

ที่ปรึกษา (Consultants)

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

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ (Editorial Advisors)

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

บรรณาธิการ (Editor)

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

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

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

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศาสตราจารย์ ดร.ดาราพรรณ ต๊ะปินตา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
Professor Dr. Darawan Thapinta	Faculty of Nursing, Burapha University
ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
Professor Dr. Phechnoi Singchugcha	Faculty of Nursing, Christian University
ศาสตราจารย์ ดร.รัชนีวรรณ รอส	School of Nursing, The University of Louisville, USA
Professor Dr. Ratchneewan Ross,	Ph.D, RN, FTNSS, FAAN
	School of Nursing, The University of Louisville, USA
	Ph.D, RN, FTNSS, FAAN
รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
	โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
Associate Professor Dr. Supreeda Monkong	Ramathibodi School of Nursing, Faculty of
	Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University
รองศาสตราจารย์ ดร.อรวมน ศรียุกตศุทธ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Associate Professor Dr. Aurawamon Sriyuktasuth	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 อ่วมตานี	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Associate Professor Dr. Areewan Oumtanee	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรณัฐ 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 สุคนธสรวรพ์	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 สุทธีรังสี	สำนักการศึกษาและนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Assoc. Prof. Dr. Wandee Suttharangsee	Education and Innovative Learning Academy,
	Prince of Songkla University
รองศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์	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.นาตา ลัคหนทัย	Johns Hopkins University, School of Nursing
	Ph.D, MSN, RN, FANN
Assistant Professor Dr. Nada Lukkahatai,	Johns Hopkins University, School of Nursing
	Ph.D, MSN, RN, FANN
รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรสุนีย์ ทั่งเจริญกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Petsunee Thungjaroenkul	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
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.นงศ์คราญ วิเศษกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Nongkran Viseskul	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐยานัน 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.วรรณธรณ์ จงรุ่งโรจน์สกุล
Assistant Professor Dr. Waruntorn Jongrungsakul
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตตวดี เจริญทอง
Assistant Professor Dr. Jittawadee Rhiantong
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรีyakมล 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 ทั้งนี้ต้องมีการส่งหลักฐานแนบในการส่งบทความ
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. หากตรวจพบบทความที่ส่งสยต่อการรายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง 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 แนวทางจริยธรรมสากลของสภาองค์การสาขาด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ (CIOMS) และแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ดีของ สภาบรรณาสากล (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 กองบรรณาธิการจะดำเนินการส่งกลับไปยังผู้เขียนเพื่อแก้ไข หลังจากนั้น จะตรวจสอบผลการแก้ไขจนกว่าบทความมีคุณภาพที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ได้ ซึ่งจำนวนครั้งของการแก้ไขไม่ควรเกิน 3 ครั้ง

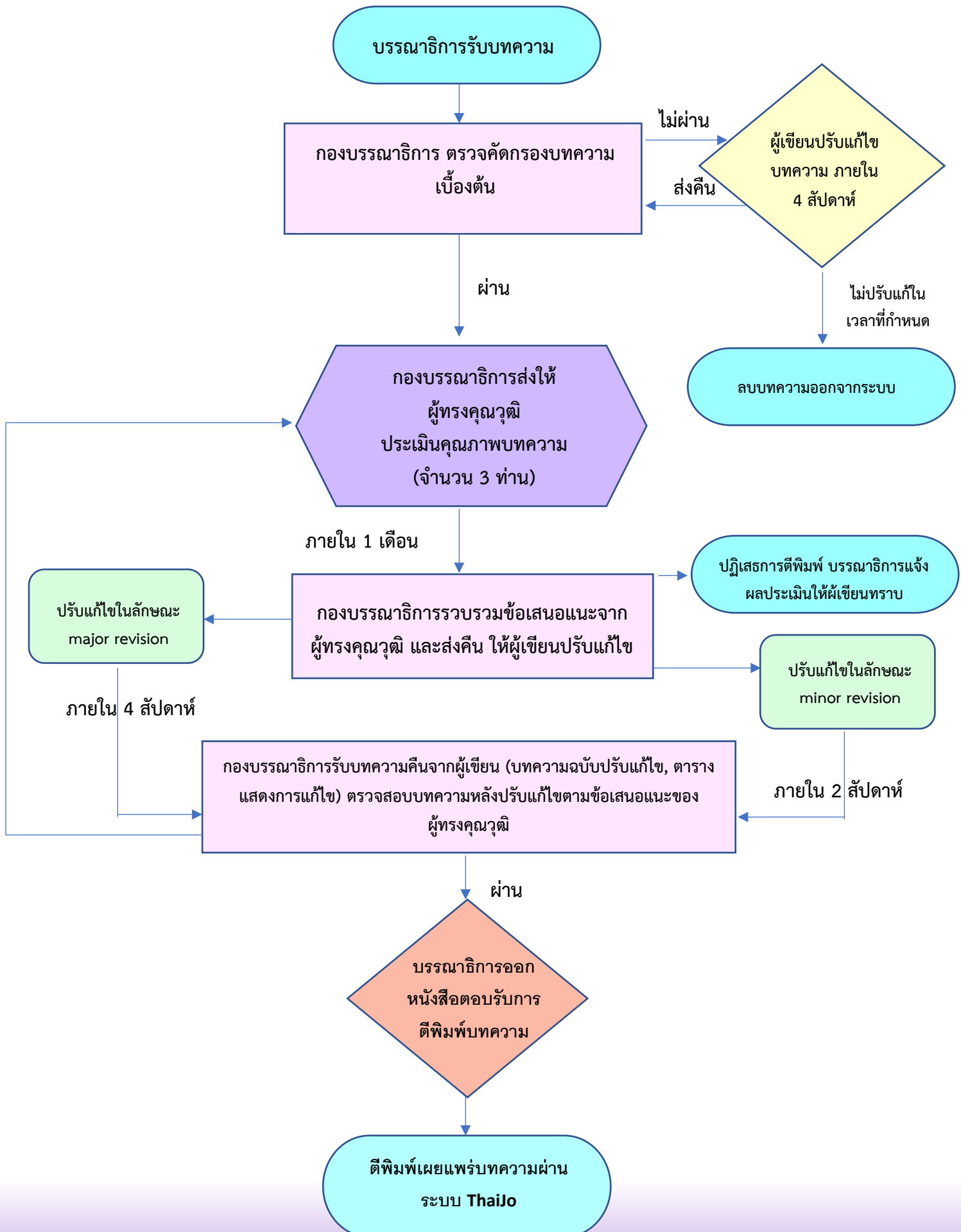
หากผู้เขียนไม่สามารถปรับแก้ไขบทความได้ในระยะเวลาที่กำหนดโดยไม่มีเหตุผล กองบรรณาธิการจะขอลบบทความออกจากระบบ และขอให้ผู้เขียนดำเนินการส่งบทความเข้ามาใหม่ เพื่อกองบรรณาธิการจะได้ดำเนินการประเมินคุณภาพบทความใหม่ในทุกขั้นตอน และผู้เขียนต้องเสียค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์อีกครั้ง

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 กรรณิการ์ กันธะรักษา (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. การอ้างอิงผู้เขียนคนเดียวหรือหลายคนที่มีผลงานหลายเรื่องในปีเดียวกัน 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

Suwonnaroop, 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

Effects of an Individual and Family Self-Management Program on Self-Management Behaviors and Hemoglobin A1C Level Among Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus:A Randomized Controlled Trial1-16

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรม
การจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้สูงอายุเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้:
การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม

ThiranaiSongpimaiธีรนัยส่งพิมาย

NattayaSuwankruhasnณัฐธยาน์สุวรรณคฤหาสน์

KanjanaThanaกาญจนาธนะ

Effectiveness of Aromatherapy on Sleep Quality Among Patients with Cancer Admitted to Healthcare Facilities: A Systematic Review17-33

ประสิทธิผลของสுகุนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ที่รักษาในสถานพยาบาล: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

PitchayaSinkhanarakพิชญาสินคณารักษ์

JindaratChaiardจินดารัตน์ชัยอาจ

KanitthaRattanakanlayaชนิษฐารัตนกัลยา

Interventions to Promote Dietary Self-Management Behaviors Among Acute Coronary Syndrome Patients with Comorbidities: A Systematic Review34-51

วิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร
ในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม:
การทบทวนอย่างเป็นระบบ

SunisaLadaสุนิษาละดา

NoralukUa-Kitนรลักษณ์เอื้อกิจ

Development of Clinical Practice Guidelines for the Care of Patients with Chest Drainage Tubes to Prevent Dislodgement and Obstruction after Open-Heart Surgery: A Pilot Study52-63

การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดและอุดตัน
ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด: การทดลองใช้

SupapornNin-aramสุภาภรณ์นิลอร่าม

MaliwanSilaratมะลิวรรณศีลารัตน์

Effects of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors and Body Weight Control in Persons Receiving a Long-Term Intravenous Catheter for Hemodialysis	64-81
ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	
Witthaya Samerchue	วิทยา เสมอเชื้อ
Jindarat Chaiart	จินดารัตน์ ชัยอาจ
Chomphoonut Srirat	ชมพูนุท ศรียรัตน์
Predictors of Oral Health Literacy and Intention of Dental Service Utilisation Among People with Type 2 Diabetes	82-96
ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2	
Siriporn Kijja	สิริพร กิจจา
Borwarnluck Thongthawee	บวรลักษณ์ ทองทวี
Matana Kettratad	มัทนา เกษตระทัต
Piyawan Kanan	ปิยะวรรณ ขนาน
The Development of an Innovative Fluid Alert Device for Patients Undergoing Abdominal Paracentesis	97-109
การพัฒนานวัตกรรมเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะระบายสารน้ำในช่องท้อง	
Thanairat Chaisiriphuwadol	ธนายรัตน์ ชัยศิริภูวดล
Siraphop Changpean	สิรภาพ ช่างเพียร
Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program on Self-Management Behaviors and Functional Capacity Among Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease	110-128
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	
Jiraporn Yasueb	จิราพร ยะสืบ
Decha Tamdee	เดชา ทำดี
Jittawadee Rhiantong	จิตตวดี เหยียญทอง

