เมื่อดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดอัตราการลาออก ลดต้นทุนที่เกิดขึ้น และเสริมสร้างความพึงพอใจและแรงจูงใจในการทำงานของพยาบาล รวมทั้งคุณภาพการให้บริการพยาบาล

อย่างไรก็ตาม การแก้ปัญหาการลาออกของพยาบาลไม่อาจสำเร็จได้ด้วยมาตรการระดับองค์กรเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายในระดับระบบสุขภาพ ทั้งการพัฒนาฐานข้อมูลการลาออกระดับชาติ การจัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการอำนวยการรักษาบุคลากร การปรับปรุงค่าตอบแทนและสิทธิประโยชน์ และการสร้างมาตรการส่งเสริมความสมดุลด้านชีวิตและการทำงาน การขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่มีหลักฐานสนับสนุนจากการคำนวณต้นทุนและการวิจัยเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ จะเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างความยั่งยืนของบุคลากรพยาบาล

การจัดการต้นทุนการลาออกของพยาบาลไทย จำเป็นต้องอาศัยทั้งข้อมูลเชิงประจักษ์จากเครื่องมือการวิเคราะห์ต้นทุนอย่าง NTCCM กลยุทธ์เชิงองค์กรที่หลากหลาย และการสนับสนุนเชิงนโยบายที่เข้มแข็ง การดำเนินการเหล่านี้จะนำไปสู่การสร้างระบบสุขภาพที่มั่นคง มีคุณภาพ และสามารถรองรับความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนไทยได้อย่างยั่งยืนในอนาคต

References

- Ahn, Y. S., & Choi, J. S. (2022). Nurses' perceptions of career ladder systems, job satisfaction and turnover intention: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 10(1), 195-201. <https://doi.org/10.1002/nop2.1294>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 143-153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>
- Conroy, N., Patton, D., Moore, Z., O'Connor, T., Nugent, L., & Derwin, R. (2023). The relationship between transformational leadership style and staff nurse retention: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 2023, 9577200. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40225602/>



- Duffield, C., Roche, M., Homer, C., Buchan, J., & Dimitrelis, S. (2014). A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *Journal of Advanced Nursing*, 70(12), 2703–2712. <https://doi.org/10.1111/jan.12483>
- Goens, B., & Giannotti, N. (2024). Transformational leadership and nursing retention: An integrative review. *Nursing Research and Practice*, 2024, 3179141. <https://doi.org/10.1155/2024/3179141>
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H. K. S., & North, N. (2012). Nurse turnover: A literature review—An update. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 887–905. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.001>
- Jones, C. B. (2008). Revisiting nurse turnover costs: Adjusting for inflation. *Journal of Nursing Administration*, 38(1), 11–18. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000295636.03216.6f>
- Jones, C. B., & Gates, M. (2007). The costs and benefits of nurse turnover: A business case for nurse retention. *Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3), 4. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol12No03Man04>
- Khamlub, S., Harun-Or-Rashid, M., Sarker, M. A. B., Hiroswawa, T., Outavong, P., & Sakamoto, J. (2013). Job satisfaction of health-care workers at health centers in Vientiane Capital and Bolikhamsai Province, Lao PDR. *Nagoya Journal of Medical Science*, 75(3–4), 233–241.
- Kunaviktikul, W., Nantsupawat, R., Chontawan, R., Klunklin, A., Roongruangsri, S., Nantachaipan, S., Supamane, T., Chitpakdee, B., Akkadechanunt, T., Sirakamon, S., Wichaikhum, O., & Nantsupawat, A. (2015). Nurses' extended work hours: Patient, nurse, and organizational outcomes. *International Nursing Review*, 62(3), 386–393. <https://doi.org/10.1111/inr.12195>
- Lake, E. T. (2007). The nursing practice environment: Measurement and evidence. *Medical Care Research and Review*, 64(2 Suppl), 104S–122S. <https://doi.org/10.1177/1077558707299253>
- Laschinger, H. K. S. (2014). Authentic leadership, bullying, burnout and turnover intentions among new graduate nurses: A time-lagged study. *Journal of Nursing Management*, 22(5), 652–662.
- Li, Y., & Jones, C. B. (2013). A literature review of nursing turnover costs. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 405–418. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01411.x>
- Nantsupawat, A., Kunaviktikul, W., Nantsupawat, R., Wichaikhum, O. A., Thienthong, H., & Poghosyan, L. (2017). Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *International Nursing Review*, 64(1), 91–98. <https://doi.org/10.1111/inr.12342>
- Nursing Council of Thailand. (2021). *Report on the nursing workforce situation in Thailand 2021*. Nursing Council of Thailand.
- Thangkratok, P., Trainattawan, W., Chaimo, E., & Yingyoud, P. (2021). Influencing of work-life balance and job satisfaction on quality of life among Thai professionals nurses. *Journal of Health Science*, 30(2), 344–352.
- Waldman, J. D., Kelly, F., Aurora, S., & Smith, H. L. (2004). The shocking cost of turnover in health care. *Health Care Management Review*, 29(1), 2–7. <https://doi.org/10.1097/00004010-200401000-00002>
- World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>



Designing Learning and Teaching to Develop an Entrepreneurial Mindset:
A Case Study of the Bachelor of Nursing Science Program
การออกแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนากรอบแนวคิดเชิงผู้ประกอบการ:
กรณีศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

Areewan	Klunklin*	อารีวรรณ	กลิ่นกลิ่น*
Wassana	Uppor**	วาสนา	อุปป้อ**

Abstract

Entrepreneurship has become a focus of education in the 21st century due to significant social and economic changes. These situations are the driving force behind professional nurses seeking opportunities to become nursing entrepreneurs in response to the diverse health service needs in the private sector. Therefore, the entrepreneurial mindset is an important skill that professional nurses must have to create new value in the health system sustainably.

This article aims to present an approach to Outcome-Based Education (OBE) by designing an integrated 21st-century entrepreneurial skills curriculum that is aligned with program curriculum learning outcomes (PLOs) and course learning outcomes (CLOs), as well as proposing a backward design approach that covers learning objectives, assessment methods, and learning activities to develop learners to become “entrepreneurial nurses” with cross-disciplinary knowledge and readiness for change in the modern health context.

Keywords: Entrepreneurship; Learning and teaching; Nursing education

* Professor Emeritus, School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management

** Corresponding author, Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute; e-mail: farwa9@gmail.com

Received 23 April 2025; Revised 7 July 2025; Accepted 14 July 2025



บทคัดย่อ

การเป็นผู้ประกอบการกลายเป็นจุดสนใจของวงการศึกษาในศตวรรษที่ 21 เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจที่สำคัญ สถานการณ์เหล่านี้ เป็นแรงผลักดันให้พยาบาลวิชาชีพแสวงหาโอกาสการเป็นผู้ประกอบการด้านสุขภาพ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการบริการด้านสุขภาพที่หลากหลายในภาคเอกชน ดังนั้น แนวคิดผู้ประกอบการ จึงเป็นทักษะสำคัญที่พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมี เพื่อสามารถสร้างคุณค่าใหม่ในระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการจัดการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ (OBE) โดยการออกแบบการจัดการเรียนการสอนที่บูรณาการทักษะการเป็นผู้ประกอบการในศตวรรษที่ 21 ให้สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของหลักสูตร (PLOs) และผลการเรียนรู้ในระดับรายวิชา (CLOs) ตลอดจนเสนอแนวทางการออกแบบการเรียนรู้แบบย้อนกลับที่ครอบคลุมเป้าหมายการเรียนรู้ วิธีการประเมิน และกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้สามารถเป็น “พยาบาลผู้ประกอบการ” ที่มีความรู้ข้ามศาสตร์และพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงในบริบทสุขภาพยุคใหม่

คำสำคัญ: ผู้ประกอบการ การเรียนการสอน การศึกษาพยาบาล

* ศาสตราจารย์เกียรติคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
e-mail: farwa9@gmail.com



บทนำ

การเป็นผู้ประกอบการ กลายเป็นจุดสนใจของวงการศึกษาศตวรรษที่ 21 เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจที่สำคัญ ปัจจัยทางสังคม การเมือง ประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น โรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น เทคโนโลยีขั้นสูง ความต้องการการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพที่สูงขึ้น ทรัพยากรที่มีจำกัด การขาดแคลนบุคลากรด้านการดูแลสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป (Malakoti et al., 2023; Thepna et al., 2023) หลังจากการระบาดของโรคโคโรนา ไวรัส (COVID-19) พบว่า พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรด่านหน้าของการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ เกิดความเหนื่อยหน่าย มีอาการหมดไฟ (burnout) และมีความตั้งใจที่จะลาออกจากโรงพยาบาลภายในหนึ่งปี (de Cordova et al., 2022) สถานการณ์เหล่านี้ เป็นแรงผลักดันให้พยาบาลหลายคน แสวงหาโอกาสการเป็นผู้ประกอบการด้านสุขภาพ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการบริการด้านสุขภาพที่หลากหลายในภาคเอกชน ซึ่งครอบคลุมถึงการศึกษ การวิจัย การบริหาร หรือการให้คำปรึกษา (Copelli et al., 2022; Rosario-Sim et al., 2022)

จากผลการสำรวจผู้ประกอบการในสาขาพยาบาลเทียบกับวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ พบว่า พยาบาลมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 6 ของผู้ประกอบการเมื่อเทียบกับอาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น แพทย์ และนักกายภาพบำบัด (Rahmanianaraki et al., 2024) ผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอุปสรรคในการเป็นผู้ประกอบการพบว่า พยาบาลมีความกลัวในการประกอบอาชีพอิสระ เนื่องจากการขาดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการเป็นผู้ประกอบการ (Silva et al., 2023) เมื่อวิเคราะห์อุปสรรคด้านการศึกษากลับมาเกี่ยวกับการเป็นพยาบาลผู้ประกอบการด้านสุขภาพพบว่า ยังขาดหลักสูตรที่สนับสนุนทักษะผู้ประกอบการ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตส่วนใหญ่ยังเน้นการพัฒนาทักษะวิชาชีพด้านคลินิกและการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางมาตรฐาน โดยขาดเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้ประกอบการ เช่น การบริหารจัดการ การตลาด และการพัฒนานวัตกรรม (Malakoti et al., 2023; Sarnkhaowkhom et al., 2022) ซึ่งถือเป็นทักษะที่สำคัญต่อการสร้างธุรกิจสุขภาพในโลกปัจจุบันจากการศึกษาของ ราห์มานเนียนารากี และคณะ (Rahmanianaraki et al., 2024) พบว่า สถาบันการศึกษาพยาบาลหลายแห่งในประเทศสหรัฐอเมริกา จัดหลักสูตรการสอนเกี่ยวกับผู้ประกอบการน้อยกว่าร้อยละ 5 ของหลักสูตร ทำให้นักศึกษาพยาบาลไม่มีความมั่นใจในการเริ่มต้นธุรกิจของตนเอง

นอกจากนี้ ทศนคติแบบดั้งเดิมของระบบการศึกษา พยาบาลยังคงถูกหล่อหลอมด้วยกรอบความคิดที่เน้นความปลอดภัย ความมั่นคง และการปฏิบัติตามระเบียบวิชาชีพ มากกว่าการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เพื่อสร้างนวัตกรรม (Malakoti et al., 2023) ทศนคติดังกล่าวส่งผลให้ผู้เรียนรู้สึกว่าการเป็นเจ้าของธุรกิจ เป็นเรื่องไกลตัว และไม่ใช้เส้นทางอาชีพที่เหมาะสม ประกอบกับ การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้ประกอบการหรือบุคลากรทางการศึกษาที่มีประสบการณ์ในการประกอบธุรกิจ ทำให้การถ่ายทอดความรู้และทักษะด้านนี้ให้กับนักศึกษาเป็นไปอย่างจำกัด (Malakoti et al., 2023; Thepna et al., 2023) ส่งผลต่อการเรียนรู้ในห้องเรียนไม่สามารถสะท้อนความเป็นจริงของโลกธุรกิจได้อย่างแท้จริง อุปสรรคอีกประการหนึ่ง คือ การขาดความร่วมมือข้ามศาสตร์การสร้างธุรกิจสุขภาพยุคใหม่ ซึ่งต้องอาศัยความรู้จากหลากหลายศาสตร์ เช่น การออกแบบบริการ (service design) เทคโนโลยีสารสนเทศ การเงิน และกฎหมายธุรกิจ ซึ่งมักไม่ถูกรวมไว้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตแบบดั้งเดิม (Haverkamp et al., 2020) การขาดเวทีความร่วมมือข้ามคณะระหว่างพยาบาลกับสาขาอื่น เช่น วิศวกรรม หรือบริหารธุรกิจ ทำให้ขาดโอกาสในการคิดเชิงนวัตกรรมแบบองค์รวม

แม้ว่าพยาบาลจะมีศักยภาพในการเป็นผู้ประกอบการด้านสุขภาพ แต่ระบบการศึกษาที่เน้นเพียงวิชาชีพทางคลินิกโดยปราศจากการบูรณาการทักษะธุรกิจ ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ การพัฒนาหลักสูตรที่ทันสมัย ครูผู้สอนที่มีความรู้รอบด้าน และการสร้างเวทีนวัตกรรมร่วมกับศาสตร์อื่น ๆ จะเป็นทางออกที่ช่วยเปิดเส้นทางใหม่ให้พยาบาลสามารถเป็นเจ้าของธุรกิจได้อย่างมั่นใจและยั่งยืน ในศตวรรษที่ 21 ที่ระบบสุขภาพทั่วโลกกำลัง



เผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเทคโนโลยี สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลให้วิชาชีพพยาบาลต้องปรับตัวให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของประชาชน

ดังนั้น แนวคิดเรื่อง “ผู้ประกอบการ” (Entrepreneur) จึงถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นทักษะสำคัญที่พยาบาลจำเป็นต้องมี เพื่อให้สามารถสร้างคุณค่าใหม่ในระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน การจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะการเป็นผู้ประกอบการให้ครอบคลุมถึงความสามารถที่หลากหลาย เช่น การวิจัย การวิเคราะห์ การสื่อสาร ความคิดสร้างสรรค์ การสร้างเครือข่าย ความรู้ทางการเงิน ความเป็นผู้นำ การเจรจา และการจัดการ จึงเป็นสิ่งสำคัญ (Malakoti et al., 2023) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางในการออกแบบการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อพัฒนาให้พยาบาลสามารถเป็นผู้ประกอบการด้านสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพ

ความหมายของผู้ประกอบการ

ผู้ประกอบการ คือ บุคคลที่สามารถมองเห็นโอกาสทางธุรกิจจากสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น มีความกล้าริเริ่มและพร้อมรับความเสี่ยง โดยใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ บริการ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่ตอบสนองความต้องการของตลาดหรือสังคม (Hisrich et al., 2020) ดร็อกเกอร์ (Drucker, 1985) กล่าวว่า “ผู้ประกอบการ คือ ผู้ที่มองเห็นการเปลี่ยนแปลงและใช้ประโยชน์ให้เป็นโอกาส” ซึ่งสะท้อนถึงมุมมองที่เน้นการสร้างคุณค่าในโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD, 2001) ยังนิยามผู้ประกอบการว่า เป็นผู้ที่มีความสามารถในการระบุโอกาสทางธุรกิจใหม่ ๆ และสามารถจัดสรรทรัพยากรเพื่อใช้ประโยชน์จากโอกาสนั้นอย่างยั่งยืน เมื่อนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้กับวิชาชีพพยาบาล จึงเกิดเป็นบทบาทของ “พยาบาลผู้ประกอบการ” (Nurse Entrepreneur) ซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่ผสมผสานความรู้ด้านการพยาบาลกับแนวคิดธุรกิจ

พยาบาลผู้ประกอบการ คือ พยาบาลผู้ที่สามารถมองเห็นปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย/สังคมเป็นโอกาสในการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพ เช่น การจัดตั้งคลินิกเฉพาะทาง การพัฒนาแอปพลิเคชันสุขภาพ การผลิตอุปกรณ์ดูแลผู้ป่วย หรือแม้แต่การให้บริการอบรมและปรึกษาด้านสุขภาพ (Colichi et al., 2019) สิ่งสำคัญของพยาบาลผู้ประกอบการ คือ การใช้ความรู้ความสามารถทางการพยาบาลเป็นฐานในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ โดยมุ่งเน้นทั้ง คุณค่า (value) และความยั่งยืน (sustainability) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดผู้ประกอบการสมัยใหม่ที่ไม่เพียงมุ่งผลกำไร แต่ยังรวมถึงผลกระทบต่อทางสังคมและคุณภาพชีวิต (OECD, 2001) ในประเทศไทย แนวคิด “พยาบาลผู้ประกอบการ” ยังอยู่ในช่วงของการพัฒนา โดยมีการผลักดันให้พยาบาลรุ่นใหม่มี “ทักษะการเป็นผู้ประกอบการ” (Entrepreneurial Skills) เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2020)