Factors Predicting Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Older Adults	129-141
ปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง	
Atchamat Pandang อัชมาต ปานแดง	
Phanida Juntasopeepan พนิดา จันทโสภีพันธ์	
Kanjana Thana กาญจนา ธานะ	
Life Perspectives, Hopes, and Adaptation of Elderly Akha: A Case Study	142-156
of an Akha Community in Northern Thailand	
มุมมองชีวิต ความหวัง และการปรับตัวของผู้สูงอายุชาวอาข่า: กรณีศึกษา	
ชุมชนอาข่าแห่งหนึ่งทางภาคเหนือของประเทศไทย	
Pimrat Boonyapuk พิมพ์รัตน์ บุญยะภักดิ์	
Waraphorn Yaemmisri วราภรณ์ แยมมีศรี	
Onnalin Singkhorn อรณลิน สิงขรณ์	
Resilience of Nurses in Nakornping Hospital, Chiang Mai Province	157-168
ความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่	
Chanita Ramyothin ชนิตา รามโยธิน	
Thitinut Akkadechanun จิตินันท์ อัครเดชอนันต์	
Petsunee Thungjaroenkul เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล	
Experience of Registered Nurses Returning to Practice After Resignation	169-181
ประสบการณ์การกลับมาปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการลาออก	
Kampon Introntakun กัมพล อินทรทะกุล	
Parichad Jansoontraporn ปาริชาติ จันทรสุนทรพร	
Phatphitcha Kruthangka ภัทรพิชชา ครุฑางคะ	
Psychological Safety and Organizational Commitment of Nurses	182-194
in Tertiary Hospitals	
ความปลอดภัยทางจิตใจและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล	
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ	
Sangduen Khankhai แสงเดือน ชันไช	
Orn-anong Wichaikhum อรอนงค์ วิชัยคำ	
Chayapha Sanlaung ชญาภา แสนหลวง	

Safety Climate and Safety Behavior of Nurses in Regional Hospitals, Northern Region	195-210

บรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ

Pisanu	Singsai	พิษณุ	สิงห์ไส
Thitinut	Akkadechanunt	ฐิตินัฐ	อัคคะเดชอนันต์
Chayapha	Sanluang	ชญาภา	แสนหลวง

Quality of Life of School-aged Children Living with Chronic Illness: A Convergent Mixed Method Study	211-225

คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง: การวิจัยผสมผสานวิธีแบบคู่ขนาน

Pregamol	Rutchanagul	ปรียกมล	รัชกุล
Wipada	Sangnimitchaikul	วิภาดา	แสงนิมิตชัยกุล

Factors Related to Care Behaviors Among Caregivers of Children with Congenital Heart Disease After Heart Surgery	226-243

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
หลังผ่าตัดหัวใจ

Thanatchaporn	Pantib	ฐณัฐชกรณ	ปันติบ
Thitima	Suklerttrakul	ฐิติมา	สุขเลิศตระกูล
Nethong	Namprom	เนตรทอง	นามพรหม

Effect of a Virtual Reality Technology Program on Fear of Vaccine Injections in Preschool Children	244-259

ผลของโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงต่อความกลัวการฉีดวัคซีนในเด็กวัยก่อนเรียน

Pornrawin	Anunchaitanakhul	พรรวินท์	อนันต์ชัยธนกุล
Pimpaporn	Klunklin	พิมพาภรณ์	กลั่นกลิน
Srimana	Niyomkar	ศรีมณา	นิยมคำ

Factors Related to Medical Adherence Among Caregivers of Children with Reactive Airway Disease	260-275
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม	
Arpaporn Tat-injun อาภาภรณ์ ธาตุอินจันทร์	
Jutamas Chotibang จุฑามาศ โชติบาง	
Thitima Suklertrakul จิตติมา สุขเลิศตระกูล	
Factors Related to Depression Among Expectant Fathers	276-289
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา	
Jiraporn Nunchai จิราภรณ์ นันทชัย	
Wimolsiri Injan วิมลสิริ อินทร์จันทร์	
Chutimas Intha ชุติมาส อินทา	
Jassadakorn Tongjun เจษฎาภรณ์ ทองจันทร์	
The Effect of a Hope Enhancement Program with Family Participation on Relapse Prevention in Patients with Addiction Thanyarak Pattani Hospital	290-302
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี	
Kingkamon Tianual กิ่งกมล เตียนวล	
Apirak Kaewuthai อภิรักษ์ แก้วอุทัย	
Rusaida Jeedeng รุสไซด์ะ เจ๊ะเต็ง	
Effect of a Motivation Enhancing Program on Retinal Self-examination Among Uncontrolled Type 2 Diabetes Adults in Communities	303-316
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองในวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน	
Nootchanun Inton นุชนันท์ อินตัน	
Wilawan Tuanrat วิลาวรรณ เตือนราษฎร์	
Sivaporn Aungwattana ศิวพร อึ้งวัฒนา	

Development and Evaluation of a Massive Open Online Course
for Nursing Students: Geriatric Care

317-331

การพัฒนาและประเมินผลรายวิชาออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน

ในนักศึกษาพยาบาล: ชุมวิชาการพยาบาลปจฉิมวัย

Sunida	Arttanuchit	สุนิดา	อรรธอนุชิต
Satiman	Makchuchit	สาธิมาน	มากชูชิต
Benchamat	Thatsaeng	เบญจมาศ	ถาดแสง
Supranee	Tangwong	สุปราณี	แตงวงษ์
Wasana	Khrutmuang	วาสนา	ครุฑเมือง
Wichaya	Henkaew	วิชยา	เหินแก้ว
Porntip	Pa-in	พรทิพย์	ปาอิน
Panida	Chaiwang	พนิดา	ชัยวัง
Kantaporn	Yodchai	กัณฑพร	ยอดไชย

Pragmatism Philosophy: Application for Nursing Profession Improvement	332-343

ปรัชญาปฏิบัตินิยม: การประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาวิชาชีพพยาบาล

Wongduan	Suwannakeeree	วงเดือน	สุวรรณคีรี
Orapin	Jullmusi	อรพิน	จุลมุสิ

Treatment Burden Among Older Adults with Diabetes in Community Settings:	344-358

Challenges and Primary Care Support Strategies

ภาระการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน: ความท้าทายและกลยุทธ์สนับสนุน

จากระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

Junjira	Seesawang	จันทร์จิรา	สีสว่าง
Pulawit	Thongtaeng	พลวิชัย	ทองแดง



สารจากบรรณาธิการ

พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2569 เป็นฉบับแรกของปีที่ 53 วารสารได้ดำเนินการเผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการ โดยพัฒนาปรับปรุงให้มีคุณภาพตลอดมา ส่งผลให้วารสารผ่านการรับรองคุณภาพและได้รับการจัดอันดับให้อยู่ในกลุ่มที่ 1 ฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ระหว่าง พ.ศ. 2568-2572 บทความทั้งหมดที่นำเสนอได้ผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ในรูปแบบ Double-blinded review ทำให้บทความแต่ละเรื่องมีคุณภาพ สามารถนำไปใช้อ้างอิงทางวิชาการ และนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลได้

วารสารฉบับนี้ ได้นำเสนอบทความที่หลากหลายและน่าสนใจ จำนวน 24 เรื่อง เป็นบทความภาษาอังกฤษ 1 เรื่อง และบทความภาษาไทย 23 เรื่อง บทความภาษาอังกฤษ เป็นบทความวิจัยด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ ในส่วนบทความภาษาไทย เป็นบทความวิจัย 21 เรื่อง และบทความวิชาการ 2 เรื่อง ซึ่งบทความวิจัยประกอบด้วย บทความด้านผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 9 เรื่อง ด้านการบริหารจัดการพยาบาล 4 เรื่อง ด้านการพยาบาลเด็ก 4 เรื่อง ด้านการผดุงครรภ์ 1 เรื่อง ด้านการพยาบาลจิตเวช 1 เรื่อง ด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 เรื่อง ด้านการศึกษาทางการพยาบาล 1 เรื่อง สำหรับบทความวิชาการ เป็นบทความปรัชญาปฏิบัตินิยม และบทความภาระการรักษาในผู้สูงอายุเบาหวานในชุมชน บทความทั้งหมดนี้ ผู้สนใจสามารถ download ได้ในระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้อ่านที่ให้ความสนใจ ผู้เขียนบทความที่ให้เกียรติส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความกรุณากลั่นกรองบทความตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา

บรรณาธิการ



Effects of an Individual and Family Self-Management Program on Self-Management Behaviors and Hemoglobin A1C Level Among Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus:

A Randomized Controlled Trial*

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรม
การจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้สูงอายุเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้:
การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม*

Thiranai	Songpimai**	ธีรนัย	สงพิมาย**
Nattaya	Suwankruhasn***	ณัฐธยาน์	สุวรรณคฤหาสน์***
Kanjana	Thana****	กาญจนา	ธนา****

Abstract

Uncontrolled diabetes mellitus in older adults requires effective self-management strategies involving both the patients and their families. This randomized controlled trial (RCT) aimed to examine the effects of the Individual and Family Self-Management Program (IFSMP) on self-management behaviors (SMB) and hemoglobin A1C levels (HbA1C) among older adults with uncontrolled diabetes mellitus. The participants were 52 older adults with uncontrolled diabetes mellitus attending San Na Meng Municipal Public Health Service Center and Ban Pa Kang Subdistrict Health Promoting Hospital in San Sai District, Chiang Mai Province (26 each in the experimental and control groups). The experimental group received the IFSMP for 4 weeks. The data were analyzed using descriptive statistics, independent t-tests, paired t-tests, chi-square, and McNemar tests.

The study results found that the mean self-management behavior scores of participants in the experimental group significantly increased after participating in the program ($M = 111.30$, $SD = 5.14$) compared to before participating in the program ($M = 81.26$, $SD = 8.27$, $t = -14.159$, $p < .001$) and compared to the control group ($M = 79.92$, $SD = 7.71$, $t = 17.37$, $p < .001$). The proportion of older adults who could control their HbA1C levels after participating in the program was significantly higher than before the program ($p < .001$) and compared to the control group ($p < .001$).

This study demonstrates the effectiveness of the IFSMP. Therefore, health professionals can apply this program to improve SMB in older adults with uncontrolled diabetes mellitus, thereby decreasing HbA1C levels.

Keywords: Hemoglobin A1C level; Individual and family self-management; Older adults; Self-management behaviors; Uncontrolled diabetes mellitus

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

** Graduate student of Nursing Science program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: nattaya.s@cmu.ac.th

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

Received 28 January 2025; Revised 11 April 2025; Accepted 17 April 2025



Effects of an Individual and Family Self-Management Program on Self-Management Behaviors and Hemoglobin A1C Level Among Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้สูงอายุเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องใช้กลยุทธ์การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้สูงอายุเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย จากผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลสันนาเม็ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าแก อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ระยะเวลารวม 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent t-tests, paired t-tests, chi-square test และ McNemar tests

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง ($M = 111.30$, $SD = 5.14$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 81.26$, $SD = 8.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -14.159$, $p < .001$) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 79.92$, $SD = 7.71$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.37$, $p < .001$) สัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ตามเกณฑ์หลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาแสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ดังนั้น บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งจะช่วยลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้

คำสำคัญ: ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ผู้สูงอายุ พฤติกรรมการจัดการตนเอง โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: nattaya.s@cmu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 28 มกราคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 11 เมษายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 17 เมษายน 2568



Effects of an Individual and Family Self-Management Program on Self-Management Behaviors and Hemoglobin A1C Level Among Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้สูงอายุเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม

Background and significance

Uncontrolled diabetes mellitus poses a major public health challenge, causing complications like heart disease, stroke, retinopathy, neuropathy, and ulcers, which reduce the quality of life for older adults (Chentli et al., 2015). The Centers for Disease Control and Prevention (2024) estimates that 135.6 million older adults worldwide live with diabetes mellitus. Among older adults aged 65 years and older with diabetes, 42.3% have uncontrolled diabetes mellitus. In Thailand, the prevalence of uncontrolled diabetes mellitus among older adults varies across age groups: 25.2% of those aged 60-69 years, 26.4% of those aged 70-79 years, and 19.5% of those aged 80 years and over were unable to achieve adequate glycemic control (Aekplakorn, 2021).

Uncontrolled diabetes significantly increases the risk of complications, such as hypoglycemia, coronary heart disease, diabetic nephropathy, kidney disease, stroke, and amputation, which contribute to increased mortality rates. Globally, about 4.2 million deaths among older adults have been attributed to diabetes mellitus (Centers for Disease Control and Prevention, 2024). The mortality rate among older adults with uncontrolled diabetes rose from 23.36 per 100,000 in 2020 to 28.86 per 100,000 in 2021 (Ministry of Public Health, 2022). This upward trend highlights the growing public health concern regarding uncontrolled diabetes mellitus among older adults.

The HbA1C level measures glycated hemoglobin, which reflects an average blood glucose level over the past three months and is formed when glucose attaches to hemoglobin in red blood cells. It serves as a key indicator of long-term glycemic control (Public Health Laboratory Office, Laboratory of Bangkok Metropolis Administration, 2017). Based on current clinical practice guidelines, the recommended HbA1C target for older adults without chronic conditions and without functional dependency is 7%. Whether older adults have high or low blood sugar levels depends on various factors, as demonstrated in a study by Dorji et al. (2017). Dietary behavior, exercise, and medication adherence were statistically significantly associated with glycemic control levels. To achieve optimal diabetes management, older adults should prioritize a comprehensive approach that includes dietary control, regular medication adherence, consistent exercise or appropriate physical activity, and effective stress management. These combined efforts contribute to lowering blood sugar levels.

Self-management behaviors (SMB) refer to the actions practiced by older adults with uncontrolled diabetes mellitus to manage their condition (Sriyasak et al., 2021). Older adults often require assistance with activities of daily living from family members, who play a vital role in supporting SMB. This support can encompass diverse activities such as meal preparation, grocery shopping, shared mealtimes, accompaniment to medical appointments, medication management, encouragement of physical activity, and assistance in managing stress and anxiety. Moreover, family support fosters psychological well-being in older adults. Therefore, strong



Effects of an Individual and Family Self-Management Program on Self-Management Behaviors and Hemoglobin A1C Level Among Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้สูงอายุเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม

familial relationships and support are significant motivators for them to adopt SMB, which contributes to diabetes control and ultimately leads to improved glycemic control, as reflected in HbA1C levels.

Individual and Family Self-management (IFSM) is a process by which individuals and families utilize knowledge, beliefs, skills, self-regulation abilities, and social support networks to achieve desired health outcomes (Ryan & Sawin, 2009). The process dimension involves: 1) Knowledge and Beliefs 2) Self-Regulation Skills and Abilities, encompassing a six-step process; and 3) Social Facilitation, wherein family and social networks provide support and participate in the individual's SMB journey by offering information, resources, and emotional support.

The researcher developed a self-management promotion program for individuals and families based on IFSM theory to improve self-management behaviors and HbA1C levels in older adults with uncontrolled diabetes. This program consists of education, training, and skill development for both older adults and their families. The activities include three main components: 1) Enhancing Knowledge and Beliefs includes providing education on diabetes and self-care practices for blood sugar control, and promoting self-efficacy; 2) Training Self-Regulation Skills and Abilities involves goal setting, self-monitoring, reflective thinking, decision-making, planning and execution, self-assessment, and emotional management; and 3) Promoting the Use of Social Support aims to enhance confidence and enable family members to support the self-management of older adults. Families play a crucial role in providing informational, instrumental, and emotional support related to diet, medication adherence, exercise, stress management, and ongoing care.

The researcher expects that the IFSM program will improve self-management behaviors and reduce HbA1C levels in older adults with uncontrolled diabetes. Additionally, the program helps reduce the risk of complications related to uncontrolled diabetes in older adults.

Research objectives

To investigate the effects of the IFSMP on SMB and the proportion of older adults who can control their HbA1C levels among older adults with uncontrolled diabetes mellitus.

Conceptual framework

This research applied Ryan and Sawin's Individual and Family Self-Management Theory (2009) as the conceptual framework, focusing on the process dimension. The intervention consisted of three core components: enhancing knowledge and beliefs, promoting self-regulation skills and abilities, and utilizing social support. This process enhances positive outcome expectations and promotes goal congruence between older adults and their family members. With improved self-regulation skills and abilities, they are able to adopt and modify behaviors to improve diabetes management. Older adults and their families collaboratively analyze the causes of undesirable behaviors, establish shared goals, and develop strategies to



Effects of an Individual and Family Self-Management Program on Self-Management Behaviors and Hemoglobin A1C Level Among Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้สูงอายุเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม

align daily practices with these goals. They actively participate in planning and implementing behavioral changes, followed by regular self-monitoring and self-evaluation to compare actual behaviors with planned strategies. This ongoing process supports continuous adjustment and improvement in self-management.

As older adults and their families develop effective self-management skills, they are better able to regulate diabetes through appropriate dietary management, medication adherence, regular physical activity, stress management, and continuous care. Consistent engagement in these self-management behaviors over an eight-week period is expected to result in a reduction in HbA1C levels.

Methodology

This study was a double-blind, two-parallel-group RCT with a pretest, post-test, and follow-up research design.

Population and sample

The sample group comprised individuals aged 60 years and older with a diagnosis of type 2 diabetes for at least three months and a glycated HbA1C level above 7%. Participants were recruited from the San Na Meng Municipal Public Health Service Center and Ban Pa Kang Subdistrict Health Promoting Hospital in San Sai District, Chiang Mai Province.

Inclusion criteria were: 1) having a family member available and willing to participate in the study; 2) the ability to perform activities of daily living independently, as assessed using the Barthel Activities of Daily Living (ADL), Thai version, by the Department of Medical Services, Ministry of Public Health (2015) with a score of 12 points or higher; 3) having average intelligence and cognition as assessed using the Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), Thai version, by the Chiang Mai Province Public Health Office (2018), with a score of 8 or higher; and 4) the ability of older person participants or their family members to join video calls via the LINE app.

The exclusion criteria included: 1) HbA1C levels less than 7% at baseline; 2) a self-management behavior score greater than 94; 3) conditions affecting HbA1C levels, such as thalassemia, significant blood loss within the past three months, or HIV infection; 4) treatments affecting HbA1C levels, such as hemodialysis; and 5) diabetes mellitus-related complications. A final criterion for discontinuing research participation was the inability of the older adults or their families to attend all scheduled activities.

A priori power analysis was conducted using G*Power version 3.1.9.7 to determine the required sample size. Based on a significance level of 0.05, a statistical power of 0.80, and a large effect size of 0.80 (Cohen, 1988), the required initial sample size was calculated to be 21 participants per group. To account for potential attrition, the researchers increased this by 20%, resulting in a final sample size of 26 participants per group.



Effects of an Individual and Family Self-Management Program on Self-Management Behaviors and Hemoglobin A1C Level Among Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้สูงอายุเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม

The researchers randomly selected two health centers in San Sai District and screened 52 interested older adults, who were then randomly assigned to the experimental (IFSMP) or control (usual care) group, with 26 participants in each group.

Research instruments

This study employed three types of research instruments: screening tools, intervention tools, and data collection tools. These are detailed below:

1. The screening tools used were: 1) Barthel Activities of Daily Living (ADL), Thai version, by the Department of Medical Services, Ministry of Public Health (2015); 2) the Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), Thai version, by the Chiang Mai Province Public Health Office (2018); and 3) the Diabetes Mellitus Self-Management Behavior Questionnaire, by Sriyasak et al. (2021).

2. The intervention tools consisted of the IFSMP, based on Ryan and Sawin's (2009) theory, which aimed to improve self-management skills in older adults with uncontrolled diabetes. It had three components: 1) enhancing diabetes mellitus knowledge and self-efficacy; 2) improving self-regulation skills, including goal-setting, self-monitoring, reflection, decision-making, planning, implementation, self-evaluation, and emotional management; and 3) encouraging family involvement in self-management, including meal preparation, grocery shopping, shared mealtimes, medical accompaniment, medication management, physical activity encouragement, and stress management. The program was delivered in small groups over four weeks, with active participation in weeks 1–2, follow-up in week 3, and home visits in week 4. Sessions were weekly, except for two in week 2.