ทักษะการเป็นผู้ประกอบการในศตวรรษที่ 21

ในโลกยุคศตวรรษที่ 21 ที่เต็มไปด้วยความไม่แน่นอน การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี และความต้องการที่หลากหลายจากผู้บริโภค แนวคิดการเป็นผู้ประกอบการไม่ได้จำกัดอยู่แค่การสร้างธุรกิจเท่านั้น แต่ยังหมายถึงความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ ปรับตัว และสร้างคุณค่าใหม่ในทุกบริบทของอาชีพและชีวิต (OECD, 2018) การจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต นอกจากพัฒนาผู้เรียนให้มีสมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านการพยาบาล ตามที่สภาการพยาบาลกำหนดแล้ว (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2020) ยังต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีทักษะการเป็นผู้ประกอบการด้วย ซึ่งผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทักษะการเป็นผู้ประกอบการในศตวรรษที่ 21 ดังนี้



1. การคิดเชิงวิพากษ์และการแก้ปัญหา (Critical Thinking & Problem Solving): สามารถวิเคราะห์สถานการณ์และแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Herlinawati et al., 2024; Kennedy & Sundberg, 2025; Lamb et al., 2017)
2. ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม (Creativity & Innovation): มีความสามารถในการคิดสร้างสรรค์และพัฒนาแนวคิดใหม่ ๆ (Herlinawati et al., 2024; Kennedy & Sundberg, 2025; Lamb et al., 2017)
3. การสื่อสารและการทำงานร่วมกัน (Communication & Collaboration): สามารถสื่อสารและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Herlinawati et al., 2024; Kennedy & Sundberg, 2025; Lamb et al., 2017)
4. การรู้เท่าทันเทคโนโลยี (Digital Literacy): มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัลในการปฏิบัติงาน (Kennedy & Sundberg, 2025; Lamb et al., 2017)
5. ความยืดหยุ่นและการปรับตัว (Adaptability & Resilience): สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและสถานการณ์ที่หลากหลายได้ (Conduah & Essiaw, 2022; Lamb et al., 2017; Montoro-Fernández et al., 2022)
6. ภาวะผู้นำและจริยธรรม (Leadership & Ethics): มีภาวะผู้นำและยึดมั่นในจริยธรรมวิชาชีพ (Britchenko, et al., 2018; Ngigi et al., 2018)
7. การจัดการทางการเงิน (Financial Literacy): มีความรู้และทักษะในการบริหารจัดการทางการเงิน (Culebro-Martínez et al., 2024)
8. การเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning): มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (El Mawas & Muntean, 2018; Ibrahim et al., 2022)

แนวคิดการจัดการเรียนการสอนระดับปริญญาตรีในประเทศไทย

การจัดการเรียนการสอนระดับอุดมศึกษาในประเทศไทย โดยเฉพาะระดับปริญญาตรี ได้มีการปรับเปลี่ยนตามนโยบายของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และแนวโน้มการศึกษาระดับโลก เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีในศตวรรษที่ 21 แนวคิดการจัดการเรียนการสอนจึงมุ่งเน้นการพัฒนาผู้เรียนให้มีความสามารถทั้งด้านวิชาการ วิชาชีพ และทักษะชีวิต (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation, 2020) แนวคิดสำคัญในการจัดการเรียนการสอนระดับปริญญาตรี มีดังนี้

1. การศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ (Outcome-Based Education: OBE) แนวคิดนี้มุ่งเน้นที่ "ผลลัพธ์การเรียนรู้" (Learning Outcomes) ที่ผู้เรียนควรบรรลุเมื่อสำเร็จการศึกษา ดังนั้นการออกแบบหลักสูตรการจัดการเรียนการสอน และการประเมินผลจึงถูกกำหนดให้สอดคล้องกับผลลัพธ์เหล่านั้น (Sinthuwongsanont & Boonkongsaen, 2022) ซึ่งช่วยให้การเรียนการสอนมีความเป็นระบบและสามารถวัดผลสัมฤทธิ์ได้อย่างชัดเจน
2. การเรียนรู้แบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Learner-Centered Approach) เป็นแนวคิดที่เน้นบทบาทของผู้เรียนมากกว่าผู้สอน โดยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นในการเรียนรู้ มีการคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์ และแก้ปัญหา ผู้สอนทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนและผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ (Saengkrai, 2016)
3. การเรียนรู้แบบบูรณาการ (Integrated Learning) เน้นการเชื่อมโยงความรู้ระหว่างสาขาวิชาและบริบทจริง เช่น การบูรณาการวิชาพื้นฐานกับวิชาชีพ การเรียนรู้จากชุมชน หรือการเรียนรู้แบบสหวิทยาการ ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนเห็นความสัมพันธ์ของเนื้อหาในชีวิตจริง (Chanchang, 2020)



4. การใช้เทคโนโลยีในการเรียนรู้ (Technology-Enhanced Learning) การจัดการเรียนการสอนในยุคปัจจุบันต้องผสมผสานการใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบ LMS สื่อดิจิทัล หรือแอปพลิเคชันการเรียนรู้ออนไลน์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ และเข้าถึงข้อมูลได้หลากหลาย (TDRI, 2023)

5. การพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 (21st Century Skills) การเรียนการสอนต้องมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและประกอบอาชีพในยุคใหม่ เช่น การคิดวิเคราะห์ การสื่อสาร การทำงานร่วมกัน การใช้เทคโนโลยี และการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Avdiu et al., 2025)

นอกจากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า แนวคิดการจัดการเรียนการสอนระดับปริญญาตรีในประเทศไทยมุ่งสู่การพัฒนาบัณฑิตให้มีสมรรถนะรอบด้าน โดยผสมผสานความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะเพื่อเตรียมความพร้อมในการใช้ชีวิต และทำงานในโลกยุคใหม่อย่างมีคุณภาพ แนวคิดที่หลากหลายเหล่านี้ควรถูกนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถาบันและสาขาวิชา

การออกแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาให้เป็นผู้ประกอบการ

การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและความท้าทายในศตวรรษที่ 21 ทำให้บทบาทของพยาบาลต้องขยายไปสู่การเป็น "พยาบาลผู้ประกอบการ" ที่สามารถใช้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อสร้างคุณค่าใหม่ผ่านนวัตกรรม บริการ และกิจกรรมทางธุรกิจ การพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีศักยภาพในบทบาทนี้ จำเป็นต้องมีการออกแบบการจัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับแนวคิดการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ (OBE) และทักษะผู้ประกอบการในศตวรรษที่ 21 ดังนี้

1. การกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านผู้ประกอบการอย่างชัดเจน: หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตควรระบุ "ผลลัพธ์การเรียนรู้" ที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเป็นผู้ประกอบการ เช่น ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และสร้างแนวทางแก้ไขในรูปแบบนวัตกรรมหรือบริการสุขภาพ การกำหนดผลลัพธ์ชัดเจนจะช่วยกำหนดเนื้อหาวิธีสอน และการประเมินให้สอดคล้องผลลัพธ์การเรียนรู้ (Sinthuwongsanont & Boonkongsaen, 2022)

2. การบูรณาการทักษะผู้ประกอบการในรายวิชาหลักและรายวิชาเลือก: ควรส่งเสริมการบูรณาการทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ ความคิดสร้างสรรค์ การแก้ปัญหา การใช้เทคโนโลยี และภาวะผู้นำ เข้าไปในรายวิชาต่าง ๆ ของหลักสูตรอย่างเป็นระบบ (Trilling & Fadel, 2009; World Economic Forum, 2020) เช่น รายวิชา "การพยาบาลและการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน" อาจบูรณาการโครงการบริการสุขภาพเชิงนวัตกรรม โดยให้นักศึกษาออกแบบและบริหารโครงการจริง เช่น โครงการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เป็นต้น

3. การออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ (Experiential Learning): แนวทางการเรียนรู้แบบ Problem-based Learning (PBL), Project-based Learning และ Simulation ควรถูกนำมาใช้เพื่อพัฒนาทักษะผู้ประกอบการให้นักศึกษาได้ฝึกคิด วางแผน จัดการ และสะท้อนประสบการณ์การเรียนรู้จริง (Neck et al., 2014; UNESCO, 2016) เช่น กำหนดให้ผู้เรียนจัดทำโครงการแผนธุรกิจด้านสุขภาพ ในวิชาผู้ประกอบการในยุคดิจิทัล เป็นต้น

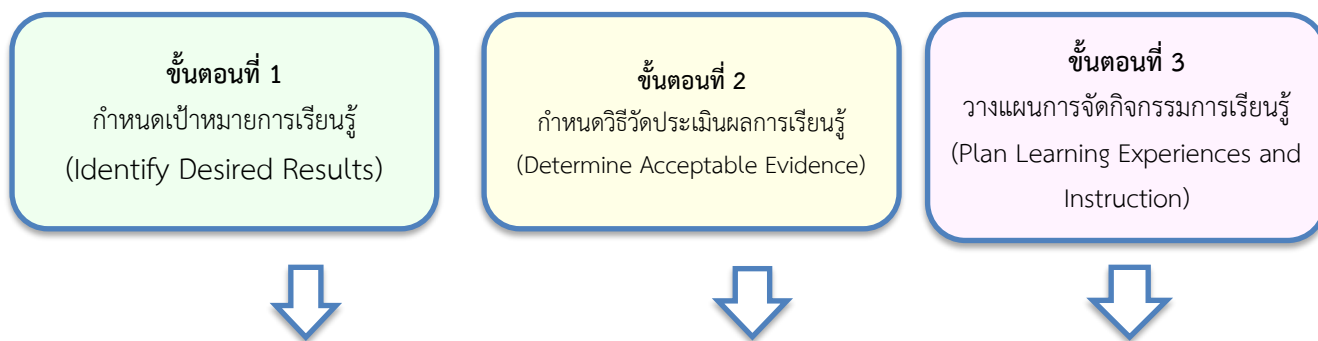
4. การประเมินผลที่สอดคล้องกับทักษะผู้ประกอบการ: การประเมินผลควรมุ่งวัดสมรรถนะเชิงพฤติกรรม เช่น การพัฒนาแผนธุรกิจ การนำเสนอโครงการนวัตกรรม หรือการออกแบบผลิตภัณฑ์ต้นแบบ (prototype) มากกว่าการสอบแบบปรนัยเพียงอย่างเดียว

5. การส่งเสริมวัฒนธรรมของผู้ประกอบการในสถาบันการศึกษา: ควรมีการสร้าง "พื้นที่นวัตกรรม" หรือ "Health Innovation Lab" ที่ส่งเสริมให้นักศึกษาร่วมคิด ร่วมทดลอง และร่วมเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญภายนอก เช่น ผู้ประกอบการด้านสุขภาพรุ่นใหม่ พยาบาลนวัตกรรม หรือสตาร์ทอัพสายสุขภาพ



บทความนี้ ผู้เขียนใช้การออกแบบการเรียนรู้แบบย้อนกลับ (Backward Design) (Wiggins & McTighe, 1998) เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะการเป็นผู้ประกอบการในศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ (Identify Desired Results) โดยผู้สอนระบุความรู้ความสามารถ สมรรถนะที่สำคัญ และคุณลักษณะอันพึงประสงค์ ได้แก่ ทักษะการเป็นผู้ประกอบการในศตวรรษที่ 21 และผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (PLOs) (Praboromarajchanok Institute, 2022) รวมทั้งตัวอย่างผลการเรียนรู้ในระดับรายวิชา (CLOs) ที่มีความสอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของหลักสูตร 2) กำหนดหลักฐานและวิธีวัดประเมินผลการเรียนรู้ (Determine Acceptable Evidence) ระบุเครื่องมือที่ใช้วัดประเมินผล และวิธีการวัดประเมินผล และ 3) วางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ (Plan Learning Experiences and Instruction) ตามผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของหลักสูตร (PLOs) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางการออกแบบการเรียนรู้แบบย้อนกลับ (Backward Design) เพื่อพัฒนาทักษะผู้ประกอบการในศตวรรษที่ 21



ทักษะการเป็นผู้ประกอบการในศตวรรษที่ 21	ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง (PLOs) และผลการเรียนรู้ในระดับรายวิชา (CLOs)	กำหนดวิธีวัดและประเมินผล	การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะผู้ประกอบการ
1. การคิดเชิงวิพากษ์และการแก้ปัญหา (Critical Thinking & Problem Solving)	PLOs4: แสดงออกถึงทักษะการคิดขั้นสูง ในการตัดสินใจแก้ปัญหาการคิดอย่างมีวิจารณญาณและสร้างสรรค์ CLOs: Entrepreneurship “ผู้เรียนสามารถวิเคราะห์และเสนอวิธีแก้ไขปัญหทางธุรกิจ/นวัตกรรมในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนได้ โดยใช้กระบวนการคิดเชิงวิพากษ์ การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล และแนวทางเชิงสร้างสรรค์”	- ประเมินความสามารถในการคิดและการแก้ปัญหา - ประเมินการวิเคราะห์กรณีศึกษา - ประเมินตนเองโดยการสะท้อนคิด (Reflection)	- การเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-Based Learning: PBL) เช่น ธุรกิจด้านสุขภาพเพื่อรองรับปัญหาสังคมผู้สูงอายุ - การเรียนรู้แบบโครงการ (Project-Based Learning: PjBL) เช่น จัดทำโครงการนวัตกรรมเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ - การเรียนรู้แบบอภิปรายกรณีศึกษา (Case-Based



Designing Learning and Teaching to Develop an Entrepreneurial Mindset:

A Case Study of the Bachelor of Nursing Science Program

การออกแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนารอบแนวคิดเชิงผู้ประกอบการ:

กรณีศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ตารางที่ 1 แนวทางการออกแบบการเรียนรู้แบบย้อนกลับ (Backward Design) เพื่อพัฒนาทักษะผู้ประกอบการ ในศตวรรษที่ 21 (ต่อ)

ทักษะการเป็นผู้ประกอบการในศตวรรษที่ 21	ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง (PLOs) และผลการเรียนรู้ในระดับรายวิชา (CLOs)	กำหนดวิธีวัดและประเมินผล	การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะผู้ประกอบการ
			Discussion) ธุรกิจด้านสุขภาพ - การใช้กรณีศึกษา (Case-Based Learning) ธุรกิจด้านสุขภาพ
2. ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม (Creativity & Innovation)	PLOs5: ประยุกต์ความรู้ระเบียบวิธีวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ และร่วมออกแบบหรือพัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพ CLOs: Entrepreneurship “ผู้เรียนสามารถประยุกต์ความรู้และกระบวนการวิจัยในการออกแบบหรือพัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ”	- ประเมินความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ในการออกแบบนวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ - การนำเสนอนวัตกรรม	- การเรียนรู้แบบโครงการ (Project-Based Learning: PjBL) เช่น โครงการวิจัยนวัตกรรมพยาบาล - การใช้กระบวนการออกแบบเชิงความคิด (Design Thinking) เช่น การออกแบบนวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพผ่านกระบวนการวิจัย
3. การสื่อสารและการทำงานร่วมกัน (Communication & Collaboration)	PLOs7: ใช้ภาษาในการสื่อสารได้อย่างเหมาะสมและเป็นสากล CLOs: Entrepreneurship “ผู้เรียนสามารถใช้ภาษาและเครื่องมือการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม เป็นสากล และมีประสิทธิภาพเพื่อการทำงานร่วมกับบุคคลและทีมสหวิชาชีพทั้งในบริบทสุขภาพและบริบทของผู้ประกอบการ”	- ประเมินความสามารถในการนำเสนอผลงาน (ความชัดเจนของการสื่อสาร การฟังและการตอบสนอง) - การมีส่วนร่วมในการทำงาน - การประเมินแบบเพื่อน ประเมินเพื่อน (Peer Assessment) - ประเมินตนเองโดยการสะท้อนคิด (Reflection) - การสรุปความรู้หลังการเรียนรู้ (Learning Log)	- การเรียนรู้แบบอภิปรายกรณีศึกษา (Case-Based Discussion) เช่น กรณีศึกษาคลินิกสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ - การใช้บทบาทสมมติ (Role-Playing) เช่น การสื่อสารกับผู้สูงอายุและญาติในบทบาทผู้ประกอบการศูนย์ดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ



Designing Learning and Teaching to Develop an Entrepreneurial Mindset:

A Case Study of the Bachelor of Nursing Science Program

การออกแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนากรอบแนวคิดเชิงผู้ประกอบการ:

กรณีศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ตารางที่ 1 แนวทางการออกแบบการเรียนรู้แบบย้อนกลับ (Backward Design) เพื่อพัฒนาทักษะผู้ประกอบการในศตวรรษที่ 21 (ต่อ)

ทักษะการเป็นผู้ประกอบการในศตวรรษที่ 21	ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง (PLOs) และผล การเรียนรู้ในระดับ รายวิชา (CLOs)	กำหนดวิธีวัดและ ประเมินผล	การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อ พัฒนาทักษะผู้ประกอบการ
4. การรู้เท่าทันเทคโนโลยี (Digital Literacy)	PLOs8: ใช้สื่อ สารสนเทศ และเทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการเรียนรู้ และปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ CLOs: Entrepreneurship “ผู้เรียนสามารถเลือกใช้ สื่อ สารสนเทศ และ เทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่าง เหมาะสม เพื่อเสริมสร้าง การเรียนรู้ การวิเคราะห์ ข้อมูล การออกแบบ นวัตกรรมสุขภาพ และการ สื่อสารทางวิชาชีพได้อย่าง มีประสิทธิภาพ”	- การประเมินผ่านแฟ้ม สะสมงานดิจิทัล (Digital Portfolio) - ประเมินตนเองโดยการ สะท้อนคิด (Reflection) - การสรุปความรู้หลังการ เรียนรู้ (Learning Log)	- การเรียนรู้ผ่านโครงการ ดิจิทัล (Digital Project-Based Learning) ในวิชา ผู้ประกอบการในยุคดิจิทัล - การเรียนรู้แบบ Flipped Classroom เช่น ให้ผู้เรียน ออกแบบนวัตกรรมสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุและนำเสนอ โครงการในชั้นเรียน
5. ความยืดหยุ่นและการ ปรับตัว (Adaptability & Resilience)	PLOs10: ประยุกต์แนวคิด การเป็นผู้ประกอบการ ด้านสุขภาพในการ ปฏิบัติงานได้อย่าง เหมาะสม CLOs: Entrepreneurship “ผู้เรียนสามารถประยุกต์ แนวคิดการเป็น ผู้ประกอบการด้านสุขภาพ ในการปฏิบัติงานได้อย่าง เหมาะสม โดยมีความ ยืดหยุ่นทางความคิด ปรับตัวต่อบริบทที่ เปลี่ยนแปลง และสามารถ ดำเนินงานได้อย่างมี ประสิทธิภาพภายใต้ ข้อจำกัดหรือภาวะวิกฤต”	- การสะท้อนการเรียนรู้ “Resilience Journaling” - ประเมินตนเองโดยการ สะท้อนคิด (Reflection)	- การเรียนรู้แบบโครงการ (Project-Based Learning: PjBL) เช่น โครงการงานแผน ธุรกิจเพื่อสุขภาพ - การใช้กระบวนการออกแบบ เชิงความคิด (Design Thinking) เช่น การ ออกแบบนวัตกรรมเพื่อแก้ไข ปัญหาสุขภาพ - การเรียนรู้จากสถานการณ์ จริง (Experiential Learning) เช่น กำหนดให้ ผู้เรียนจัดทำโครงการงานแผน ธุรกิจด้านสุขภาพ ในวิชา ผู้ประกอบการในยุคดิจิทัล - การเรียนรู้แบบ อภิปรายกรณีศึกษา (Case-Based Discussion) ธุรกิจ ด้านสุขภาพ



ตารางที่ 1 แนวทางการออกแบบการเรียนรู้แบบย้อนกลับ (Backward Design) เพื่อพัฒนาทักษะผู้ประกอบการในศตวรรษที่ 21 (ต่อ)

ทักษะการเป็นผู้ประกอบการในศตวรรษที่ 21	ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง (PLOs) และผลการเรียนรู้ในระดับรายวิชา (CLOs)	กำหนดวิธีวัดและประเมินผล	การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะผู้ประกอบการ
6. ภาวะผู้นำและจริยธรรม (Leadership & Ethics)	PLOs6: แสดงออกถึงการมีภาวะผู้นำและสามารถบริหารจัดการสุขภาวะชุมชน CLOs: Entrepreneurship “ผู้เรียนสามารถระบุปัญหาและความต้องการด้านสุขภาวะของชุมชนและประยุกต์ใช้แนวคิดผู้ประกอบการเพื่อออกแบบนวัตกรรมบริการสุขภาพและบริหารจัดการโครงการ โดยคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรม จริยธรรม และความหลากหลายของชุมชน”	- แบบประเมินภาวะผู้นำและจริยธรรมในสถานการณ์จำลอง - ประเมินตนเองโดยการสะท้อนคิด (Reflection) - การประเมินแบบเพื่อนประเมินเพื่อน (Peer Assessment)	- การเรียนรู้แบบอภิปรายกรณีศึกษา (Case-Based Discussion) ในประเด็นเรื่องปัญหาและความต้องการด้านสุขภาวะของชุมชน - การใช้บทบาทสมมติ (Role-Playing) เช่น การแสดงบทบาทผู้ประกอบการศูนย์ดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน - สถานการณ์จำลอง (Simulation Based Learning) ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาวะของชุมชนสูงอายุ
7. การจัดการทางการเงิน (Financial Literacy)	PLOs10: ประยุกต์แนวคิดการเป็นผู้ประกอบการด้านสุขภาพในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม CLOs: Entrepreneurship “ผู้เรียนสามารถประยุกต์แนวคิดด้านการจัดการทางการเงินเพื่อวางแผนและบริหารโครงการหรือนวัตกรรมด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมและยั่งยืน”	- การวิเคราะห์งบประมาณ และจัดทำแผนทรัพยากร - ประเมินตนเองโดยการสะท้อนคิด (Reflection)	- สถานการณ์จำลอง (Simulation Based Learning) การวางแผนดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ - การใช้บทบาทสมมติ (Role-Playing) เรื่องความล้มเหลวในการดำเนินธุรกิจศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ - การเรียนรู้แบบ Flipped Classroom เช่น ให้ผู้เรียนออกแบบแผนธุรกิจศูนย์ดูแลผู้สูงอายุและนำเสนอในชั้นเรียน



ตารางที่ 1 แนวทางการออกแบบการเรียนรู้แบบย้อนกลับ (Backward Design) เพื่อพัฒนาทักษะผู้ประกอบการในศตวรรษที่ 21 (ต่อ)

ทักษะการเป็นผู้ประกอบการในศตวรรษที่ 21	ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง (PLOs) และผลการเรียนรู้ในระดับรายวิชา (CLOs)	กำหนดวิธีวัดและประเมินผล	การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะผู้ประกอบการ
	CLOs: Entrepreneurship “ผู้เรียนสามารถแสวงหาพัฒนา และประยุกต์ความรู้จากแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลาย เพื่อพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องใน		- การเรียนรู้แบบโครงการ (Project-Based Learning: PjBL) เช่น โครงการงานแผนธุรกิจเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
8. การเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning)	บทบาทของผู้ประกอบการด้านสุขภาพ และสามารถนำความรู้นั้นไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง”	- การเขียนแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล (IDP) - การประเมินผ่านแฟ้มสะสมงานดิจิทัล (Digital Portfolio) - การสรุปความรู้หลังการเรียนรู้ (Learning Log)	- การเรียนรู้แบบนำตนเอง (Self-Directed Learning: SDL) เรื่องการวางแผนพัฒนาตนเองในบทบาทผู้ประกอบการด้านสุขภาพ

จากตารางที่ 1 แนวทางการออกแบบการเรียนรู้แบบย้อนกลับ เพื่อพัฒนาทักษะผู้ประกอบการในศตวรรษที่ 21 จะเห็นได้ว่าผู้สอนสามารถเลือกกลยุทธ์การสอนที่เหมาะสมกับสาระสำคัญของรายวิชา การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะผู้ประกอบการตามบริบทของรายวิชา และความสนใจของผู้เรียน บริบทสถานศึกษาหรือสถานการณ์สังคม เศรษฐกิจในปัจจุบัน สิ่งสำคัญ คือ ผู้สอนต้องมีการวิเคราะห์ผลการเรียนรู้ที่คาดหวังของหลักสูตร (PLOs) และรายวิชา (CLOs) มีความรู้ในเนื้อหา รวมทั้งการเตรียมการเรียนการสอนเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้เรียน ตลอดจนการวัดและประเมินผลที่สอดคล้องกับผลการเรียนรู้รายวิชา ซึ่งควรใช้วิธีการที่หลากหลายในการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้งแบบรายบุคคลและกลุ่มในรูปแบบการเขียนรายงาน การนำเสนอ รวมทั้งภาคปฏิบัติ ตามการจัดการเรียนการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ (OBE)

บทสรุป

การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการเป็นผู้ประกอบการด้านสุขภาพ สำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ท่ามกลางบริบทของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี และระบบสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ที่ส่งผลให้วิชาชีพพยาบาลต้องปรับตัว และแสวงหาแนวทางใหม่ในการสร้างคุณค่าให้กับผู้รับบริการ โดยเฉพาะการก้าวสู่บทบาท “พยาบาลผู้ประกอบการ” ซึ่งต้องอาศัยทั้งความรู้วิชาชีพและทักษะข้ามศาสตร์ที่หลากหลาย ซึ่งทักษะดังกล่าว ไม่ได้จำกัดอยู่แค่การเริ่มต้นธุรกิจแต่รวมถึงความสามารถในการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ การสร้างสรรค์นวัตกรรม การสื่อสารและทำงานร่วมกับผู้อื่น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การปรับตัวต่อบริบทที่เปลี่ยนแปลง ภาวะผู้นำ การบริหารจัดการทางการเงิน และการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ทั้งนี้ ผู้เขียนเสนอแนวทางการออกแบบการเรียนการสอนโดยใช้แนวคิด Outcome-Based Education (OBE) และการออกแบบการเรียนรู้แบบย้อนกลับ ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตร (PLOs) และระดับรายวิชา (CLOs) อย่างชัดเจน การพัฒนาแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมของ



ผู้เรียนและการวัดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ที่เน้นสมรรถนะจริง นอกจากนี้ บทความยังเสนอให้สถาบันการศึกษาปรับแนวทางการสอนโดย 1) กำหนดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ด้านผู้ประกอบการอย่างชัดเจน 2) บูรณาการทักษะผู้ประกอบการในรายวิชาหลักและรายวิชาเลือก 3) ออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ เช่น จัดทำโครงการแผนธุรกิจด้านสุขภาพ 4) การประเมินผลที่สอดคล้องกับทักษะผู้ประกอบการ เช่น การนำเสนอนวัตกรรมด้านสุขภาพ 5) การส่งเสริมวัฒนธรรมของผู้ประกอบการในสถาบันการศึกษา โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญผู้ประกอบการภายนอก เป็นต้น ซึ่งแนวทางการสอนดังกล่าวจะช่วยให้ผู้เรียนมีองค์ความรู้ มีความมั่นใจในการเริ่มต้นธุรกิจ ช่วยพัฒนาทักษะการเป็นผู้ประกอบการซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 ได้เป็นอย่างดี

References

- Avdiu, E., Bekteshi, E., & Gollopeni, B. (2025). Learning skills for the future—implementing the 21st-century learning. *Multidisciplinary Science Journal*, 7(1), e2025011. <https://doi.org/10.31893/multiscience.2025011>
- Britchenko, I., Smerichevskyi, S., & Kryvovyazyuk, I. (2018). Transformation of entrepreneurial leadership in the 21st century: Prospects for the future. In *Proceedings of the 2nd International Conference on Social, Economic and Academic Leadership (ICSEAL 2018) (Advances in Social Science, Education and Humanities Research: Vol. 217)*. Atlantis Press. <https://doi.org/10.2991/icseal-18.2018.17>
- Chancharng, J. (2020). Integrated teaching and learning management for the development of higher order thinking skills: Learning to practice. *Journal of Education Studies*, 48(3), 78-89. <https://doi.org/10.58837/CHULA.EDUCU.48.3.5>
- Colichi, R. M. B., Lima, S. G. S. E., Bonini, A. B. B., & Lima, S. A. M. (2019). Entrepreneurship and nursing: Integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl.1), 321-330. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0498>
- Conduah, A. K., & Essiaw, M. N. (2022). Resilience and entrepreneurship: A systematic review. *F1000 Research*, 11, 348. <https://doi.org/10.12688/f1000research.75473.1>
- Copelli, F. H. S., Erdmann, A. L., Santos, J. L. G., Backes, D. S., & Martini, J. G. (2022). Entrepreneurship and entrepreneurial education in the context of postgraduate nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 43, e20200444. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20200444.en>
- Culebro-Martínez, R., Moreno-García, E., & Hernández-Mejía, S. (2024). Financial literacy of entrepreneurs and companies' performance. *Journal of Risk and Financial Management*, 17(2), 63. <https://doi.org/10.3390/jrfm17020063>
- de Cordova, P. B., Johansen, M. L., Grafova, I. B., Crincoli, S., Prado, J., & Pogorzelska-Maziarz, M. (2022). Burnout and intent to leave during COVID-19: A cross-sectional study of New Jersey Hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 30(6), 1913-1921. <https://doi.org/10.1111/jonm.13647>
- Drucker, P. (1985). *Innovation and entrepreneurship: Practices and principles*. Harper & Row.