Program materials included: 1) a manual for implementing the self-management promotion program for individuals and families; 2) a manual for diabetes knowledge and behavioral management lesson plans for controlling blood glucose levels; 3) self-management lesson plans for individuals and families to control HbA1C levels; 4) a self-monitoring logbook; 5) video clips of older adults' experiences in managing diabetes mellitus; 6) a self-efficacy assessment form on self-regulation; and 7) simulated situations.

3. Data collection tools consisted of:

3.1) the Diabetes Self-Management Behavior Questionnaire (DSMBQ), by Sriyasak et al. (2021), with 40 items assessing five domains: 1) Eating, 2) Medication, 3) Exercise, 4) Stress, and 5) Continuous care management. Scores range from 40 to 120. This questionnaire is categorized into three levels as follows: scores from 40.00 to 66.99 indicate a low level of SMB; scores from 67.00 and 93.99 indicate a moderate level; and scores from 94.00 to 120.00 indicate a high level. It demonstrated strong content validity (CVI = 0.90), and test-retest reliability suggests an extremely high level of consistency (Pearson's correlation coefficient = 0.99).

3.2) HbA1C was measured using the Cobas Mira automated analyzer at the Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital laboratory, using high-performance liquid chromatography (HPLC). The analyzer is certified, regularly maintained every six months, and calibrated.



Effects of an Individual and Family Self-Management Program on Self-Management Behaviors and Hemoglobin A1C Level Among Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้สูงอายุเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม

Ethical considerations

This study was approved by the Ethics Review Committee, Faculty of Nursing, Chiang Mai University (No. 028/2567, Code: 2566-FULL023, Approval date: 22 February 2024) and registered as a randomized trial with the Thailand Clinical Trial Registry (TCTR20241201004). Participants were free to decline, stop, or withdraw at any time during the study. Once participants agreed to participate, they were requested to sign a consent form.

Data Collection

In this research, the researcher organized the program for all participants in the experimental group, with support from the research assistants (RA), data collectors, and data interpreters responsible for interpreting the SMB and HbA1C results.

As part of the double-blinding process, the researcher was unaware of which participants belonged to the control group or the experimental group (Figure 1):

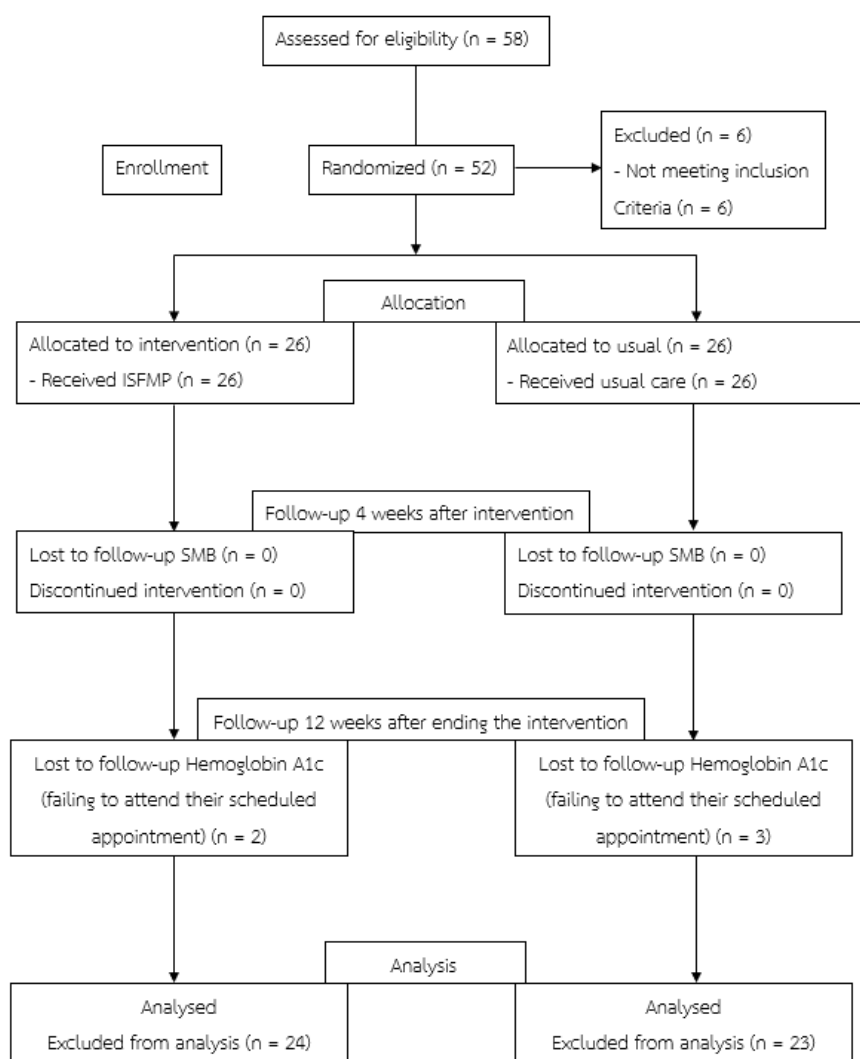


Figure 1: Consort flow diagram of participants and randomization throughout the study



Effects of an Individual and Family Self-Management Program on Self-Management Behaviors and Hemoglobin A1C Level Among Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้สูงอายุเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม

After obtaining permission to collect data, the RA screened participants for eligibility based on the criteria, assessed them using the DSMBQ, and measured HbA1C levels. The researcher then randomly assigned them into an experimental or a control group and scheduled appointments with both groups via mobile phone to participate in the program. To prevent contamination, the researcher scheduled participants at different times and locations. Furthermore, since the activities involved hands-on skill training that could not be effectively conveyed secondhand, participants were required to attend in person to receive the intervention.

The intervention for the experimental group was conducted across seven appointments, as follows:

Week 1 consisted of an activity to provide knowledge about diabetes mellitus and diabetes mellitus SMB, lasting one hour and 40 minutes, conducted in small groups of four to six families.

Week 2 included a two-day meeting, lasting two hours per day. On day 1, there was an activity to train self-regulation skills and promote self-efficacy awareness, goal setting, self-monitoring and reflection, and decision-making. On day 2, an activity was conducted to promote planning and implementation, self-evaluation, and emotional management. Additionally, families were provided with knowledge and training on their role in supporting self-management, including negotiation skills and strategies to encourage older individuals to practice self-management behaviors for diabetes mellitus. In the self-monitoring and reflection section, older adults were asked to record their SMB activities in a logbook for one week. The researcher reviewed the logbooks to identify any issues hindering goal achievement and then collaborated with the older adult and their family to address these challenges. After each activity, the researcher assessed self-efficacy perception and provided encouragement. These activities were conducted in small groups consisting of four to six families.

Week 3 had a self-management follow-up activity, in which the researcher contacted participants by phone using video call via the LINE app. Each follow-up session with an older adult and their family lasted 30 minutes.

Week 4 consisted of a one-hour home visit for each older adult based on the problems encountered.

Weeks 5-16 involved older adults and their families practicing SMB to control their HbA1C levels, independently.

The control group received the usual care according to the diabetes guidelines for the health promotion hospital at home during weeks 1-16.

Four weeks after the end of the program, the researcher scheduled appointments for both the control and experimental groups to complete the DSMBQ with the RA.

Twelve weeks after the end of the program, the researcher scheduled appointments for both the control and experimental groups to have their HbA1C levels measured by the RA.



Effects of an Individual and Family Self-Management Program on Self-Management Behaviors and Hemoglobin A1C Level Among Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้สูงอายุเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม

Data analysis

Data were analyzed using SPSS (Chiang Mai University copyright). Descriptive statistics summarized personal data. The chi-square test compared group differences, while a univariate t-test analyzed SMB mean scores before and after the intervention in the program group. An independent t-test compared SMB scores between experimental and control groups. The chi-square test assessed glycemic control proportions between groups, and the McNemar test evaluated glycemic control changes within the experimental group.

Results

This study initially included 52 participants, divided into an experimental group and a control group with 26 participants in each group. The participants remained engaged in the program until all the designated sessions were completed. However, a total of five participants were lost to follow-up. Specifically, two participants from the experimental group and three from the control group were lost during the second HbA1C measurement. The reasons included failure to attend scheduled appointments, the researchers' inability to contact them, and some participants relocating to a different healthcare facility.

Demographic characteristics of the participants

Most participants in both groups were female (65.40% control, 61.50% experimental), with an average age of 70.65 years (SD = 8.34) in the control group and 68.80 years (SD = 6.96) in the experimental group. The majority had a BMI ≥ 23 (69.20% control and experimental) and a primary education (69.20% control, 73.10% experimental), and relied on the older adults allowance for income (96.20% control, 88.50% experimental). The average diabetes mellitus duration was 5.27 years (SD = 3.94) in the control group and 8.27 years (SD = 6.08) in the experimental group. The majority of participants were taking 1–2 medications (61.5% in the control group and 69.2% in the experimental group), and all participants in both groups (100.0%) received family caregiving support. No significant differences were found between the groups.

Self-management behavior

The experimental group had a mean self-management behavior score of 81.26 points (SD = 8.27) before the intervention and a mean score of 111.30 points (SD = 5.14) after the intervention. A comparison of mean self-management behavior scores revealed a statistically significant increase from pre-intervention to post-intervention ($t = -14.159$, $p = 0.000$) (Table 1).