- El Mawas, N., & Muntean, C. H. (2018). *Supporting lifelong learning through development of 21st-century skills. Proceedings of the 10th International Conference on Education and New Learning Technologies*, Palma de Mallorca, Spain. https://www.researchgate.net/publication/326713640_SUPPORTING_LIFELONG_LEARNING_THROUGH_DEVELOPMENT_OF_21ST_CENTURY_SKILLS
- Haverkamp, J., Chovan, J. D., Justice, S., Ball, K., Ballard, K. C., Batross, D., Becker, J. D., Butz, S., Chavez, R., Garrett, B., Hummer, K., Johnson, V., Prusinski, R., Shoemaker, J., Smith, A. L., & Zamaripa, C. (2020). Transforming nursing education through interprofessional collaborative innovation: A project story. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, 38(4), 176–182. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000587>
- Herlinawati, H., Marwa, M., Ismail, N., Junaidi, Liza, L. O., & Situmorang, D. D. B. (2024). The integration of 21st century skills in the curriculum of education. *Heliyon*, 10(15), e35148. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e35148>
- Hisrich, R. D., Peters, M. R., & Shepherd, D. A. (2020). *Entrepreneurship* (11th ed.). McGraw Hill.
- Ibrahim, I., Abiddin, N. Z., & Ahmad Zaidi, A. M., (2022). Identification of lifelong learning characteristics and entrepreneurial motivation among students in a Public University. *Journal of Business Administration Research*, 11(1), 31.
- Kennedy, T. J., & Sundberg, C. W. (2025). Twenty-First Century skills. In B. Akpan, & T. J. Kennedy (Eds.), *Science education in theory and practice*. Springer Texts in Education. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-81351-1_27
- Lamb, S., Maire, Q., & Doecke, E. (2017). *Key skills for the 21st century: An evidence-based review*. NSW Department of Educational. <https://education.nsw.gov.au/content/dam/main-education/teaching-and-learning/education-for-a-changing-world/media/documents/Key-Skills-for-the-21st-Century-Executive-Summary.pdf>
- Malakoti, N., Zabili, V., Ajilian Abbasi, M., Akhlaghi, A., Ghazanfarpour, M., & Shariati, K. H. (2023). An overview of entrepreneurship in nursing: Challenges, opportunities, and barriers. *Medical Education Bulletin*, 4(3), 803-812. https://www.medicaleducation-bulletin.ir/article_180246_72193c64f2444fdee409ad043afc7475.pdf
- Montoro-Fernández, E., Cárdenas-Gutiérrez, A. R., & Bernal-Guerrero, A. (2022). Entrepreneurial resilience: A case study on university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2589. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052589>
- Neck, H. M., Greene, P. G., & Brush, C. G. (2014). *Teaching entrepreneurship: A practice-based approach*. Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781782540564>
- Ngigi, S., McCormick, D., & Kamau, P. (2018) Entrepreneurial leadership competencies in the 21st century: An empirical assessment. *DBA Africa Management Review*, 8(2), 1-17.
- OECD. (2001). *The well-being of nations: The role of human and social capital*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264189515-en>



Designing Learning and Teaching to Develop an Entrepreneurial Mindset:
A Case Study of the Bachelor of Nursing Science Program
การออกแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนากรอบแนวคิดเชิงผู้ประกอบการ:
กรณีศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

- OECD. (2018). *The future of education and skills education 2030: The future we want*. E2030 position paper. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2018/06/the-future-of-education-and-skills_5424dd26/54ac7020-en.pdf
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation. (2020). *Guidelines for reforming Thai higher education in the 21st century*. OHEC. (in Thai)
- Praboromarajchanok Institute. (2022). *Bachelor of nursing science program B.E. 2565 (Revised edition)*. Ministry of Public Health, Thailand. (in Thai)
- Rahmanianaraki, H., Sadeghi Meresht, F., Hojjati, H., & Manouchehr, B. (2024). Challenges of entrepreneurship in nursing: A narrative review. *Journal of Nursing Advances in Clinical Sciences*, 1(4), 219-225. <https://doi.org/10.32598/JNACS.2408.1057>
- Rosario-Sim, M. G., Ellis, L., & Bratby, K. (2022). COVID-19 and nurse entrepreneurship. *Annal of Nursing and Primary Care*, 3(2), 1-4. <https://www.remedypublications.com/open-access/covid-19-and-nurse-entrepreneurship-9025.pdf>
- Saengkrai, J. (2016). Learner-centered instructional design concepts. *Chiang Rai Education Center Journal, Rajabhat Chiang Rai University*, 1(1), 85–94. (in Thai)
- Sarnkhaowkhom, C., Santre, S., Phonsuk, P., Wongtawee, N., Piansamer, S., Laohapisitpanich, A., Suriyalerd, W., Supapote, N., Kaewmuean, T., Hosangon, N., Mathaworn, S., & Phikunthong, P. (2022). Assessment of entrepreneurial leadership among undergraduate nursing students: The case from Thailand. *Nurse Media Journal of Nursing*, 12(3), 288-299. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v12i3.48981>
- Silva, V. L. D., Spigolon, D. N., Peruzzo, H. E., Costa, M. A. R., Souza, V. S. D., Christinelli, H. C. B., & Borim, M. L. C. (2023). Process of building an entrepreneurial career in Nursing. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 57, e20230086. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0086en>
- Sinthuwongsanont, M., & Boonkongsaen, N. (2022). Implementing an outcome-based education (OBE) curriculum in the Faculty of Education at Vongchavalitkul University. *Journal of Nakhonratchasima College (Humanities and Social Sciences)*, 17(2), 470-482. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/hsjournalnmc/article/view/267924/179451> (in Thai)
- Thailand Development Research Institute (TDRI). (2023). *Thailand in the future: Dimension 3–education in the digital world*. <https://tdri.or.th/2021/08/future-thailand-education/> (in Thai)
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2020). *Core competencies of bachelor's degree graduates in nursing science*. <https://www.tnmc.or.th> (in Thai)
- Thepna, A., Cochrane, B. B., & Salmon, M. E. (2023). Advancing nursing entrepreneurship in the 21st century. *Journal of Advanced Nursing*, 79(9), 3183–3185. <https://doi.org/10.1111/jan.15563>



Designing Learning and Teaching to Develop an Entrepreneurial Mindset:
A Case Study of the Bachelor of Nursing Science Program
การออกแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนากรอบแนวคิดเชิงผู้ประกอบการ:
กรณีศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

- Trilling, B., & Fadel, C. (2009). *21st century skills: Learning for life in our times*. John Wiley & Sons.
- UNESCO. (2016). *A guide to competency-based teacher training reforms: Delivering education 2030*. UNESCO Publishing.
- Wiggins, G., & McTighe, J. (1998). *Understanding by design*. Association for Supervision and Curriculum Development.
- World Economic Forum. (2020). *The future of jobs report 2020*. <https://www.weforum.org/reports/the-future-of-jobs-report-2020>



Development of Latex Pressure-Redistribution Mattresses to Enhance the Capacity for Pressure Injury Management

การพัฒนาที่นอนยางพารากระจายแรงกดทับเพื่อเสริมศักยภาพในการจัดการปัญหาแผลกดทับ

Siriratana	Juntaramano*	สิริรัตน์	จันทระโน*
Boontham	Nithi-Uthai**	บุญธรรม	นิธิอุทัย**
Wannapa	Pipattanawong***	วรรณภา	พิพัฒนวงศ์*

Abstract

Pressure ulcers are a common medical problem among patients who must remain bedridden for extended periods, particularly older adults with limited mobility. A latex mattress that helps distribute pressure can reduce the likelihood of developing pressure ulcers. The innovation of the pressure-redistributing latex mattress has resulted from continuous development since 2019, beginning with a latex pillow that was tested for pressure distribution when compared with a polymer gel pillow. The results showed that the latex pillow had lower pressure values. This led to the development of a full-sized latex mattress designed to fit a hospital bed, composed of three layers of latex with varying densities—low, medium, and high—arranged from top to bottom. The mattress was tested with both children and adults weighing between 14.5 and 93 kilograms. Pressure values were measured while participants were lying on the mattress, showing that pressure at the sacrum ranged between 44 to 55 mmHg. In conclusion, the latex mattress has superior pressure-distributing properties, with pressure levels remaining under 64 mmHg.

In 2023, the mattress was granted petty patent and patent registration both domestically and internationally. In 2024, it was certified by the Thai Food and Drug Administration (FDA), Ministry of Public Health, as a therapeutic and injury-relief medical device.

Nurses, who play a key role in preventing pressure ulcers, should consider using pressure-redistributing latex mattresses for patients with existing pressure ulcers and for older adults with limited mobility. However, to obtain clear evidence, experimental research is needed to verify whether such mattresses are truly effective in preventing pressure ulcers and inhibiting their progression.

Keywords: Innovation; Latex mattresses; Management; Pressure ulcers

* Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Maejo University;
e-mail: siriratanajun@gmail.com

** Assistant Professor, Independent Scholar

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Maejo University



Development of Latex Pressure-Redistribution Mattresses to Enhance the Capacity for Pressure Injury Management

การพัฒนาที่นอนยางพารากระจายแรงกดทับเพื่อเสริมศักยภาพในการจัดการปัญหาแผลกดทับ

บทคัดย่อ

แผลกดทับ เป็นปัญหาทางการแพทย์ที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ต้องนอนบนเตียงเป็นเวลานาน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหวร่างกาย ที่นอนยางพารากระจายแรงกดทับจะลดโอกาสเกิดแผลกดทับได้ นวัตกรรมที่นอนยางพาราถูกสร้างและพัฒนาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 โดยเริ่มจากหมอนยางพาราที่นำมาทดลองวัดค่าแรงกดทับเปรียบเทียบกับหมอนโพลีเมอร์เจลพบว่า หมอนยางพารามีค่าแรงกดทับต่ำกว่า จึงได้พัฒนาต่อมาเป็นที่นอนยางพาราขนาดเท่ากับเตียงผู้ป่วย ใช้วัสดุที่มีความหนาแน่นต่างกัน 3 ขนาด เรียงซ้อนกันจากบนลงล่าง โดยชั้นบนมีความหนาแน่นน้อย ปานกลาง และมากตามลำดับ ที่นอนยางพาราได้นำไปทดลองในเด็กและผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักระหว่าง 14.5-93 กิโลกรัม โดยให้นอนบนที่นอนยางพาราแล้ววัดค่าแรงกดทับพบว่า ค่าแรงกดทับที่ก้นกบ มีค่าระหว่าง 44-55 มิลลิเมตรปรอท สรุปได้ว่า ที่นอนยางพารามีคุณสมบัติในการกระจายแรงกดทับได้ดี คือ มีแรงกดทับต่ำกว่า 64 มิลลิเมตรปรอท

ในปี พ.ศ. 2566 ที่นอนยางพาราได้รับการขึ้นทะเบียนอนุสิทธิบัตรทั้งในประเทศและสิทธิบัตรต่างประเทศ ต่อมาในปี พ.ศ. 2567 ได้รับการรับรองให้ที่นอนยางพาราสำหรับผู้มีแผลกดทับ เป็นผลิตภัณฑ์สำหรับบำบัดและบรรเทาการบาดเจ็บของมนุษย์ จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข

พยาบาล ผู้มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย ควรพิจารณาใช้ที่นอนยางพารากระจายแรงกดทับในผู้ป่วยแผลกดทับ และผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน ควรทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพิสูจน์ว่าที่นอนยางพารามีประสิทธิภาพในการป้องกัน และยับยั้งการลุกลามของแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: นวัตกรรม ที่นอนยางพารา การจัดการ แผลกดทับ

* ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ e-mail: siriratanajun@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

วันที่รับบทความ 14 มกราคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 14 กรกฎาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 29 กรกฎาคม 2568



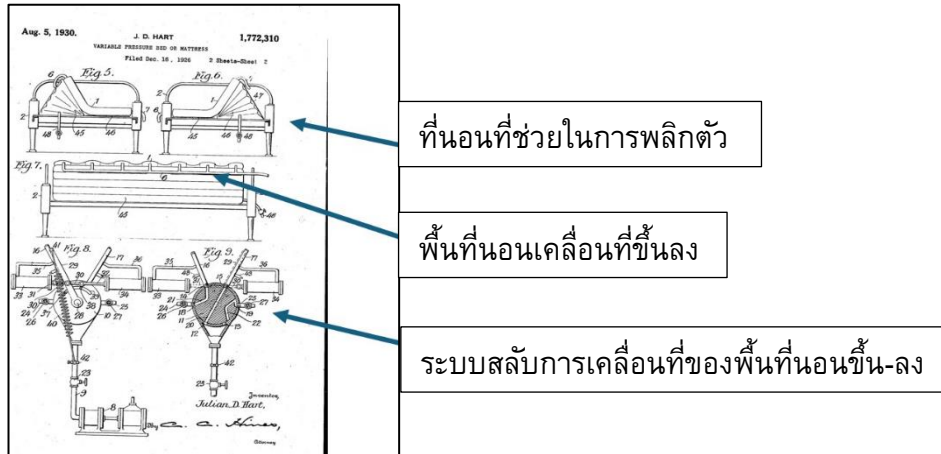
บทนำ

แผลกดทับ (pressure injury) เป็นปัญหาทางการแพทย์ที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ต้องนอนบนเตียงเป็นเวลานาน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยหนักในหอผู้ป่วยวิกฤต จากภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงผิวหนังบริเวณที่มีแรงกดทับต่อเนื่อง แผลกดทับไม่เพียงก่อให้เกิดความเจ็บปวดและเพิ่มระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วย (patient care quality) ตามมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งเป็นภารกิจหลักของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องติดตามเฝ้าระวัง และวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบ (Hospital Quality Accreditation Institute, 2021)

การเกิดแผลกดทับ ได้รับความสนใจจากนักวิชาการและได้มีความพยายามศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม เพื่อแก้ไขปัญหานี้อย่างมีหลักฐานเชิงวิทยาศาสตร์ จากการทดลองหาค่าแรงดันในหลอดเลือดฝอย แลนดิส (Landis, 1930) พบว่า แรงดันของหลอดเลือดฝอยที่ผิวหนังเท่ากับ 32 มิลลิเมตรปรอท และ ดินสเดล (Dinsdale, 1974) พบว่า ถ้ามีแรงกดบนเนื้อเยื่อมากกว่า 64 มิลลิเมตรปรอท นาน 2 ชั่วโมง จะส่งผลให้เนื้อเยื่อขาดเลือดและเริ่มเสื่อมสภาพ นอกจากนี้ แดลเนี่ยล และคณะ (Daniel et al., 1981) ได้ทำการทดลองพบว่า กล้ามเนื้อจะทนต่อการขาดเลือดได้น้อยกว่าผิวหนัง ทำให้แผลกดทับมักจะมีส่วนของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังถูกทำลายมากกว่าในลักษณะเป็นทรงกรวย (cone shape) คือ ผิวหนังส่วนบนมีขอบแผลเล็ก แต่บริเวณส่วนกล้ามเนื้อใต้ผิวหนังจะมีแผลลึกขนาดใหญ่

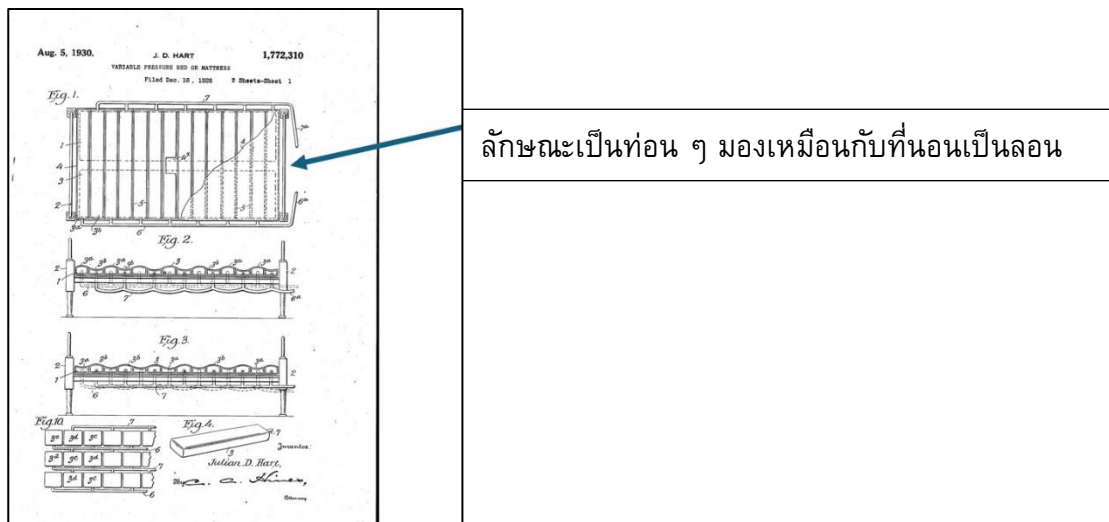
องค์กรพัฒนามาตรฐานการรักษาแผลกดทับ ประเทศสหรัฐอเมริกา (The National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP], 2016) ได้ระบุระดับความรุนแรงของแผลกดทับ จากเดิมแบ่งเป็น 4 ระยะ มาเป็น 6 ระดับ โดยระบุเรียงเป็นระดับได้ 4 ระดับ แต่ระบุระดับไม่ได้อีก 2 ระยะ ได้แก่ ระดับ 1 (stage 1) พบรอยแดงผิวหนังยังคงสภาพ เมื่อใช้นิ้วมือกดรอยแดงไม่จางหายไป ระดับ 2 (stage 2) ผิวหนังสูญเสียหน้าที่มองเห็นชั้นหนังแท้ ระดับ 3 (stage 3) ผิวหนังสูญเสียหน้าที่ทุกชั้น ระดับ 4 (stage 4) ผิวหนังสูญเสียหน้าที่ทุกชั้น และชั้นใต้ผิวหนัง สำหรับระดับความรุนแรงของแผลขั้นต่อไป ระบุระดับไม่ได้ (unstageable); ผิวหนังทุกชั้นและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่ถูกทำลายถูกคลุมไว้ด้วยเนื้อตายสีเหลือง (slough) หรือสีดำ (eschar) คลุมแผลจนไม่เห็นความลึกของการสูญเสียหน้าที่ของผิวหนัง และระดับความรุนแรงของแผลขั้นลึกสุด ผิวหนังเป็นรอยแดงคล้ำและรอยแดงยังคงอยู่เมื่อใช้นิ้วกด สีแดงอมน้ำตาล หรือเปลี่ยนเป็นสีม่วง