Table 1: Comparison of mean self-management behavior scores of the experimental group before and after the 4-week program

Self-management behavior assessment score	M	SD	t	p-value
Before the study	81.26	8.27	-14.159	0.000*
After completing the study	111.30	5.14		

* $p < 0.001$



Effects of an Individual and Family Self-Management Program on Self-Management Behaviors and Hemoglobin A1C Level Among Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้สูงอายุเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม

The control group had a mean self-management behavior score before the experiment of 79.69 points (SD = 7.81) while that of the experimental group was 81.26 points (SD = 8.27). After the experiment, the self-management behavior score for the control group was 79.92 points (SD = 7.71); for the experimental group, the score was 111.30 points (SD = 5.14). There were no significant differences when comparing the mean self-management behavior scores before the experiment between the control and experimental groups. After the experiment, however, the experimental group's score was significantly higher than that of the control group ($t = 17.37$, $p = 0.000$) (Table 2).

Table 2: Comparison of mean SMB of older adults with uncontrolled diabetes before and after the 4-week intervention in the control and experimental groups ($n = 26$)

Self-management behavior score	Control group ($n = 26$)			Experimental group ($n = 26$)			t	p-value
	Range	M	SD	Range	M	SD		
Before the study	63-92	79.69	7.81	63-92	81.26	8.27	7.377	0.248
After the study	64-93	79.92	7.71	96-119	111.30	5.14	17.37	0.000*

* $p < 0.001$, ES = 4.79

Hemoglobin A1C Level

All participants had HbA1C levels above the target ($>7\%$) before the experiment. Afterward, in the experimental group 18 reached the target, while six did not. The improvement in the experimental group was statistically significant ($p = 0.000$) (Table 3).

Table 3: Comparison of the proportion of older adults in the experimental group who achieved glycemic control (hemoglobin A1C) before and after the 12-week IFSMP ($n = 24$)

Hemoglobin A1C	Passed the criteria	Did not pass criteria	p-value
Before the study ($n = 24$)	0	24	0.000*
After the study ($n = 24$)	18	6	

* $p < 0.001$

Before the experiment, all participants had blood glucose levels exceeding the target. After 12 weeks, four in the control group and 18 in the experimental group achieved glycemic control. The experimental group showed a significantly higher improvement ($p = 0.000$) (Table 4).



Effects of an Individual and Family Self-Management Program on Self-Management Behaviors and Hemoglobin A1C Level Among Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้สูงอายุเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม

Table 4: Comparison of the proportion of older adults who achieved glycemic control (hemoglobin A1C) before and after the 12-week intervention in the control and experimental groups

Hemoglobin A1C		Control group (n = 23)	Experimental group (n = 24)	p-value
Before the study	Passed criteria	0	0	-
	Didn't pass criteria	23	24	-
After the study	Passed criteria	4	18	0.000*
	Didn't pass criteria	19	6	

*p < 0.001

Discussion

This research examined the effect of the IFSMP on SMB and blood glucose levels among older adults with uncontrolled diabetes mellitus.

These findings suggest that the IFSMP, based on Ryan and Sawin's Individual and Family Self-Management Theory (2009), effectively improved SMB. The program employed the process dimension as a conceptual framework, which included the following key processes.

The first process involved promoting knowledge and beliefs to review knowledge that the participants (older adults) had previously received, emphasizing and reviewing essential points so that they and their families had more accurate knowledge and beliefs about diabetes. Repeatedly reviewing knowledge on important points will help older adults and their families remember and be able to practice it (Ahmad et al., 2022). Families gain knowledge about diabetes mellitus that they may not have received before. When families know more about diabetes mellitus, they understand how to manage it and use the knowledge they gain to help older adults manage themselves better. As Jalilian et al.'s (2014) findings also demonstrate, when families know more about diabetes mellitus, they understand how to manage it and use the knowledge they gain to help older adults manage themselves better.

In addition, the researchers also promoted self-confidence in the patients by using videos of the experiences of older adults. Using role models who are also older adults will help increase confidence in acting, encouraging individuals to practice continuously until it becomes a habit, resulting in higher scores for SMB (Albikawi et al., 2015). In addition, after each activity, encouraged participants and their families to be more confident. Using encouraging words can help promote self-efficacy awareness in older adults and their families who are not satisfied with how they are managing themselves. By encouraging, praising past efforts, and showing progress in practicing SMB, the researcher helped older adults and their families feel value and



Effects of an Individual and Family Self-Management Program on Self-Management Behaviors and Hemoglobin A1C Level Among Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้สูงอายุเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม

confidence in their ability to manage themselves, resulting in better SMB.

The second process was related to teaching self-regulation skills and abilities and consisted of six topics: Goal setting helps older adults and their families have clear goals; it helps them plan and set directions for better diabetes mellitus control behaviors. This also helps increase confidence when achieving the set goals, resulting in higher scores for SMB as similarly demonstrated in a study by Naik et al. (2011).

Self-monitoring and reflection help both older adults and their families identify previous inappropriate SMB, leading to changes and more appropriate SMB in the future. This allows participants to practice appropriate behaviors consistently, leading to higher levels of SMB. When individuals and their families record their self-monitoring in a logbook, it helps them recognize past behaviors, such as whether they ate more than their body needed, exercised less than their set target, forgot to take their medication, or took it at the wrong time. This awareness leads to improved SMB and higher levels of SMB. Similarly, findings from Adu et al. (2020) suggest that structured self-monitoring and reflection (e.g., maintaining a logbook) promote sustained behavior change, thereby improving and increasing SMB levels.

Developing decision-making skills helps older adults and their families build on their abilities to make choices. Therefore, when they return home to situations that present obstacles to SMB, they have clearer guidelines and greater confidence in making sound and consistent decisions, resulting in improved SMB. Similarly, Fitzpatrick et al. (2016) found that improved decision-making capacity was associated with more consistent self-management in the face of everyday challenges.

Promoting planning and implementation enables older adults and their families to develop SMB plans aligned with their goals and individual needs. When participants adhere to these plans and observe progress, their confidence in SMB grows, leading to improved SMB. This finding aligns with Vos et al. (2019).

Promoting self-evaluation helps older adults and their families recognize their abilities and limitations in SMB, the recognition of which enables them to refine their SMB plans to better align with their capabilities. When older adults can confidently adhere to their plans, SMB increases. Similarly, Nejhaddadgar et al. (2019) reported that self-evaluation and reflection supported plan adjustment and improved self-management behaviors.

Promotion of emotion management occurs when events make SMB difficult. This process provides older adults and their families with strategies to manage such emotions. When older adults and their families manage these emotions together, it helps them practice SMB consistently, preventing lapses in self-care and leading to improved SMB. Similarly, Tefvik and Bektas (2009) found that emotion-management strategies helped individuals maintain self-care behaviors during challenging situations.



Effects of an Individual and Family Self-Management Program on Self-Management Behaviors and Hemoglobin A1C Level Among Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้สูงอายุเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม

The third process involved promoting the use of social support sources for SMB. When families have accurate knowledge about diabetes and understand their role in supporting SMB, such as preparing suitable meals, exercising together, reminding individuals to take medication on time, accompanying them to medical appointments, and providing emotional support, they are better able to offer assistance. Additionally, families can negotiate and provide support by reminding older adults if they consume too much food or neglect physical activity, which leads to improved SMB among the older adults. The researcher followed up with video calls for an additional seven days to monitor SMB, helping identify challenges faced by older adults and their families. The researcher then provided solutions and offered praise and encouragement to those practicing correct SMB, further boosting their adherence to healthy behaviors. Similarly, Nguyen Viet et al. (2020) reported that structured follow-up and supportive feedback strengthened adherence to self-management behaviors.

After seven days, the researcher visited each older adult's home to inquire about their challenges and daily activities. The visit provided insights into their environment and routines, highlighting positive and negative SMB. The researcher worked with participants and families to adjust inadequate SMB and promote strategies suited to each context. Older adults showed improved SMB capacity through consistent practice of effective strategies. Similarly, Kaveh et al. (2022) found that home-based support and context-tailored guidance improved self-management capacity and sustained behavioral practice.

Compared to usual care which often focuses on providing knowledge in large groups, where individuals have limited opportunities to exchange experiences, opinions, knowledge, and beliefs about diabetes mellitus, this program offers a more individualized approach. Usual care often lacks family involvement, comprehensive diabetes education, straightforward SMB processes, or tailored individual support. This personalized support may include a variety of care types, such as home visits or mobile phone follow-up. As a result, those who participated in the SMB promotion program had higher SMB scores than the group who received their usual care. Similarly, Wisarapun et al. (2020) reported that individualized, family-involved support led to better SMB outcomes than usual care.

Moreover, the research results showed that the proportion of older adults achieving glycemic control (HbA1C) after participating in the program was significantly higher compared to before the program ($p < .001$) and notably higher than in the usual care group ($p < .001$).

Older adults with uncontrolled diabetes mellitus showed low to moderate SMB, but the program led to significant improvements. It focused on five self-management areas: following a diabetes mellitus-appropriate diet, adhering to glucose-lowering medication, engaging in exercise, managing stress, and seeking ongoing care. Over 12 weeks of consistent practice, participants achieved a reduction in HbA1C levels below the standard criteria. In contrast, the usual care group had only four out of 23 individuals reach glycemic control. The higher number



Effects of an Individual and Family Self-Management Program on Self-Management Behaviors and Hemoglobin A1C Level Among Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้สูงอายุเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม

of individuals not achieving control in the usual care group may be due to limited support, as nurse interactions were brief and lacked personalized attention. Additionally, there was no encouragement of family involvement or training in SMB skills, which likely prevented improvements in SMB and contributed to continued elevated blood glucose levels. Similarly, Jiang et al. (2023) found that structured, skills-based interventions with ongoing support were associated with improved glycemic outcomes compared with usual care.

Limitations

The design of the IFSMP requires nurses with expertise in caring for diabetes patients, who can apply the Individual and Family Self-Management concept and provide guidance to help patients address health problems in a timely and appropriate manner. Therefore, this role may be more challenging for new graduates or general nurses who do not have specialized training.

Application of research findings

This study demonstrates the self-management program's effectiveness in increasing SMB and lowering HbA1C levels. Healthcare personnel can apply this program to improve SMB in older adults, reducing diabetes mellitus complications. Hospital executives should support nurses in obtaining specialized diabetes care training and establish guidelines for implementing the program to improve SMB and HbA1C outcomes for older adults.

Suggestion for further research

Future studies should incorporate ongoing HbA1c follow-up to evaluate whether glycemic improvements are sustained over time and to identify when additional support may be needed.

References

- Adu, M. D., Malabu, U. H., Malau-Aduli, A. E. O., & Malau-Aduli, B. S. (2020). The development of my care hub mobile phone app to support self-management in Australians with type 1 or type 2 diabetes. *Scientific Reports*, 10(1), 7. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-56411-0>
- Aekplakorn, W. (Ed.). (2021). *National health examination surveys* (6th ed.). Augson Graphic and Design. (in Thai)
- Ahmad, N. A., Abd Rauf, M. F., Mohd Zaid, N. N., Zainal, A., Tengku Shahdan, T. S., & Abdul Razak, F. H. (2022). Effectiveness of instructional strategies designed for older adults in learning digital technologies: A systematic literature review. *SN Computer Science*, 3(2), 130. <https://doi.org/10.1007/s42979-022-01016-0>
- Albikawi, Z. F., Petro-Nustas, W., & Abuadas, M. (2015). The effect of diabetes self efficacy enhancing intervention on diabetes self care management behaviors among Jordanian type two diabetes patients. *International Journal of Scientific Research*, 2(4), 1-15.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *National diabetes statistics report*. <https://www.cdc.gov/diabetes/php/data-research/index.html>



Effects of an Individual and Family Self-Management Program on Self-Management Behaviors and Hemoglobin A1C Level Among Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้สูงอายุเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม

- Chentli, F., Azzoug, S., & Mahgoun, S. (2015). Diabetes mellitus in elderly. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 19(6), 744-752. <https://doi.org/10.1007/s12010-015-0230-4>
- Chiang Mai Province Public Health Office. (2018). *Elderly screening form in community level* [document file]. Chiang Mai Province Public Health Office.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2015). *Guide for the elderly screening/assessment* (2nd ed.). War Veterans Organization Office of Printing Mill. https://dmscaretools.dms.go.th/geriatric/download/DMS_Aging_screening.pdf (in Thai)
- Dorji, S., Deenan, A., & Masingboon, K. (2017). Prediction of glycated hemoglobin (HbA1c) using physical activity, eating behavior and medication adherence in bhutanese patients with type 2 diabetes. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 12(4), 166-175.
- Fitzpatrick, S. L., Golden, S. H., Stewart, K., Sutherland, J., DeGross, S., Brown, T., Wang, N. Y., Allen, J., Cooper, L. A., & Hill-Briggs, F. (2016). Effect of DECIDE (Decision-making Education for Choices In Diabetes Everyday) program delivery modalities on clinical and behavioral outcomes in urban African Americans with type 2 diabetes: A randomized trial. *Diabetes Care*, 39(12), 2149–2157. <https://doi.org/10.2337/dc16-0941>
- Jalilian, F., Motlagh, F. Z., Solhi, M., & Gharibnavaz, H. (2014). Effectiveness of self-management promotion educational program among diabetic patients based on health belief model. *Journal of Education and Health Promotion*, 3, 14. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.127580>
- Jiang, T., Liu, C., Jiang, P., Cheng, W., Sun, X., Yuan, J., Wang, Q., Wang, Y., Hong, S., Shen, H., Zhu, D., Zhang, Y., Dai, F., Hang, J., Li, J., Hu, H., & Zhang, Q. (2023). The effect of diabetes management shared care clinic on glycated hemoglobin A1c compliance and self-management abilities in patients with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Clinical Practice*, 2023(1), 2493634. <https://doi.org/10.1155/2023/2493634>
- Kaveh, M. H., Montazer, M., Karimi, M., & Hassanzadeh, J. (2022). Effects of a theory-based training program with follow-up home visits on self-management behavior, glycemic index, and quality of life among Iranian patients with type 2 diabetes mellitus. *BMC Public Health*, 22(1), 1559. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13959-3>
- Ministry of Public Health. (2022). *Mortality rate from diabetes*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/589248f2516fbb85d4a4a5605c3ca1c4>
- Naik, A. D., Palmer, N., Petersen, N. J., Street, R. L., Jr, Rao, R., Suarez-Almazor, M., & Haidet, P. (2011). Comparative effectiveness of goal setting in diabetes mellitus group clinics: Randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine*, 171(5), 453–459. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.70>



Effects of an Individual and Family Self-Management Program on Self-Management Behaviors and Hemoglobin A1C Level Among Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้สูงอายุเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม

- Nejhaddadgar, N., Darabi, F., Rohban, A., Solhi, M., & kheire, M. (2019). The effectiveness of self-management program for people with type 2 diabetes mellitus based on PRECEDE-PROCEDE model. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 13(1), 440-443. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2018.08.016>
- Nguyen Viet, H., Chamroonsawasdi, K., Vatanasomboon, P., & Chottanapund, S. (2020). Effectiveness of a family support coaching program on diabetes mellitus self-management to improve health outcomes among Thai patients with uncontrolled type 2 diabetes: A quasi-experimental study. *Journal of Public Health and Development*, 18(3), 64-83.
- Public Health Laboratory Office, Laboratory of Bangkok Metropolis Administration. (2017). *What is HbA1c?* <https://shorturl.asia/2H5hR>
- 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>
- Sriyasak, A., Sarakshetrin A., Tongphet, J., Ket-in, V., Utaitum, N., Mookui, S., & Meesub, T. (2021). The development of health literacy for health management of older adults with diabetes and hypertension in primary care cluster context: Case study in Phetchaburi Province. *Journal of Health Systems Research*, 15(2), 155-173. (in Thai)
- Tevfik, F. K., & Bektaş, M. Y. (2009). The effects of an emotional intelligence skills training program on anxiety, burnout and glycemic control in type 2 diabetes mellitus patients. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(1), 16-24.
- Vos, R. C., van Heusden, L., Eikelenboom, N. W. D., & Rutten, G. (2019). Theory-based diabetes self-management education with pre-selection of participants: A randomized controlled trial with 2.5 years' follow-up (ELDES Study). *Diabetic Medicine*, 36(7), 827-835. <https://doi.org/10.1111/dme.13907>
- 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)



Effectiveness of Aromatherapy on Sleep Quality Among Patients with Cancer Admitted to Healthcare Facilities: A Systematic Review*

ประสิทธิผลของสுகนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล: การทบทวนอย่างเป็นระบบ*

Pitchaya	Sinkhanarak**	พิชญ์ญา	สินคณารักษ์**
Jindarat	Chaiard***	จินดารัตน์	ชัยอาจ***
Kanittha	Rattanakanlaya****	ชนิษฐา	รัตนกัลยา****

Abstract

Poor sleep quality is common in cancer patients, especially those in healthcare facilities. Aromatherapy is one non-pharmacologic intervention to promote sleep quality. This systematic review aimed to identify the effects of aromatherapy on sleep quality among patients with cancer in healthcare facilities. The main outcome was sleep quality, and secondary outcomes were insomnia and anxiety. This study was conducted using the Joanna Briggs Institute systematic review process. Published and non-published randomized controlled trials and quasi-experimental research in English and Thai language from 2010 to 2021 were identified in databases, resulting in 504 studies, 493 of which were omitted due to non-eligibility. Therefore, 11 studies remained, three of which met the critical appraisal evaluation. These three were randomized controlled trials, two of which were analyzed by meta-analysis.

The meta-analysis of the two studies revealed no statistical significance regarding the effectiveness of aromatherapy on sleep quality in the control or experimental groups ($P = 0.41$) with very high heterogeneity ($I^2 = 96\%$). Regarding the anxiety outcome, one study indicated that massage with lavender essential oil could reduce anxiety and increase sleep quality levels in colorectal cancer patients in the preoperative period. However, the number of studies was limited. Therefore, the effectiveness of aromatherapy on the sleep quality and anxiety of patients with cancer in healthcare facilities was inconclusive. The certainty of the evidence for outcomes was at low and moderate levels.

These results suggested that repeated studies should be done in this population to evaluate aromatherapy's effectiveness. However, the application should be considered based on its appropriateness for patients' health conditions and the setting contexts.

Keywords: Aromatherapy; Cancer patients; Sleep quality; Systematic review

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
email: jindarat.c@cmu.ac.th

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

Received 16 December 2024; Revised 25 March 2025; Accepted 4 April 2025



Effectiveness of Aromatherapy on Sleep Quality Among Patients with Cancer Admitted to Healthcare Facilities: A Systematic Review

ประสิทธิผลของสუნธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

บทคัดย่อ

คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเฉพาะที่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาล วิธีการจัดการที่ไม่ใช่ยาในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับวิธีหนึ่ง คือ การใช้สუნธบำบัด การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปความรู้จากงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของสუნธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล วัตถุประสงค์หลัก คือ คุณภาพการนอนหลับ ผลลัพธ์รอง คือ อาการนอนไม่หลับ และความวิตกกังวล งานวิจัยนี้ใช้การทบทวนอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ สืบค้นรายงานการวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลองและการวิจัยกึ่งทดลอง ที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2564 (ค.ศ. 2010 ถึง ค.ศ. 2021) จากการสืบค้นฐานข้อมูลวิชาการและเอกสารที่ไม่มีมีการตีพิมพ์เผยแพร่ พบงานวิจัยจำนวน 504 เรื่อง งานวิจัยจำนวน 493 เรื่อง ถูกคัดออก คงเหลืองานวิจัย 11 เรื่อง ในจำนวนนี้มีงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง ที่ผ่านการประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยมีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ที่สามารถนำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณจากงานวิจัย 2 เรื่อง พบว่า ประสิทธิผลของสუნธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($P = 0.41$) และงานวิจัยมีความแตกต่างกันมาก (heterogeneity) ($I^2 = 96\%$) งานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง พบว่า การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์สามารถลดระดับความวิตกกังวล และเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในช่วงก่อนการผ่าตัดได้ แต่งานวิจัยเชิงทดลองดังกล่าวมีจำนวนจำกัด ดังนั้น จึงไม่สามารถสรุปประสิทธิผลของสუნธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับและความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาลได้อย่างชัดเจน จากการประเมินความเชื่อมั่นของผลลัพธ์พบว่า มีคุณภาพหลักฐานอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง

จากผลการศึกษาให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการทำวิจัยซ้ำในประชากรกลุ่มนี้ เพื่อสามารถประเมินประสิทธิผลของสუნธบำบัดได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม การเลือกใช้สუნธบำบัดควรพิจารณาตามความเหมาะสมกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และบริบทของสถานพยาบาล

คำสำคัญ: สุนธบำบัด ผู้ป่วยโรคมะเร็ง คุณภาพการนอนหลับ การทบทวนอย่างเป็นระบบ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ email: jindarat.c@cmu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Effectiveness of Aromatherapy on Sleep Quality Among Patients with Cancer Admitted to Healthcare Facilities: A Systematic Review

ประสิทธิผลของสุนทรบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็ง เป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2022 มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเกือบ 10 ล้านราย โดยสถิติผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งตับ (1.8 ล้านราย, 900,000 ราย และ 760,000 ราย ตามลำดับ) (World Health Organization [WHO], 2024) ในประเทศไทย จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 83,000 รายต่อปี สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่มากที่สุด 3 อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับ และมะเร็งปอด (คิดเป็นร้อยละ 21, 18.2 และ 12.8 ตามลำดับ) สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่มากที่สุด 3 อันดับแรกในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ (คิดเป็นร้อยละ 41.7, 13.1 และ 10.7 ตามลำดับ) (National Cancer Institute, 2024) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับชาติ

อาการที่รบกวนผู้ป่วยโรคมะเร็งมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ เหนื่อยล้า ปวด ท้องผูก นอนไม่หลับ และเบื่ออาหาร (คิดเป็นร้อยละ 71.88, 70.83, 65.63, 63.54, และ 62.50 ตามลำดับ) (Preechakoon et al., 2019) อาการดังกล่าวเกิดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง และผลข้างเคียงจากการรักษา ทั้งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รังสีรักษา หรือการรักษาแบบประคับประคอง (National Cancer Institute, 2024) ผู้ป่วยโรคมะเร็งมักพบปัญหาคุณภาพการนอนหลับ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาล ทั้งในโรงพยาบาล สถานดูแลผู้ป่วยระยะยาว (long term healthcare facilities) ศูนย์ดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (hospice care) หรือหน่วยเคมีบำบัด เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับหลายประการ ได้แก่ อาการไม่สุขสบายต่าง ๆ จากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง เช่น ความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า ภาวะโลหิตจาง (Coles et al., 2018) การได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิด ทั้งยาในกลุ่ม benzodiazepines และยาในกลุ่ม opioids รวมถึงเคมีบำบัด รังสีรักษา ตลอดจนต้องอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยที่มีเสียงรบกวน แสงไฟที่สว่างตลอดเวลา อุณหภูมิที่ไม่เหมาะสม และการถูกรบกวนจากการทำหัตถการหรือการปฏิบัติการพยาบาล (Jakobsen et al., 2020) นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยด้านความคิดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษาโรคมะเร็ง (Hugel et al., 2004) ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

คุณภาพการนอนหลับ (sleep quality) เป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยพบว่า ร้อยละ 70.5 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (Davies et al., 2017) คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ความเพียงพอและความพอใจต่อการนอนหลับของบุคคล ซึ่งเป็นผลรวมของการประเมินการนอนหลับ 2 ลักษณะ คือ การนอนหลับเชิงปริมาณ และการนอนหลับเชิงคุณภาพ การนอนหลับเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ระยะเวลาการนอนหลับ (sleep duration) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (sleep latency) ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน และจำนวนครั้งที่ถูกรบกวนการนอนหลับ (number of arousals) ส่วนการนอนหลับในเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความลึกหรือการรู้สึกได้รับการพักผ่อนที่ดี และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (National Sleep Foundation, 2024) ดังนั้น คุณภาพการนอนหลับจึงเป็นตัววัดว่าสามารถนอนหลับได้ดีเพียงใด และมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวันหรือไม่

คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิต โดยผลกระทบด้านร่างกายทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า อาการปวด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด natural killer cells (NK) ต่ำ และความสามารถในการต่อต้านกับเซลล์มะเร็งลดลง ส่งผลต่อระยะเวลาในการฟื้นตัว ทำให้พักรักษาตัวเป็นเวลานานขึ้น ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งที่เผชิญกับปัญหาการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพจึงมีแนวโน้มที่จะใช้ยานอนหลับเพิ่มขึ้น และมีอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนและเสียชีวิตสูงขึ้น (Ducloux et al., 2013) ผลกระทบด้านจิตใจพบว่า ส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียด



Effectiveness of Aromatherapy on Sleep Quality Among Patients with Cancer Admitted to Healthcare Facilities: A Systematic Review

ประสิทธิผลของสุคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

เพิ่มขึ้น ความสามารถในการเผชิญกับความเครียดลดลง อารมณ์แปรปรวน วิตกกังวล ซึมเศร้า สมาธิไม่ดี มีปัญหา ด้านความจำ และผลกระทบด้านคุณภาพชีวิตพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งที่เผชิญกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มักมี คุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (Morse & Bender, 2019) การส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับจึงเป็นกิจกรรมการดูแลที่สำคัญ ยิ่งในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

วิธีการจัดการแบบไม่ใช้ยาในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่สำคัญวิธีหนึ่ง คือ การใช้สุคนธบำบัด (aromatherapy) ซึ่งเป็นการใช้น้ำมันหอมระเหยที่สกัดจากดอก ลำต้น ใบ ราก และผลของพืชต่าง ๆ ดูดซึมเข้าสู่ ร่างกายผ่านทางผิวหนังหรือระบบทางเดินหายใจ สามารถใช้ได้หลายวิธี คือ การนวด อาบ หรือสูดดม (Hwang & Shin, 2015) ปัจจุบันการใช้สุคนธบำบัดเป็นที่นิยมอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีความประหยัด ผลข้างเคียงน้อยกว่า การรักษาด้วยยา (Hwang & Shin, 2015) น้ำมันหอมระเหยเป็นสุคนธบำบัดที่นิยมใช้ส่งเสริมการนอนหลับ เช่น น้ำมันหอมระเหยกลีลาเวนเดอร์ (lavender) ซึ่งมีฤทธิ์กดประสาทและระงับประสาท (Kocatepe et al., 2020) โดยโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทสมอง โดยการส่งสัญญาณเป็นสารสื่อ ประสาทผ่านเส้นประสาทไปยังสมองส่วนระบบลิมบิก (limbic system) จะกระตุ้นให้หลั่งสารเซโรโทนิน (sero- tonin) ช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย นอนหลับได้ดีขึ้น (Division of Complementary and Alternative Medi- cine, 2007; Hamzeh et al., 2020; Insrichuen & Choowattanapakorn, 2017) ที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับ เรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง และยังต้องมีการทบทวนเพื่อสรุปองค์ความรู้ที่ชัดเจน

จากการสืบค้นเบื้องต้นจากฐานข้อมูลพบว่า มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) ซึ่งสืบค้น งานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ถึงปี ค.ศ. 2020 ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็ง โดยการใช้ น้ำมันหอมระเหยกลีลาเวนเดอร์โดยวิธีการสูดดมและนวด ผลการศึกษาพบว่า การใช้น้ำมัน หอมระเหยกลีลาเวนเดอร์โดยวิธีการสูดดมและนวด สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนหลับได้ แต่มีข้อจำกัด คือ งานวิจัยเชิงทดลองดังกล่าวมีจำนวนจำกัด และมีวิธีการจัดกระทำ (intervention) แตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถ ทำการวิเคราะห์แบบอภิมาน (meta-analysis) ได้ จึงใช้การวิเคราะห์และสรุปเนื้อหาเชิงบรรยาย (narrative syn- thesis) ซึ่งอาจจะไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของสุคนธบำบัดต่อการนอนหลับได้ชัดเจน (Kocatepe et al., 2020) จากการสืบค้นงานวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม และงานวิจัยกึ่งทดลองเพิ่มเติมจากที่มีในการทบทวน อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2019 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน จากฐานข้อมูล PubMed, ScienceDirect, Google scholar พบงานวิจัยจำนวนประมาณ 10 เรื่อง ที่ยังไม่ได้มีการนำไปทบทวนอย่างเป็นระบบ การทบทวนในครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะทำการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้สุคนธบำบัดเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วย มะเร็งที่เข้ารับการรักษาสถานพยาบาล โดยทำการทบทวนงานวิจัยที่มีรายงานไว้อย่างครอบคลุมและเป็น ปัจจุบันมากขึ้น

การทบทวนอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ ทำให้เห็นประสิทธิผลของสุคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับที่ ชัดเจนขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยทบทวนการใช้สุคนธบำบัดที่ครอบคลุมทั้งวิธีการสูดดม นวด อาบ โดยการใช้ น้ำมันหอมระเหยกลีลาเวนเดอร์ กลิ่นเปเปอร์มินท์ และกลิ่นอื่น ๆ ในส่วนของการวัดผลลัพธ์ในการทบทวนนี้ การวัดผลลัพธ์หลัก คือ คุณภาพการนอนหลับ ผลลัพธ์รอง คือ อาการนอนไม่หลับ (insomnia) และความวิตก กังวล (anxiety) เนื่องจากเป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ความรู้ที่ได้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ใ้ นการดูแลส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสรุปความรู้จากงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของสุคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรค มะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล



Effectiveness of Aromatherapy on Sleep Quality Among Patients with Cancer Admitted to Healthcare Facilities: A Systematic Review

ประสิทธิผลของสுகนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

คำถามการวิจัย

ประสิทธิผลของสுகนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาลเป็นอย่างไร โดยมีคำถามการทบทวนที่ครอบคลุมการวัดผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รอง ดังนี้