ข้อมูลการเกิดแผลกดทับและการป้องกัน ได้ค้นพบตั้งแต่ปี ค.ศ. 1926 (ดังภาพที่ 1) กล่าวโดยสรุป คือ “ผู้ป่วยที่นอนนาน ๆ การเคลื่อนไหวขยับตัวนั้นเป็นเรื่องยากลำบากโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต จึงทำให้เกิดแผลกดทับ...ได้มีการสร้างนวัตกรรมที่นอนลม โดยที่นอนลมจะช่วยในการเคลื่อนไหวตัว จากการทำงานที่มีระบบในการขยับที่นอนลมพลิกซ้าย-ขวาและขึ้น-ลงตามเวลาที่ตั้งไว้ขณะผู้ป่วยนอนบนที่นอน....จึงช่วยผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวบนเตียง” ที่นอนลมนี้ได้รับการอนุมัติสิทธิบัตร US 1772310A ของประเทศสหรัฐอเมริกา ณ วันที่ 5 สิงหาคม ค.ศ. 1930” (Hart, 1926)



ภาพที่ 1 การทำงานของที่นอนลม (Hart, 1926)

ฮาร์ท (Hart, 1926) กล่าวว่า สิ่งประดิษฐ์ที่นอนลมนี้ออกแบบมาเพื่อรองรับร่างกาย ประกอบด้วยพื้นผิวที่นอนเป็นลอนที่สามารถพองและยุบได้ โดยลอนนี้เป็นกลุ่ม เมื่อพองและยุบทำได้พร้อมกันทั้งกลุ่มและยังสลับได้ในแต่ละลอน ทำให้สามารถรับน้ำหนักตัวได้สม่ำเสมอและลดการกดทับในจุดเดิมนานเกินไป นอกจากนี้ ยังพองลอนในกลุ่มหนึ่งและยุบลอนในกลุ่มอื่นได้ในเวลาเดียวกัน และมีการสลับลำดับของการพองและยุบในแต่ละกลุ่มในรอบถัดไป โดยการทำงานสลับกันนี้ช่วยกระจายแรงกดทับให้สม่ำเสมอทั่วพื้นผิวรองรับน้ำหนักตัว จึงช่วยลดความเสี่ยงของแผลกดทับ และส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด” (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 ลักษณะของที่นอนลม (Hart, 1926)

การพัฒนานวัตกรรมที่นอนยางพารากระจายแรงกดทับ

ในปี พ.ศ. 2560 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญธรรม นิธิอุทัย ผู้เชี่ยวชาญด้านวัสดุศาสตร์ยางพารา ได้ประดิษฐ์ที่นอนยางพาราเพื่อป้องกันแผลกดทับ โดยเริ่มจากหมอนยางพาราที่นำมาทดลองวัดค่าแรงกดทับเปรียบเทียบกับหมอนโพลีเมอร์เจลพบว่า หมอนยางพารามีค่าแรงกดทับต่ำกว่า จึงได้พัฒนาที่นอนยางพาราที่มีขนาดเท่าเตียงผู้ป่วย คือ กว้าง 90 เซนติเมตร ยาว 190 เซนติเมตร หนาตั้งแต่ 1 เซนติเมตร ไปจนถึง 15 เซนติเมตร จากนั้นทำการทดลองกับคนจำนวน 80 คน มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 15-93 กิโลกรัม ส่วนสูงอยู่ระหว่าง



Development of Latex Pressure-Redistribution Mattresses to Enhance
the Capacity for Pressure Injury Management
การพัฒนาที่นอนยางพารากระจายแรงกดทับเพื่อเสริมศักยภาพในการจัดการปัญหาแผลกดทับ

122-185 เซนติเมตร และได้ปรับความหนาแน่นของแผ่นฟองยางพารา จาก 55 กิโลกรัม/ลูกบาศก์เมตร จนถึง 140 กิโลกรัม/ลูกบาศก์เมตร รวมทั้งได้ปรับการวางแผ่นฟองยางพาราที่มีความหนาและความหนาแน่นต่าง ๆ มาประกอบกัน ทำการทดลองโดยการวัดค่าแรงกดทับตามการเปรียบเทียบของท่านอน รวมทั้งสิ้น 700 ครั้ง (Nithi-Uthai, 2020; Nithi-Uthai, 2024)

ผลการทดลองสรุปว่า ที่นอนยางพารามีค่าแรงกดทับต่ำ ซึ่งประกอบด้วย ยางพาราที่มีค่าความหนาแน่น (density: D) ของวัสดุต่างกัน กล่าวคือ ชั้นบนสุด ยางพาราที่มีค่าความหนาแน่น 65 กิโลกรัม/ลูกบาศก์เมตร หนา 5 เซนติเมตร ชั้นกลาง มีค่าความหนาแน่น 75 กิโลกรัม/ลูกบาศก์เมตร หนา 5 เซนติเมตร ชั้นล่างสุด มีค่าความหนาแน่น 140 กิโลกรัม/ลูกบาศก์เมตร หนา 1.2 เซนติเมตร ที่นอนมีความหนา 11.2 เซนติเมตร (Nithi-Uthai, 2020; Nithi-Uthai, 2024) (ดังภาพที่ 3)

5 ซม. D = 65 กก/ลบ.ม

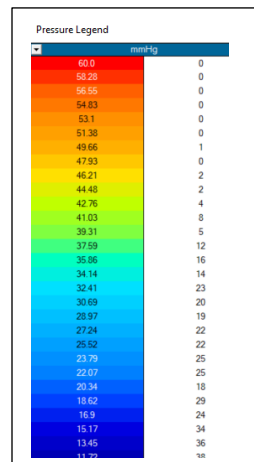
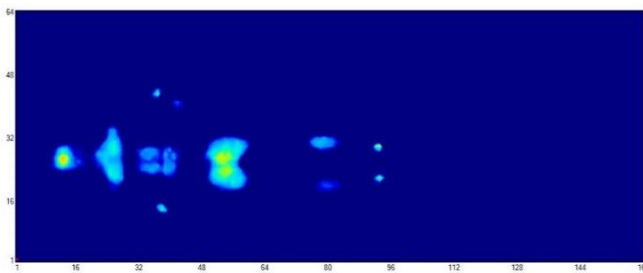
5 ซม. D = 75 กก/ลบ.ม

1.2 ซม. D = 140 กก/ลบ.ม



ภาพที่ 3 ขนาดความหนาของที่นอนยางพารา

เมื่อพัฒนาที่นอนยางพาราที่มีความหนา 11.2 ซม. ได้ทำการทดลองในขั้นถัดไป โดยนำที่นอนยางพารากระจายแรงมาทำการทดลองกับเด็กที่มีน้ำหนัก 14.5 กิโลกรัม สูง 105 เซนติเมตร แสดงผลแรงกดทับที่ก้นกบ มีค่าเท่ากับ 44 มิลลิเมตรปรอท ($44.48 + 42.76 / 2 = 43.62$ มิลลิเมตรปรอท) (Nithi-Uthai, 2020; Nithi-Uthai, 2024) ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ทดลองกับเด็กน้ำหนัก 14.5 กก.สูง 105 ซม.

เมื่อนำมาทดลองกับคนผอมมีน้ำหนัก 40 กิโลกรัม สูง 150 เซนติเมตร แสดงผลแรงกดทับที่ก้นกบ มีค่าเท่ากับ 44 มิลลิเมตรปรอท ($46.21 + 42.75 / 2 = 44.48$ มิลลิเมตรปรอท)

เมื่อนำมาทดลองกับคนท้วมมีน้ำหนัก 72 กิโลกรัม สูง 150 เซนติเมตร แสดงผลแรงกดทับที่ก้นกบ มีค่าเท่ากับ 48 มิลลิเมตรปรอท ($49.66 + 46.21 / 2 = 47.93$ มิลลิเมตรปรอท)

เมื่อนำมาทดลองกับคนอ้วนมีน้ำหนัก 93.9 กิโลกรัม สูง 170 เซนติเมตร แสดงผลแรงกดทับที่ก้นกบ มีค่าเท่ากับ 55 มิลลิเมตรปรอท ($56.56 + 53.1 / 2 = 54.83$ มิลลิเมตรปรอท)



Development of Latex Pressure-Redistribution Mattresses to Enhance
the Capacity for Pressure Injury Management
การพัฒนาที่นอนยางพารากระจายแรงกดทับเพื่อเสริมศักยภาพในการจัดการปัญหาแผลกดทับ

การอ่านค่าและแปลผลแรงกดทับ จุดที่แรงกดทับของร่างกาย แสดงผลเป็นสีมีทั้งหมด 6 สี ดังนี้ สีแดงจะเป็นแรงกดที่หนักที่สุด รองลงมา คือ สีส้ม สีเหลือง สีเขียว สีฟ้า สีน้ำเงิน ตามลำดับ โดยสีน้ำเงิน แสดงค่า 0 มิลลิเมตรปรอท (แปลว่าค่าแรงกดทับน้อยมากจนวัดไม่ได้) เมื่อต้องการทราบค่าแรงกดทับในตำแหน่งใดให้นำ cursor ไปวางตรงตำแหน่งที่ต้องการ จะปรากฏค่าแรงกดทับ แสดงเป็นตัวเลขหน้าจอกอมพิวเตอร์ ซึ่งใช้อีกวิธีหนึ่งคือ โดยนำค่าตัวเลขที่ใกล้เคียงกันมาหาค่าเฉลี่ยได้เป็นตัวเลขแสดงค่าที่สอดคล้องกับการใช้ cursor วางตำแหน่งที่ต้องการทราบค่าแรงกดทับ (Nithi-Uthai, 2020; Nithi-Uthai, 2024)

นวัตกรรมที่นอนยางพารากระจายแรงกดทับ เป็นวัสดุธรรมชาติมีคุณสมบัติด้านความยืดหยุ่น ความทนทาน การระบายอากาศ และการกระจายแรงกดทับ การใช้งานง่าย สะดวก สามารถวางบนพื้นได้ และไม่ต้องใช้ไฟฟ้า นวัตกรรมนี้ได้รับการจดอนุสิทธิบัตร จากกรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพาณิชย์อนุสิทธิบัตรเลขที่ 16030 ลงวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2563 กับ อนุสิทธิบัตร เลขที่ 24290 ลงวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2567 และได้รับการรับรองการวินิจฉัยผลิตภัณฑ์ จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข หนังสือรับรองการวินิจฉัยผลิตภัณฑ์ ที่ สธ 1002/19560 ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 รับรองให้ที่นอนยางพาราช่วยกระจายแรงกดทับสำหรับผู้มีแผลกดทับ เป็นผลิตภัณฑ์สำหรับบำบัดและบรรเทาการบาดเจ็บของมนุษย์ นอกจากนี้ยังได้รับการจดสิทธิบัตรจากต่างประเทศอีก 8 ประเทศ (Nithi-Uthai, 2020; Nithi-Uthai, 2024)

การนำนวัตกรรมที่นอนยางพารากระจายแรงกดทับไปใช้ประโยชน์

1. การนำที่นอนยางพารากระจายแรงกดทับไปใช้ประโยชน์ โดยการบริจาคผ่านโครงการ “นางฟ้าชุมชน” ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (Angle care Project under PSU4SE) เมื่อนำที่นอนยางพาราฯ ไปให้ผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับใช้พบว่า แผลกดทับหาย (ดังภาพที่ 5) การบันทึกภาพได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยและญาติเป็นที่เรียบร้อยแล้ว



17 พฤศจิกายน 2565



10 กรกฎาคม 2567

ภาพที่ 5

2. การนำที่นอนยางพารากระจายแรงกดทับบริจาคให้กับผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับขนาดใหญ่ระดับ 4 ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน แผลกดทับหายสนิทภายในเวลา 11 เดือน (ดังภาพที่ 6) การบันทึกภาพได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยและญาติเป็นที่เรียบร้อยแล้ว



30 ธันวาคม 2564



1 ตุลาคม 2565

ภาพที่ 6



พยาบาลวิชาชีพกับการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการจัดการแผลกดทับ

บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลกับการจัดการแผลกดทับ ขั้นตอนแรก คือ การประเมินความเสี่ยง โดยใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงแบบประเมิน Braden Scale ประเมินผิวหนังทั่วร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับตามบริเวณปุ่มกระดูก และประเมินภาวะโภชนาการ การเคลื่อนไหว ความชื้น และการรับรู้ความรู้สึก ขั้นตอนที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มี 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) ผิวหนังยืดหยุ่นปกติยังไม่สูญเสียหน้าที่ (เป็นการป้องกันปัญหาอย่าไม่เกิด) หรือ 2) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผิวหนังสูญเสียหน้าที่เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวตัวเองลดลงจากระดับ 1-2 เป็นระดับ 3-4 (ปัญหาเริ่มเกิดแล้ว) หรือ 3) เกิดแผลกดทับระดับ...บริเวณ...จากผิวหนังสูญเสียหน้าที่: ถูกกดทับจากน้ำหนักตัวเป็นเวลานาน (ปัญหาเกิดขึ้นแล้ว) ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล โดยกำหนดวัตถุประสงค์ และเกณฑ์การประเมินผล (European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP], & Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA], 2019) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการจัดการแผลกดทับ

การวางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผลการพยาบาล
1. เพื่อป้องกันผิวหนังสูญเสียหน้าที่	1. ใช้วัสดุช่วยลดแรงกดทับใช้รองนอน ป้องกันผิวหนังสูญเสียหน้าที่ ทำให้ไม่เกิดแผลกดทับ เช่น ที่นอนลม หรือแผ่นเจล	1. มีวัสดุช่วยลดแรงกดทับมาใช้วางทับบนที่นอนเพื่อรองนอนอีกชั้น
เกณฑ์การประเมิน ผิวหนังไม่สูญเสียหน้าที่	2. จัดท่านอนให้เหมาะสมและเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง	2. ได้เปลี่ยนอิริยาบถทุก 2 ชั่วโมงตามตารางเวลาการพลิกตัว
	3. ดูแลผิวหนังให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ	3. ผิวหนังชุ่มชื้นมีความยืดหยุ่นดี
เกณฑ์การประเมิน ผิวหนังไม่สูญเสียหน้าที่เพิ่มขึ้น	4. ส่งเสริมโภชนาการ โดยเฉพาะโปรตีนและพลังงานที่เพียงพอ (คนปกติต้องการ 0.8 กรัม/กก./วัน)	4. ได้รับอาหารเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกายจากการคำนวณ
	2. เพื่อป้องกันการลุกลามการสูญเสียหน้าที่ของผิวหนัง	1. ใช้วัสดุช่วยลดแรงกดทับใช้รองนอน ป้องกันผิวหนังสูญเสียหน้าที่ ทำให้ไม่เกิดแผลกดทับ เช่น ที่นอนลม หรือแผ่นเจล
เกณฑ์การประเมิน ผิวหนังไม่สูญเสียหน้าที่เพิ่มขึ้น	2. ส่งเสริม/กระตุ้น/ช่วยเหลือการเคลื่อนไหวบนเตียงเพิ่มมากขึ้น โดยช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	2. ความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น จาก3-4 เป็น 1-2 และ 0 (ปกติ) ตามลำดับ
	3. ดูแลผิวหนังให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ	3. ผิวหนังชุ่มชื้นมีความยืดหยุ่นดี
	4. ส่งเสริมโภชนาการ โดยเฉพาะโปรตีนและพลังงานที่เพียงพอ ระยะที่ 1: 1.2-1.5 กรัม/กก./วัน	4. ได้รับอาหารเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกายจากการคำนวณ



ตารางที่ 1 การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการจัดการแผลกดทับ (ต่อ)

3. เพื่อยับยั้งการลุกลามการสูญเสียหน้าที่ของผิวหนัง	1. ใช้วัสดุช่วยลดแรงกดทับใช้รองนอน ป้องกันผิวหนังสูญเสียหน้าที่ ทำให้ไม่เกิดแผลกดทับ เช่น ที่นอนลม หรือแผ่นเจล	1. มีวัสดุช่วยลดแรงกดทับมาใช้วางทับบนที่นอนเพื่อรองนอนอีกชั้น
เกณฑ์การประเมิน ผิวหนังไม่สูญเสียหน้าที่เพิ่มขึ้นและแผลกดทับไม่ลุกลามยกระดับเพิ่มขึ้น (จากระยะ...ลดลงเป็นระยะ...)	2. ดูแลทำแผลเข้า-เย็น และให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ลดการติดเชื้อ	2. ได้รับการทำแผลเปียกเข้า-เย็น แผลดีขึ้น discharge ลดลง และได้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาไม่พบอาการแพ้ยา
	3. ส่งเสริม/กระตุ้น/ช่วยเหลือการเคลื่อนไหวบนเตียงเพิ่มมากขึ้น โดยช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	3. ได้เปลี่ยนอิริยาบถทุก 2 ชั่วโมง ตามตารางเวลาการพลิกตัว และทำกิจกรรมได้ดีขึ้น
	4. ดูแลผิวหนังส่วนอื่นให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ	4. ผิวหนังส่วนอื่นชุ่มชื้นมีความยืดหยุ่นดี
	5. ส่งเสริมโภชนาการ โดยเฉพาะโปรตีนและพลังงานที่เพียงพอ ระยะที่ 1: 1.2-1.5 กรัม/กก./วัน ระยะที่ 3-4 หรือแผลลึก: 1.5-2.0 กรัม/กก./วัน	5. ได้รับอาหารเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกายจากการคำนวณ

บทสรุป

การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว หรือผู้ที่ต้องนอนนาน ๆ โดยใช้ที่นอน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ที่นอนลมช่วยป้องกันแผลกดทับด้วยหลักการ คือ การลดแรงกดทับบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง สำหรับที่นอนยางพารากระจายแรงกดทับ เสริมศักยภาพในการจัดการปัญหาแผลกดทับเพราะมีคุณสมบัติ คือ มีแรงกดทับต่ำกว่า 64 มิลลิเมตรปรอท นอกจากนี้ ที่นอนยางพารายังเป็นวัสดุธรรมชาติมีคุณสมบัติโดดเด่นด้านความยืดหยุ่น ความทนทาน การระบายอากาศ และการกระจายแรงกดทับ การใช้งานง่าย สะดวกสามารถวางบนพื้นห้องได้โดยไม่ต้องวางที่นอนบนเตียง และไม่ต้องใช้ไฟฟ้า เป็นนวัตกรรมได้จดอนุสิทธิบัตรทั้งในประเทศและต่างประเทศ อีกทั้งได้รับการรับรองให้ที่นอนยางพารากระจายแรงกดทับ เป็นผลิตภัณฑ์สำหรับบำบัดและบรรเทาการบาดเจ็บของมนุษย์ จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ดังนั้นพยาบาลผู้มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย ควรทำการวิจัยเชิงทดลองในผู้ป่วย เพื่อพิสูจน์ว่า ที่นอนยางพารากระจายแรงกดทับมีประสิทธิภาพในการป้องกัน ยับยั้งการลุกลาม และส่งเสริมการหายของแผลกดทับได้อย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์

References

- Daniel, R. K., Priest, D. L., & Wheatley, D. C. (1981). Etiologic factors in pressure sores: An experimental model. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 62(10), 492-498.
- Dinsdale, S. M. (1974). Decubitus ulcers: Role of pressure and friction in causation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 55(4), 147-152.



Development of Latex Pressure-Redistribution Mattresses to Enhance
the Capacity for Pressure Injury Management
การพัฒนาที่นอนยางพารากระจายแรงกดทับเพื่อเสริมศักยภาพในการจัดการปัญหาแผลกดทับ

- European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], National pressure injury advisory panel [NPIAP], & Pan pacific pressure injury alliance [PPPIA]. (2019). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline*. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National pressure injury advisory panel, & Pan pacific pressure injury alliance.
- Landis, E. M. (1930). Micro-injection studies of capillary blood pressure in human skin. *Heart*, 15(2), 209-228.
- Hart, J. D. (1926). *Variable-pressure bed or mattress*. (Serial No. 155,229) United States Patent Office.
- Hospital Quality Accreditation Institute. (2021). *Hospital and healthcare standards* (5th ed.). <https://backend.ha.or.th/fileupload/DOCUMENT/00148/77c77e3f-ed2f-41a9-90d4-22164a69a871.pdf>
- Nithi-Uthai, B. (2020). *Anti-bedsore mattress, for sleep one is back* (Petty Patent No. TH16030). Department of Intellectual Property, Thailand.
- Nithi-Uthai, B. (2024). *Anti-bedsore mattress with improved load-bearing component, for sleep either on back or side, for sleep one is back* (Innovation Patent No. AU202259811). IP Australia, Australia.



Nursing Care for Pediatric Patients with Tracheostomy Tubes Through Family-Centered Care: A Case Study Analysis

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: วิเคราะห์กรณีศึกษา

Jaruwan Thaibandit* จารุวรรณ ไทยบัณฑิต*

Abstract

Tracheostomy is a crucial procedure that facilitates survival in pediatric patients facing a critical condition, reduces the risk of oxygen deprivation, and enhances the efficiency of secretion clearance from the airway. The management of these pediatric patients is complex and necessitates close monitoring both in hospital settings and at home. Families play a vital role in providing continuous care in collaboration with healthcare teams to ensure appropriate home-based care and to prevent potential complications.

This article aims to provide knowledge regarding the indications for tracheostomy, the complications following the procedure, and the conceptual framework of family-centered care. Additionally, it includes a case study analysis of pediatric patients with tracheostomy tubes under the framework of family-centered care based on four core nursing principles: dignity and respect; information sharing; participation; and collaboration between families and healthcare teams. Families can be empowered with the skills and confidence necessary to provide effective care for pediatric patients at home. This approach ultimately contributes to improving the health and quality of life of both pediatric patients and their families while enhancing the efficiency and responsiveness of healthcare services to better meet the needs of patients and caregivers.

Keywords: Family-centered care; Nursing; Pediatric patient; Tracheostomy tube

* Corresponding author, Instructor, Srisavarinindra Thai Red Cross Institute of Nursing;
e-mail: jaruwan.t@stin.ac.th



Nursing Care for Pediatric Patients with Tracheostomy Tubes Through Family-Centered Care: A Case Study Analysis การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: วิเคราะห์กรณีศึกษา

บทคัดย่อ

การใส่ท่อหลอดลมคอ เป็นหัตถการที่มีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถรอดชีวิตจากภาวะวิกฤต ลดความเสี่ยงจากภาวะขาดออกซิเจน และช่วยให้สามารถกำจัดเสมหะหรือสารคัดหลั่งออกจากทางเดินหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้มีความซับซ้อนและต้องอาศัยการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งในโรงพยาบาล และที่บ้าน ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้าน ได้อย่างเหมาะสม และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งชี้ในการเจาะคอและการใส่ท่อหลอดลมคอ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการเจาะคอ ตลอดจนการนำเสนอกรอบแนวคิดการพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พร้อมทั้งการวิเคราะห์กรณีศึกษาของผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอภายใต้แนวคิดการพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยเน้นหลักการพยาบาลตามแนวคิด 4 ประการ ได้แก่ การให้เกียรติและเคารพ การแลกเปลี่ยนข้อมูล การมีส่วนร่วม และความร่วมมือระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความสามารถและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้าน อันนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของทั้งผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ตลอดจนช่วยยกระดับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

คำสำคัญ: การพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การพยาบาล ผู้ป่วยเด็ก ท่อหลอดลมคอ

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย e-mail: jaruwan.t@stin.ac.th

วันที่รับบทความ 3 มกราคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 27 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 6 มิถุนายน 2568



บทนำ

การเจาะคอ (tracheostomy) เป็นการสร้างทางติดต่อระหว่างหลอดลมกับผิวหนังบริเวณด้านหน้าของลำคอ ทำให้อากาศสามารถผ่านเข้าสู่ปอดโดยไม่ต้องผ่านช่องจมูกและลำคอส่วนบน ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่มักพบได้มากขึ้นในผู้ป่วยเด็กที่มีการเจ็บป่วยซับซ้อนและมีความรุนแรง โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ไม่สามารถขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะยาว (Fuller et al., 2021) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบหัวใจและปอด ความพิการใบหน้าและกะโหลกศีรษะ หรือมีปัญหาระบบทางเดินหายใจส่วนบนมักจะได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอเมื่ออายุ 4-6 เดือน สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาท มักจะได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอในช่วงอายุ 2-3 ปี การใส่ท่อหลอดลมคอมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถรอดชีวิตจากภาวะวิกฤตได้มากขึ้น โดยมีอัตราการรอดชีวิตอยู่ระหว่างร้อยละ 10-20 ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความผิดปกติและความซับซ้อนของโรค (Fuller et al., 2021)

แม้ว่าการใส่ท่อหลอดลมคอ จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถรอดจากภาวะวิกฤตทางสุขภาพได้ แต่เหตุการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงทางสุขภาพตามมาหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย เช่น การติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนล่าง การอุดตันของท่อ การเลื่อนหลุดของท่อ และการเกิดแผลเป็นบริเวณรอบท่อหลอดลมคอ (Komori, 2024) เด็กบางรายอาจมีความล่าช้าในการพัฒนาทักษะทางการพูด เนื่องจากไม่สามารถใช้เสียงได้ตามปกติ มีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง มีการเจริญเติบโตที่ล่าช้า (Lugo-Machado & Cárdenas, 2024) ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเฉพาะเด็กโตที่สามารถรับรู้ข้อจำกัดของตนเอง เช่น มีความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากจำเป็นต้องพึ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ตลอดเวลา เด็กอาจรู้สึกไม่มั่นใจในรูปลักษณ์ของตนเอง มีปัญหาในการสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์ทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวในสังคมได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมบางอย่าง ทั้งนี้ หากได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กลดลงได้ (Al-Faleh et al., 2023)

การใส่ท่อหลอดลมคอ นอกจากมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเด็กแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ผู้ดูแลอาจเกิดความเหนื่อยล้าในการดูแล ขาดการนอนหลับพักผ่อน เนื่องจากผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง (Acorda et al., 2022) ด้านจิตใจ อาจเกิดความวิตกกังวลในการเรียนรู้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ผู้ดูแลอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของเด็ก เช่น การเข้ารับการศึกษา และโอกาสในการใช้ชีวิตอย่างปกติ ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าหรือความเครียดสะสมได้ (Acorda et al., 2023) ด้านเศรษฐกิจและสังคม ครอบครัวต้องเผชิญกับภาระทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กเพิ่มมากขึ้น เช่น ค่าพยาบาล ค่าท่อหลอดลมคอ ค่ายา และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้เป็นประจำ ผู้ดูแลบางรายอาจต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลเด็ก ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวและคุณภาพชีวิตโดยรวม (October et al., 2020) การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคออย่างเหมาะสม ไม่เพียงแต่จะช่วยลดความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นเท่านั้น แต่ยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้อีกด้วย

ผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอ มักพบในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่สามารถให้การรักษาที่ซับซ้อนได้ แต่ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้เพิ่มมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอจึงกระจายไปสู่โรงพยาบาลในระดับภูมิภาคมากขึ้น แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยเด็กที่ต้องใส่ท่อหลอดลมคอมีไม่มากเมื่อเทียบกับการเจ็บป่วยด้วยสาเหตุอื่น ๆ แต่การดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องด้วยเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลพิเศษและมีความซับซ้อน อีกทั้งยังต้องให้การดูแลในระยะยาวต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นอย่างมาก



การดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ จึงควรเน้นแนวทางการพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care; FCC) เป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้การดูแลเด็กที่มีท่อหลอดลมคอได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและการดูแลในชีวิตประจำวัน ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น การอุดตันของท่อหลอดลมคอ การติดเชื้อในทางเดินหายใจ และการดูแลแผลรอบท่อหลอดลมคอ เป็นต้น ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จึงเป็นบทบาทที่ทำนายสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างเหมาะสม มีการเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถปรับตัวและรักษาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวภายใต้การดูแลที่ซับซ้อนได้

ข้อบ่งชี้ในการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอในผู้ป่วยเด็ก

การเจาะและใส่ท่อหลอดลมคอ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีช่องทางสำหรับการหายใจเพื่อแลกเปลี่ยนแก๊สและเพิ่มออกซิเจนในร่างกาย โดยการสร้างทางติดต่อระหว่างหลอดลมกับผิวหนังบริเวณด้านหน้าของลำคอ อากาศจึงผ่านเข้าปอดได้โดยไม่ผ่านทางจมูก การเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอมักทำในผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาหลัก 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน ในตำแหน่งที่อยู่เหนือหลอดลมคอขึ้นไป อาจมีสาเหตุมาจากความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น subglottic stenosis, pierre robin sequence, crouzon syndrome, laryngomalacia, tracheobronchomalacia หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังจากการได้รับการรักษา เช่น มีการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบนหลังจากได้รับการถอดท่อช่วยหายใจ เป็นต้น (Fuller et al., 2021)

2. ผู้ป่วยเด็กที่มีการสำลักและติดเชื้อที่ปอดจากการที่ไม่สามารถไอขับเสมหะเองได้ ทำให้เกิดการคั่งค้างของเสมหะเสี่ยงต่อการอุดตันทางเดินหายใจได้ มักพบในผู้ป่วยเด็กกลุ่มโรคที่มีปัญหาหรือความผิดปกติเกี่ยวกับประสาทและกล้ามเนื้ออ่อนแรง เช่น cerebral palsy, encephalopathy, myasthenia gravis, spinal muscular atrophy (SMA) เป็นต้น (Fuller et al., 2021) การเจาะคอจะช่วยให้สามารถระบายเสมหะ ลดการคั่งค้างของเสมหะ และลดการติดเชื้อได้

3. ผู้ป่วยเด็กที่มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะยาว เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอมากที่สุด (Friesen et al., 2020) มักพบในผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพที่ระบบทางเดินหายใจ มีความผิดปกติของประสาทและกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยเด็กที่มีระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ทำให้ไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ หรือในรายที่มีข้อจำกัดในการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด non-invasive ซึ่งการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอจะพิจารณาทำตามความจำเป็นและความเหมาะสมเป็นรายบุคคล (Fuller et al., 2021; Kaewthamrong & Hakom, 2020)

ภาวะแทรกซ้อนหลังการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอในผู้ป่วยเด็ก

การเจาะคอในผู้ป่วยเด็ก เป็นหัตถการที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยเด็กจากภาวะปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนได้ แต่หัตถการนี้ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบอื่น ๆ ที่ตามมาเช่นกัน โดยเฉพาะในเด็กเล็กมักมีความเสี่ยงมากกว่าเด็กโต ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อหลอดลมคอสามารถเกิดได้ในทุกระยะของการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นภายหลังผ่าตัดเจาะคอในระยะแรก หรือการพักฟื้นในโรงพยาบาล รวมไปถึงผู้ป่วยเด็กที่ต้องใส่ท่อหลอดลมคอระยะยาว ดังนี้

1. ระยะภายหลังผ่าตัดเจาะคอ ผู้ป่วยเด็กอาจมีความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกในระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะบริเวณที่เจาะคอ (stoma) อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแต่พบได้ค่อนข้างน้อย เช่น ภาวะมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) ลมรั่วในช่องอก



(pneumomediastinum) ลมรั่วใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema) อาจเกิดจากการเย็บขอบแผลที่เจาะคอแน่นจนเกินไป ทำให้ลมหายใจรั่วและเขาเข้าไปตามบริเวณเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังช่องอกหรือเยื่อหุ้มปอด เป็นต้น (Okonkwo et al., 2020)

2. ระยะพักฟื้นในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กอาจมีความเสี่ยงในการเกิดท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด สาเหตุบางส่วนมาจากเชือกผูกยึดท่อหลอดลมคอหลวม ผู้ป่วยดึงท่อหลอดลมคอ หรืออาจเกิดการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ ในขณะที่มีการพลิกตะแคงตัวหรือเคลื่อนไหวผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ ในผู้ป่วยเด็กที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมด้วยอาจทำให้เกิดความเสี่ยงมากยิ่งขึ้น เนื่องจากอุปกรณ์หรือสายต่าง ๆ ที่ต่อระหว่างผู้ป่วยและเครื่องช่วยหายใจมีน้ำหนักมาก อาจเกิดการดึงรั้งที่ท่อหลอดลมคอได้ ดังนั้น การจัดการการพลิกตะแคงตัวและการเคลื่อนไหวผู้ป่วยเด็กจึงต้องระมัดระวังมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากอาจจำเป็นต้องใช้บุคลากรเพื่อให้การช่วยเหลือมากขึ้น การถอดต้นของท่อหลอดลมคอจากเสมหะ การเกิดเลือดออก หรือการติดเชื้อ มักพบโอกาสเกิดร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่มีท่อหลอดลมคอ โดยเฉพาะการติดเชื้อที่บริเวณแผลหลอดลมคอ (Lee & Wilson, 2021) สามารถป้องกันโดยการประเมินแผลหลอดลมคอ และดูแลทำแผลหลอดลมคออย่างสม่ำเสมอ

3. ระยะยาวของการเจาะคอ เช่น ก้อนเนื้อ (granulation) สามารถเกิดที่บริเวณเจาะคอ หรือเกิดภายในหลอดลมได้ มักเกิดจากการบาดเจ็บจากการดูดเสมหะที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในหลอดลม และเกิดเป็นก้อนเนื้อได้ ซึ่งมีความเสี่ยงในการเกิดเลือดออก แม้ผู้ป่วยเด็กจะเจาะคอมานานแล้วก็สามารถเกิดเลือดออกได้ แสดงให้เห็นจากผู้ป่วยเด็กไอเป็นเลือด หรือดูดเสมหะแล้วมีเลือดปน (Fuller et al., 2021) การป้องกันสามารถทำได้โดยให้ความรู้ดูแลในการดูดเสมหะที่ถูกต้อง หากเกิดก้อนเนื้อภายนอกบริเวณรอบแผลหลอดลมคอ แพทย์อาจรักษาด้วยการจี้ด้วยซิลเวอร์ไนเตรต (silver nitrate) หากเกิดก้อนเนื้อในระบบทางเดินหายใจอาจปรับขนาดของท่อหลอดลมคอเพื่อลดการระคายเคือง หรืออาจใช้การส่องกล้องเพื่อการรักษาร่วมด้วย (Fuller et al., 2021) และจากการศึกษาดูงานในโรงพยาบาลเด็กแห่งหนึ่งในประเทศเยอรมนีของผู้เขียนพบว่า มีการใช้นวัตกรรมจุกยางซิลิโคน โดยใช้หลักการแรงกด (pressure) สามารถช่วยลดขนาดก้อนเนื้อ และป้องกันก้อนเนื้อบริเวณรอบแผลหลอดลมคอได้ ทั้งนี้ ผลลัพธ์ดังกล่าวเป็นการผลิตโดยเฉพาะที่โรงพยาบาลประสานกับบริษัทเวชภัณฑ์ทางการแพทย์จึงไม่มีเพื่อการจำหน่ายทั่วไป

แนวคิดการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอ

สถาบันเพื่อการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Institute for Patient and Family-Centered Care: IPFCC) ได้ให้ความหมายของการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางว่า เป็นแนวทางในการวางแผน การให้บริการ และประเมินผลการดูแลสุขภาพที่มีพื้นฐานมาจากความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว โดยการเน้นการทำงานร่วมกันในทุกระดับการดูแล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลัก คือ การส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลและครอบครัว แนวคิดหลักของการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 4 แนวคิด ได้แก่ 1) การให้เกียรติและการเคารพ (dignity and respect) บุคลากรทางสุขภาพรับฟังความคิดเห็นและยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งวางแผนให้การดูแลโดยคำนึงถึงค่านิยม ความเชื่อ และภูมิหลังทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว 2) การแลกเปลี่ยนข้อมูล (information sharing) บุคลากรทางสุขภาพมีการสื่อสารและแบ่งปันข้อมูลที่ครบถ้วนและเป็นกลาง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่ทันเวลา ครบถ้วน และถูกต้อง ใช้ประกอบการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ 3) การมีส่วนร่วม (participation) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการสนับสนุน และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และ 4) ความร่วมมือ (collaboration) โดยผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ และผู้นำด้านการดูแลสุขภาพร่วมมือกันในการพัฒนานโยบายการดูแล การออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวก พัฒนาการดำเนินงาน และการประเมินผลการให้บริการทางสุขภาพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (Institute for Patient and Family-Centered



Care, 2017)

การนำแนวคิดการพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางจะประสบความสำเร็จได้ พยาบาลจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบในการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังนี้ 1) ตระหนักว่าครอบครัว คือ สิ่งที่เป็นความมั่นคงสำหรับผู้ป่วยเด็ก ในขณะที่ทีมสุขภาพและระบบการบริการนั้นมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ 2) สนับสนุนให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมกับการดูแลสุขภาพในทุกระดับ 3) แลกเปลี่ยนข้อมูลที่ครบถ้วนและเป็นกลางระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพในลักษณะของการสนับสนุน 4) ให้การดูแลโดยนำแนวทางและนโยบายการดูแลมาปรับให้สอดคล้องกับบริบท และความหลากหลายของครอบครัว 5) ปรับใช้นโยบายและการช่วยเหลือที่สนับสนุนความรู้ อารมณ์ และการเงินแก่ครอบครัว 6) ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างครอบครัว โดยการจัดให้ผู้ดูแลได้มีปฏิสัมพันธ์ พูดคุย แลกเปลี่ยนวิธีการดูแลในครอบครัวที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน 7) ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลสามารถเข้าถึงระบบบริการและตอบสนองความต้องการของครอบครัวในระดับโรงพยาบาล ชุมชน ไปสู่ที่บ้านได้อย่างครอบคลุม และ 8) ตระหนักและเข้าใจถึงความหลากหลายทางด้านจิตใจ อารมณ์ และความต้องการที่นอกเหนือจากการสนับสนุนด้านสุขภาพ (Harrison, 2010)

จากความหมายข้างต้นเกี่ยวกับการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางจะเห็นได้ว่า การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้น มีรูปแบบการดูแลที่เน้นความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของครอบครัว มิใช่เพียงผู้ให้บริการกับผู้รับบริการเท่านั้น แต่เป็นการทำงานร่วมกัน การมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยบุคลากรทางสุขภาพจะต้องรับฟังและเคารพความคิดเห็นของครอบครัว คำนึงถึงภูมิหลัง ค่านิยม ความเชื่อส่วนบุคคล มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางสุขภาพกับครอบครัวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ให้การดูแลร่วมกัน สนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและครอบครัวตลอดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กตั้งแต่แรกเริ่ม การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การให้การดูแล และการประเมินผลการดูแล อีกทั้งส่งเสริมความร่วมมือในการพัฒนาระบบการดูแล และออกแบบบริการสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และหน่วยงานที่ดูแลด้านสุขภาพ

การพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอ

ผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอ เป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลก่อนข้างซับซ้อนและมีความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาลตลอดจนผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ไม่สามารถให้การดูแลตนเอง หรือสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ ผู้ดูแล ผู้ปกครอง หรือครอบครัว จึงเป็นบุคคลสำคัญที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อกลับบ้าน สำหรับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่สำคัญในการส่งเสริม ให้การสนับสนุน และช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กและครอบครัว โดยเฉพาะพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างใกล้ชิดตั้งแต่กระบวนการรับผู้ป่วยเด็กเข้ามาดูแลจนกระทั่งการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเด็กกลับบ้าน

กรณีศึกษา

รับย้ายจากโรงพยาบาลต้นสังกัด เด็กชายไทย ศาสนาพุทธ อายุ 9 เดือน น้ำหนัก 4.4 กิโลกรัม ส่วนสูง 56 เซนติเมตร บุตรคนแรก ประวัติแรกคลอด preterm 36 สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอด 1,800 กรัม หลังคลอดมีประวัติใส่ท่อช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษาในห้อง PICU ด้วยอาการสำลักและติดเชื้อที่ปอด (aspiration pneumonia) หลังจากนั้น ได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางจมูก (high-flow nasal cannula: HFNC) และส่งตัวมาเพื่อส่องกล้องและให้การรักษาต่อ แรกเริ่มผู้ป่วยตื่นดี หายใจ on HFNC ใส่สายให้อาหารทางปาก (orogastric tube: OG tube) ได้รับการส่องกล้องและวินิจฉัยว่า มีภาวะการอ่อนตัวของกระดูคอ และกล่องเสียง (pharyngolaryngomalacia) มีปัญหาการกลืนผิดปกติ และมีภาวะทุพโภชนาการระดับที่ 3 จึงจำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลมคอ ได้รับออกซิเจนในการรักษา และใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (gastrostomy tube)



จนกว่าผู้ป่วยเด็กจะพร้อมในการหายใจด้วยตนเอง และสามารถรับประทานอาหารได้โดยไม่เสี่ยงต่อการสำลัก

ปัจจุบัน ผู้ป่วยเด็กหายใจด้วยหน้ากากผ่านท่อหลอดลมคอ (oxygen tracheostomy mask) 1 ลิตร/นาที่ ไม่มีหอบเหนื่อย มีเสมหะขาวข้นปริมาณเล็กน้อย ใส่ tracheostomy tube เบอร์ 3.5 รองก๊อช 1 ชั้นพับครึ่ง ใส่สายให้อาหารทางหน้าท้องสำหรับให้นม lactose free (LF) 100 มิลลิลิตร จำนวน 6 มื้อต่อวัน ผ่านเครื่องควบคุมการให้สารละลายด้วยกระบอกฉีดยา (syringe pump) โดยในแต่ละมื้อให้หมดใน 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยเด็กรับได้ดี ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน หรือนมเหลือค้างในกระเพาะอาหาร มียา flixotide ซึ่งเป็นยาพ่นสูดชนิดที่ใช้ก๊าซ (metered dose inhaler: MDI) ให้ 1 กด เข้า-เย็น domperidone (5 mg/5 ml) 1.5 ml. via PEG วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น multivitamin (MTV) drops 0.5 ml. via PEG วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น oral trace element (OTE) 1.1 ml. via PEG วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า-เย็น, ferdek (15mg/0.6ml) 0.8 ml. via PEG วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์จึงวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กเพื่อกลับไปดูแลที่บ้าน

จากการประเมินสภาพความเป็นอยู่และครอบครัวพบว่า ผู้ป่วยเด็กอาศัยอยู่กับบิดาและมารดาในเขต ปริมณฑล ลักษณะบ้านเป็นบ้านทาวนโฮม 2 ชั้น อยู่ใกล้โรงพยาบาลประจำอำเภอ ประมาณ 5 กิโลเมตร ใกล้ ตลาดและห้างสรรพสินค้า บิดาและมารดาจบการศึกษาปริญญาตรี มารดาเป็นแม่บ้าน บิดาประกอบอาชีพพนักงาน บริษัทเอกชนและเป็นผู้หารายได้หลัก ครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ ญาติใกล้ชิด ได้แก่ ปู่ ย่า ตาและยาย ซึ่งอาศัยอยู่ต่างจังหวัด

จากกรณีศึกษา สามารถวิเคราะห์ปัญหาหลักทางการพยาบาลขณะผู้ป่วยเด็กอยู่ในโรงพยาบาลจนถึงการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย และให้การพยาบาลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอ ดังนี้

ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อในร่างกายนุ่มพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการหายใจลดลง

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้เนื้อเยื่อในร่างกายนุ่มของผู้ป่วยเด็กได้รับออกซิเจนเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาระบบทางเดินหายใจ อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเด็กอยู่เสมอ โดยสอบถามอาการทางระบบหายใจที่ผิดปกติขณะผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทางหน้ากากผ่านท่อหลอดลมคอ (oxygen tracheostomy mask) 1 ลิตร/นาที่ ตามแผนการรักษา รวมทั้งให้ข้อมูลกับผู้ดูแลทุกครั้งที่มีการปรับเปลี่ยนชนิดหรือปริมาณออกซิเจนที่ให้

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพ่นยา flixotide ชนิด MDI จำนวน 1 กด เข้า-เย็น ตามแผนการรักษา เพื่อลดการบวมและอักเสบของทางเดินหายใจ และสอบถามอาการภายหลังได้รับการพ่นยาจากผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการสังเกตอาการ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการปรับแผนการดูแลกรณีที่พ่นยาแล้วอาการของผู้ป่วยเด็กไม่ดีขึ้น

3. ช่วยทำกายภาพทรวงอก โดยการจัดท่า เคาะปอดหรือสูบลม เพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะ โดยพยาบาลให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการห่อตัว จัดท่าผู้ป่วย พยาบาลอธิบายประโยชน์ของการทำกายภาพทรวงอก และสอนวิธีการเคาะปอดหรือสูบลมแก่ผู้ดูแล

4. ดูแลดูดเสมหะในท่อทางเดินหายใจ เพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะและช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง โดยพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการห่อตัวเด็ก ขณะดูดเสมหะพยาบาลอธิบายลักษณะ ปริมาณของเสมหะ อาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวัง และให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการสังเกตอาการผิดปกติ

5. ดูแลจัดท่าศีรษะสูง เพื่อให้กระบังลมตัวห้อยตัว ปอดขยายได้ดีขึ้น ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง



6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดกิจกรรมหรือลดการรบกวนผู้ป่วยเด็กถ้าไม่จำเป็น เพื่อลดการใช้ออกซิเจนในร่างกาย นอกจากนี้ยังเป็นการแสดงถึงการเคารพและให้เกียรติผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลให้มีพื้นที่ความเป็นส่วนตัว

7. ให้ข้อมูลผู้ดูแลในการสังเกตอาการผิดปกติระบบทางเดินหายใจ เช่น หายใจเร็ว หอบเหนื่อย ปีกจมูกบาน ออกบวม ปากซีด เขียวคล้ำ เป็นต้น เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน หากมีอาการดังกล่าวให้ผู้ดูแลรีบแจ้งพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันที่ และเมื่อตรวจเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างเวร พยาบาลสอบถามข้อมูลจากผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการผิดปกติระบบทางเดินหายใจ หรืออาการผิดปกติอื่น ๆ

8. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ และแจ้งให้ผู้ดูแลทราบถึงผลการประเมินสัญญาณชีพทันที

ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากมีความผิดปกติเกี่ยวกับการกลืน
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาระบบทางเดินอาหาร อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเด็กอยู่เสมอ โดยสอบถามอาการทางระบบทางเดินอาหารที่ผิดปกติขณะผู้ป่วยได้รับนม lactose free (LF) 100 มิลลิลิตร จำนวน 6 มื้อต่อวัน ผ่านเครื่องควบคุมการให้สารละลายด้วยกระบอกฉีดยา (syringe pump) โดยในแต่ละมื้อให้หมดใน 2 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา รวมทั้งให้ข้อมูลกับผู้ดูแลทุกครั้งที่มีการปรับเปลี่ยนสูตรการให้นม

2. ดูแลดูดเสมหะก่อนให้นม และจัดท่าศีรษะสูง เพื่อป้องกันการสำลัก และให้ผู้ป่วยได้รับนมครบตามแผนการรักษา

3. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้พลังงานในร่างกาย

4. ให้ข้อมูลผู้ดูแลในการสังเกตอาการผิดปกติระบบทางเดินอาหารขณะให้นมและภายหลังได้รับนม เช่น หายใจเร็ว อาเจียน แหวะนม ถ่ายเหลว ท้องอืด เป็นต้น หากมีอาการดังกล่าวให้ผู้ดูแลรีบแจ้งพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันที่ และเมื่อตรวจเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างเวร พยาบาลสอบถามข้อมูลจากผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการผิดปกติระบบทางเดินอาหาร หรืออาการผิดปกติอื่น ๆ

5. ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ โดยแจ้งผลน้ำหนักของผู้ป่วยเด็กทุกครั้งให้ผู้ดูแลทราบ พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ดูแลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการ

ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ดูแลและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรและการดูแลบุตรเมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีความวิตกกังวลลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลและครอบครัวตั้งแต่แรกรับ โดยยึดหลักการให้เกียรติและเคารพความแตกต่างของผู้ดูแลและครอบครัว พยาบาลแนะนำตนเองให้ผู้ดูแลและครอบครัวทราบว่าเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ที่ให้การดูแล ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามนโยบายของโรงพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ตรวจเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลง และให้ข้อมูลการดูแลประจำวัน เพื่อให้ผู้ดูแลและครอบครัวเกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจ

2. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล ชักถามข้อสงสัย โดยพยาบาลรับฟังข้อมูลด้วยความตั้งใจ แสดงออกถึงความเข้าใจและยอมรับถึงความแตกต่างด้านความคิด ค่านิยม และภูมิหลังของครอบครัว รวมทั้งพยาบาลมีการสื่อสารด้วยถ้อยคำและน้ำเสียงที่นุ่มนวลและที่เข้าใจง่าย แม้อยู่ในสถานการณ์ที่ผู้ดูแลอาจมีสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง เพื่อแสดงถึงการให้เกียรติ เคารพ และยอมรับความเป็นปัจเจกบุคคล



3. วางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทความเชื่อ และค่านิยมของครอบครัว เช่น แจกกำหนดการ ตักบาตรทำบุญของโรงพยาบาล และช่วยดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างใกล้ชิดในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลไม่อยู่ เพื่อให้ผู้ดูแลได้เข้าร่วมกิจกรรมโดยปราศจากความกังวล และเพื่อให้ผู้ดูแลได้มีเวลาว่างพักจากการดูแลบุตร

6. ประสานงานกับบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อมูลที่ครบถ้วน และจำเป็นต่อการตัดสินใจของผู้ดูแลและครอบครัว ผู้ดูแลมักจะมีควมวิตกกังวลและต้องการข้อมูลในการตัดสินใจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการทำหัตถการ

7. ส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลบุตรให้กับผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อลดความวิตกกังวล ดังนี้

7.1 ประเมินผู้ดูแลเกี่ยวกับความพร้อมและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กของผู้ดูแลและครอบครัว โดยสังเกตจากการมีส่วนร่วมในการดูแล การสังเกตอาการผิดปกติ การช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน ต่าง ๆ ขณะอยู่โรงพยาบาล โดยเคารพความแตกต่างระหว่างบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ดูแลและครอบครัว

7.2 ส่งเสริมทักษะการดูแลของผู้ดูแล โดยให้บิดาและมารดาเข้าโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านกับพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านระบบหายใจ ประกอบด้วย การเรียนและฝึกทดลองปฏิบัติกับหุ่น จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ ดังนี้ ครั้งที่ 1 สอนผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอ แนะนำอุปกรณ์และขั้นตอนการดูแล การใช้ถุงช่วยปั๊มช่วยหายใจ และการพ่นยาผ่านทางท่อหลอดลมคอ และครั้งที่ 2 สอนผู้ดูแลเกี่ยวกับการช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้น ประกอบด้วย การกู้ฟื้นคืนชีพในเด็ก การใส่ท่อหลอดลมคอกรณีท่อเลื่อนหลุดฉุกเฉินที่บ้าน นอกจากนี้ พยาบาลได้ประสานหน่วยโภชนาการเพื่อส่งผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการเตรียมอุปกรณ์และขั้นตอนการชงนมตามแผนการรักษา

7.3 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติจริง และเรียนรู้ทักษะการดูแลกิจวัตรประจำของผู้ป่วยเด็กร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยพยาบาลสอนผู้ดูแลในการทำแผลท่อหลอดลมคอ และแผลหน้าท้อง การผูกเชือกยึดท่อหลอดลมคอ การเคาะปอดและจัดท่า การจัดยา การประเมินผู้ป่วยเด็กก่อน-หลังให้นม วิธีการให้นมผ่านเครื่องควบคุมการให้สารละลายด้วยกระบอกฉีดยา เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัย หรือขั้นตอนที่ไม่มั่นใจ และให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยเด็กโดยมีพยาบาลประเมินผลและให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด รวมทั้งส่งต่อข้อมูลการฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลให้กับทีมสุขภาพ เพื่อวางแผนการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กและครอบครัวต่อไป

7.4 ฝึกทักษะการดูแลเสมือนอยู่ที่บ้านให้กับผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลให้ผู้ดูแลอยู่เฝ้าและให้การดูแลผู้ป่วยเด็กตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่การอาบน้ำ การทำแผลท่อหลอดลมคอ เปลี่ยนก๊อชรองและเชือกผูกยึดท่อหลอดลมคอ การทำแผลหน้าท้อง การเคาะปอด การจัดท่า การดูแลเสมหะ การให้นม การจัดและให้ยา ทั้งนี้ พยาบาลและทีมสุขภาพเปิดโอกาสให้ครอบครัวร่วมกันกำหนดช่วงเวลาการให้นมและยาให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของครอบครัว เพื่อลดภาระการดูแลในช่วงกลางคืน ทำให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักผ่อนมากขึ้น และส่งเสริมการฝึกทักษะผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยให้ปฏิบัติเสมือนจริง เป็นเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ ก่อนการจำหน่าย เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลและลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลและครอบครัว

8. ติดตามและประเมินความวิตกกังวล ความต้องการของครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม

ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 4 การเตรียมผู้ป่วยเพื่อจำหน่ายกลับบ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่าย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ



2. วางแผนร่วมกับครอบครัวเพื่อเตรียมสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอ โดยการจัดสภาพแวดล้อมต้องมีพื้นที่ในการวางอุปกรณ์ต่าง ๆ มีช่องว่างระหว่างเตียงนอนทั้ง 2 ข้างสามารถเข้าไปให้การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินได้ ภายในห้องต้องสะอาด ปราศจากวัตถุไวไฟ มีระบบไฟฟ้าเพื่อใช้กับเครื่องผลิตออกซิเจนและเครื่องควบคุมการให้สารละลายด้วยกระบอกฉีดยา มีถังออกซิเจนสำรองสำหรับกรณีฉุกเฉินไฟดับหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเด็กไปโรงพยาบาล

3. วางแผนร่วมกับครอบครัวเพื่อเตรียมผู้ดูแล โดยมีการเตรียมและส่งเสริมทักษะของผู้ดูแลด้วยการเรียนกับพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านระบบหายใจ การฝึกปฏิบัติจริงและเรียนรู้ทักษะการดูแลฉุกเฉินประจำผู้ป่วยเด็ก ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และการฝึกทักษะการดูแลเหมือนอยู่ที่บ้านให้กับผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยพยาบาลประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลจากการสังเกตการฝึกปฏิบัติ การตอบคำถาม การแก้ปัญหาการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอควรมีผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน เพื่อสลับและเปลี่ยนกันดูแลผู้ป่วยเด็ก

4. ให้การช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา เนื่องด้วยผู้ป่วยเด็กมีการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ได้รับการผ่าตัดและทำหัตถการหลายอย่าง อีกทั้งมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้าน ทำให้มีค่าใช้จ่ายส่วนต่างจากสิทธิ์การรักษาค่อนข้างสูง พยาบาลจึงต้องประเมินความสามารถในการจ่ายค่ารักษาของผู้ดูแล หากไม่สามารถจ่ายค่ารักษาทั้งหมดได้ในครั้งเดียว พยาบาลสามารถประสานงานกับหน่วยสวัสดิการสังคมของโรงพยาบาล นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลสามารถจัดหาอุปกรณ์ให้เช่า เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแล เช่น เครื่องควบคุมการให้สารละลายด้วยกระบอกฉีดยา และแนะนำการเลือกซื้อเวชภัณฑ์ที่จำเป็นนอกเหนือจากที่โรงพยาบาลจัดให้ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน ถังช่วยปั๊มหายใจ ชุดพันยา อุปกรณ์ทำแผล เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น

5. จัดเตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการดูแล เช่น สายดูดเสมหะ 0.9% โซเดียมคลอไรด์ แอลกอฮอล์ น้ำสะอาดปราศจากเชื้อ (sterile water) กระบอกฉีดยาสำหรับให้นม สายยางให้นม เป็นต้น รวมถึงกล่องอุปกรณ์ฉุกเฉิน (emergency box) เพื่อให้ผู้ดูแลได้ใช้ในสถานการณ์ฉุกเฉินที่บ้าน

6. ให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับความสำคัญในการให้ยาตามแผนการรักษา โดยผู้ป่วยเด็กมียา flixotide ชนิด MDI ให้ 1 กด เข้า-เย็น ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน domperidone (5 mg/5 ml) 1.5 ml. via PEG วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น วิตามินรวม MTV drops 0.5 ml. via PEG วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น แร่ธาตุเสริม OTE 1.1 ml. via PEG วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า-เย็น ธาตุเหล็ก ferdek (15mg/0.6ml) 0.8 ml. via PEG วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า โดยเน้นย้ำให้ผู้ดูแลให้ยาตรงเวลา และครบถ้วนตามแผนการรักษา รวมถึงเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา

7. ให้คำแนะนำในการส่งเสริมภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่อง โดยดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับนมตามแผนการรักษาทั้งสูตรนม ชนิด และปริมาณที่ให้ รวมทั้งประเมินภาวะโภชนาการอย่างสม่ำเสมอ

8. ให้คำแนะนำในการหลีกเลี่ยงการพาผู้ป่วยเด็กไปในที่แออัด หรือหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ที่ไม่สบายหรือมีการติดเชื้อทางเดินหายใจ เนื่องด้วยผู้ป่วยเด็กมีท่อหลอดลมคอซึ่งเป็นช่องทางเปิดให้เชื้อโรคสามารถเข้าสู่ทางเดินหายใจได้โดยตรง จึงมีโอกาสติดเชื้อทางเดินหายใจได้ง่ายกว่าเด็กปกติ (Lugo-Machado & Cárdenas, 2024)

9. ให้คำแนะนำในการพาผู้ป่วยเด็กไปรับวัคซีนที่อนามัยใกล้บ้านตามช่วงวัย และวัคซีนเสริมที่ช่วยป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคและป้องกันการติดเชื้อ

10. ให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบพาเด็กมาโรงพยาบาล เช่น หายใจหอบเหนื่อย ออกนุ้ม ปีกจมูกบาน สีผิวซีด หรือเขียวคล้ำ ชัก เป็นต้น หากมีอาการดังกล่าวสามารถมาพบแพทย์ทันทีโดยไม่ต้องรอให้ถึงกำหนดนัดพบแพทย์



11. เน้นย้ำการมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อติดตามการรักษา เนื่องด้วยผู้ป่วยเด็กมีปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อน ทำให้ต้องมีการนัดติดตามกับแพทย์ที่ดูแล โดยพยาบาลประสานงานกับแพทย์ที่ดูแลแต่ละระบบเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการตรวจในเวลาที่เหมาะสม ประหยัดเวลาในการมาพบแพทย์ และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยเด็กมีนัดพบแพทย์ทั้งหมด 4 นัด โดยอีก 1 เดือนข้างหน้า มีนัดกับแพทย์ระบบทางเดินอาหารเพื่อติดตามอาการและประเมินผลหน้าท้อง และแพทย์ระบบทางเดินหายใจ เพื่อประเมินอาการและเปลี่ยนท่อหลอดลมคอเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (ปกตินัดทุก 3-4 สัปดาห์) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่จำเป็นจะต้องทำในโรงพยาบาลที่มีอุปกรณ์พร้อมในการช่วยชีวิตและทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความปลอดภัยระหว่างเปลี่ยนท่อหลอดลมคอ (Lawrence et al., 2021) และอีก 2 เดือนข้างหน้า มีนัดกับแพทย์เวชพันธุศาสตร์และคลินิกโภชนาการ

12. ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัวในการดูแลร่วมกันของผู้ดูแลและทีมสุขภาพเมื่อกลับบ้าน ให้ความมั่นใจกับผู้ดูแลหากมีปัญหาในการดูแลสามารถปรึกษากับพยาบาลระบบหายใจเด็กผ่านทางโทรศัพท์/แอปพลิเคชันไลน์ หรือเบอร์โทรของหอผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแล รวมทั้งใช้เป็นช่องทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ติดตามความก้าวหน้าของการดูแลรักษาระหว่างผู้ดูแลและทีมสุขภาพ

13. ให้กำลังใจผู้ดูแล ชื่นชมในสิ่งที่ผู้ดูแลทำได้ถูกต้องและทำได้ดี รวมทั้งให้คำแนะนำในสิ่งที่ผู้ดูแลยังไม่มั่นใจ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลบุตรเมื่อกลับบ้าน

14. ประสานงานระบบการส่งต่อผู้ป่วยเด็ก และติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยประสานกับเจ้าหน้าที่และสถานพยาบาลใกล้เคียงเพื่อส่งต่อการดูแล รวมทั้งแจ้งให้ผู้ดูแลทราบถึงระบบการดูแลในชุมชนที่มีส่วนร่วมในการติดตาม ประเมินและเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

บทสรุป

การพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อกลับบ้าน อีกทั้งการดูแลมีความซับซ้อนและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยยึดหลักการให้เกียรติและเคารพผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง นอกจากนี้ พยาบาลยังมีหน้าที่สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและให้การดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ รวมถึงเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพเพื่อร่วมกันออกแบบแนวทางการดูแลที่เหมาะสม อันนำไปสู่การพัฒนากระบวนการที่เอื้อประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางไม่เพียงช่วยพัฒนาระบบการดูแลให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย แต่ยังส่งเสริมคุณภาพการบริการและเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งส่งผลให้กระบวนการดูแลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายใต้การดูแลที่เหมาะสมและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิชาการนี้ได้รับสนับสนุนจากสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ภายใต้โครงการแลกเปลี่ยนอาจารย์พยาบาลเพื่อเข้าร่วมการอบรมระยะสั้นในต่างประเทศ



References

- Acorda, D. E., Brown, J. N., Lambert, E. M., & Gibbs, K. D. (2023). Psychosocial measures and outcomes among caregivers of children with tracheostomies: A systematic review. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 168*(5), 979–987. <https://doi.org/10.1002/ohn.202>
- Acorda, D. E., Jackson, A., Lam, A. K., & Molchen, W. (2022). Overwhelmed to ownership: The lived experience of parents learning to become caregivers of children with tracheostomies. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 163*, 111364. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2022.111364>
- Al-Faleh, M., Alsheef, H., Al-Anzi, O., Jabaan, R., AlQahtani, S. M., & Alabdulmhsin, M. (2023). Pediatric tracheostomy: A quality-of-life assessment study in Saudi Arabia. *Cureus, 15*(10), e47235. <https://doi.org/10.7759/cureus.47235>
- Friesen, T. L., Zamora, S. M., Rahmanian, R., Bundogji, N., & Brigger, M. T. (2020). Predictors of pediatric tracheostomy outcomes in the United States. *Otolaryngology Head Neck Surgery, 163*(3), 591-599. <https://doi.org/10.1177/0194599820917620>
- Fuller, C., Wineland, A. M., & Richter, G. T. (2021). Update on pediatric tracheostomy: Indications, technique, education, and decannulation. *Current Otorhinolaryngology Reports, 9*(2), 188–199. <https://doi.org/10.1007/s40136-021-00340-y>
- Harrison, T. M. (2010). Family-centered pediatric nursing care: State of the science. *Journal of Pediatric Nursing, 25*(5), 335–343. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.006>
- Institute for Patient and Family-Centered Care. (2017). *Patient-and family-centered care defined*. https://www.ipfcc.org/bestpractices/sustainable-partnerships/background/pfcc-defined.html?utm_source=chatgpt.com
- Kaewthamrong, S., & Hakom, N. (2020). Nurse's roles in caring for patients with tracheostomy in intensive care. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 28*(4), 114-123. (in Thai)
- Komori, M. (2024). Update on pediatric tracheostomy. *Auris, Nasus, Larynx, 51*(3), 429–432. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2024.01.003>
- Lawrence, P. R., Chambers, R., Faulkner, M. S., & Spratling, R. (2021). Evidence-based care of children with tracheostomies: Hospitalization to home care. *Rehabilitation Nursing, 46*(2), 83–86. <https://doi.org/10.1097/RNJ.0000000000000254>
- Lee, M., & Wilson, H. (2021). Complications of tracheostomy. *Shanghai Chest, 5*, 42. <https://shc.amegroups.org/article/view/6988/pdf>
- Lugo-Machado, J. A., & Cárdenas, A. Z. (2024). The impact of tracheostomy on spoken language in children: A narrative review. *Romanian Journal of Rhinology, 14*(54), 49-52. <https://doi.org/10.2478/rjr-2024-0009>
- October, T. W., Jones, A. H., Michals, H. G., Hebert, L. M., Jiang, J., & Wang, J. (2020). Parental conflict, regret and short-term impact on quality of life in tracheostomy decision making. *Pediatric Critical Care Medicine, 21*(2), 136-142. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002109>
- Okonkwo, I., Cochrane, L., & Fernandez, E. (2020). Perioperative management of a child with a tracheostomy. *BJA Education, 20*(1), 18-25. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2019.09.007>