1. สுகนธบำบัดมีผลอย่างไรต่อคุณภาพการนอนหลับ
2. สுகนธบำบัดมีผลอย่างไรต่ออาการนอนไม่หลับ
3. สுகนธบำบัดมีผลอย่างไรต่อความวิตกกังวล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของสுகนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล โดยคัดเลือกงานวิจัยประเภทงานวิจัยเชิงทดลอง และงานวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของสுகนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล วัดผลลัพธ์หลัก คือ คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล ผลลัพธ์รอง คือ อาการนอนไม่หลับ และความวิตกกังวล โดยคัดเลือกงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2564 (ค.ศ. 2010 ถึง ค.ศ. 2021) โดยใช้วิธีการทบทวนอย่างเป็นระบบตามแนวคิดของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2020) ซึ่งประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัย 2) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 3) การสืบค้นงานวิจัย 4) การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด 5) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 6) การสกัดข้อมูล 7) การสังเคราะห์ข้อมูล 8) การนำเสนอผลลัพธ์ และ 9) การประเมินความเชื่อมั่นของผลลัพธ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบตามแนวทางของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2020)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ งานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (RCTs) หรืองานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของ สுகนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล โดยคัดเลือกงานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศ ทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ โดยเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2564 (ค.ศ. 2010 ถึง ค.ศ. 2021)

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ เอกสารงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของสுகนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล โดยมีคุณสมบัติตามหลัก PICO ดังนี้

1. กลุ่มประชากร (population) คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกประเภท อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาล หน่วยเคมีบำบัด หน่วยดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (home health care) รวมถึงศูนย์ดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (hospice care) สถานดูแลผู้ป่วยระยะยาว (long term healthcare facilities)

2. วิธีการจัดกระทำ (intervention) คือ การใช้สுகนธบำบัด โดยใช้การนวด อาบ หรือสูดดม ซึ่งเป็นวิธีการที่มีการจัดกระทำโดยบุคลากรทางสุขภาพ มีรูปแบบการจัดกระทำเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ

3. การเปรียบเทียบ (comparison) เป็นการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับโดยวิธีสுகุณธำบัต และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการจัดการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับโดยวิธีสுகุณธำบัต หรือได้รับการดูแลตามปกติ

4. ตัวแปรผลลัพธ์ (outcomes) ผลลัพธ์หลัก คือ คุณภาพการนอนหลับ ผลลัพธ์รอง คือ อาการนอนไม่หลับ และความวิตกกังวล โดยใช้เครื่องมือในการประเมิน ได้แก่ การประเมินคุณภาพการนอนหลับแบบอัตนัย (subjective) อาทิ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Pittsburgh sleep quality index: PSQI) และสมุดบันทึกการนอนหลับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย แบบประเมินเกณฑ์การคัดเข้า แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกการสกัดข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเกณฑ์ในการคัดเลือกรงานวิจัย ตามหลัก PICO โดยคัดเลือกรงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง หรืองานวิจัยกึ่งทดลอง ที่รายงานไว้ในประเทศไทยและต่างประเทศ เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งที่ได้รับ การตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2564 (ค.ศ. 2010 ถึง ค.ศ. 2021)

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (critical appraisal form) ของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2020) เป็นการประเมินเกี่ยวกับคุณภาพของวิธีการวิจัย ทั้งการเลือกกลุ่มตัวอย่าง การจัดการกระทำ การเก็บข้อมูล การวัดผลลัพธ์ พิจารณาว่าวิธีการวิจัยในแต่ละขั้นตอนมีอคติ (bias) หรือไม่ โดยการประเมินงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง ใช้เครื่องมือ JBI Critical Appraisal checklist for Randomized Controlled Trials ในโปรแกรม JBI SUMARI ซึ่งประกอบด้วย เกณฑ์การพิจารณาจำนวน 13 ข้อ ส่วนการประเมินงานวิจัยกึ่งทดลอง ใช้เครื่องมือ JBI Critical Appraisal checklist for Quasi-Experimental Studies ในโปรแกรม JBI SUMARI ซึ่งประกอบด้วย เกณฑ์การพิจารณาจำนวน 9 ข้อ

3. แบบบันทึกการสกัดข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกการสกัดข้อมูลงานวิจัยเชิงทดลอง (data extraction form) ที่พัฒนาโดย สถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2020) ในโปรแกรม JBI SUMARI ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดของแหล่งข้อมูล ชื่อผู้วิจัย รูปแบบวิธีการวิจัย สถานที่ บริบท คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา เช่น จำนวน อายุ เพศ รายละเอียดคำอธิบายของการทดลอง ตัวเปรียบเทียบที่ใช้ในการศึกษา และข้อมูลผลลัพธ์ที่สำคัญทั้งหมด และการสกัดข้อมูลผลลัพธ์ เพื่อสังเคราะห์ผลการวิจัยที่สำคัญทั้งหมด โดยดูจากวิธีการวัดผลลัพธ์ ซึ่งต้องมีการอธิบาย สกัด และคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) ของข้อมูล วิเคราะห์ และตีความค่า p-value หรือช่วงความเชื่อมั่น (confidence intervals)

การควบคุมคุณภาพการทบทวนอย่างเป็นระบบ

การควบคุมคุณภาพการทบทวนอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การควบคุมคุณภาพของผู้ทบทวน การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ และการควบคุมคุณภาพการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. การควบคุมคุณภาพของผู้ทบทวน

ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ที่จัดโดยศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ในการดูแลสุขภาพแห่งประเทศไทย (The Thailand Centre for Evidence Based Health Care) ซึ่งเป็นศูนย์เครือข่ายในประเทศไทยของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ ภายใต้คณะพยาบาล- ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในวันที่ 18-22 เมษายน พ.ศ. 2565 และอาจารย์ที่ปรึกษาผ่านการอบรมและได้รับ ประกาศนียบัตรการเป็นผู้ฝึกอบรม (training for trainer) การทบทวนอย่างเป็นระบบ



Effectiveness of Aromatherapy on Sleep Quality Among Patients with Cancer Admitted to Healthcare Facilities: A Systematic Review

ประสิทธิผลของสுகนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

2. การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินการคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ในการคัดเลือกรงานวิจัย โดยใช้หลักของ PICO จึงไม่จำเป็นต้องมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ส่วนแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่สร้างและพัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ จึงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3. การควบคุมคุณภาพการรวบรวมข้อมูล

ผู้เขียนคนที่ 1 (พิชญา สีนคณารักษ์) ผู้เขียนคนที่ 2 (จินดารัตน์ ชัยอาจ) และผู้เขียนคนที่ 3 (ชนิษฐา รัตนกัลยา) นำแบบประเมินเกณฑ์การคัดเข้า แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูลไปทดลองใช้ในการรวบรวมข้อมูลจากรายงานการวิจัย 5 รายงาน โดยผู้เขียนคนที่ 1 ผู้เขียนคนที่ 2 และผู้เขียนคนที่ 3 แยกกันประเมินอย่างเป็นอิสระ หลังจากนั้นนำผลการบันทึกมาเปรียบเทียบกันพบว่า ผู้เขียนทั้ง 3 คน มีความเห็นตรงกันเป็นส่วนใหญ่ แต่ผู้เขียนคนที่ 1 และผู้เขียนคนที่ 2 มีความคิดเห็นที่แตกต่างกันในบางส่วน ในกรณีนี้ผู้เขียนคนที่ 1 และผู้เขียนคนที่ 2 ทำการอ่านงานวิจัยอย่างละเอียดและทำการพิจารณาร่วมกันอีกครั้ง และมีความคิดเห็นที่ตรงกัน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยที่ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมแบบการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (exemption review) ตามเอกสารรับรองหมายเลข 003/2566 ลงวันที่ 16 มกราคม 2566 โดยคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ตามแนวทางของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2020) ดังนี้

1. การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัย โดยการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปความรู้จากงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของสுகนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล คำถามการวิจัย คือ ประสิทธิผลของการใช้สுகนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาลเป็นอย่างไร

2. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย โดยคัดเลือกตามกรอบ PICO ดังรายละเอียดในหัวข้อประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และเพิ่มเติมลักษณะงานวิจัย ภาษา และปีที่ตีพิมพ์ ดังนี้ เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่าง หรืองานวิจัยกึ่งทดลอง ในประเทศไทยและต่างประเทศ ทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2564 (ค.ศ. 2010 ถึง ค.ศ. 2021)

3. ดำเนินการสืบค้นงานวิจัย ตามแนวทางการสืบค้นข้อมูลของ สถาบันโจแอนนา บริกส์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การสืบค้นขั้นแรก (initial search) โดยการกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น และฐานข้อมูลที่ต้องสืบค้น ดังนี้

3.1 กำหนดคำสำคัญ (keywords) ในการสืบค้นตามหลักของ PICO ซึ่งประกอบด้วยคำในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ดังนี้

3.1.1 กลุ่มประชากร ได้แก่ มะเร็ง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล cancer, cancer patient, hospitalized cancer patients, healthcare facilities, home health care, hospice care



Effectiveness of Aromatherapy on Sleep Quality Among Patients with Cancer Admitted to Healthcare Facilities: A Systematic Review

ประสิทธิผลของสุคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

3.1.2 วิธีการจัดกระทำ ได้แก่ สุคนธบำบัด การใช้น้ำมันหอมระเหย น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ น้ำมันหอมระเหยคาโมมายล์ น้ำมันหอมระเหยกุหลาบ ทีทรีออยล์ aromatherapy, essential oil aromatherapy massage, aroma inhalation, Lavender oil, Chamomile oil, Rose oil, Tea tree oil

3.1.3 ตัวแปรผลลัพธ์ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับ อาการนอนไม่หลับ ความวิตกกังวล sleep quality, quality of sleep, insomnia, anxiety

3.2 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล ทั้งจากห้องสมุดและคอมพิวเตอร์ ดังนี้

3.2.1 ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์จากการสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ โดยสืบค้นเบื้องต้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือข้อมูลออนไลน์ที่ให้บริการเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาล ได้แก่ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในประเทศไทย ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, PubMed, CINAHL, Cochrane library, ScienceDirect, ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง ได้แก่ JAMA oncology, NCCN รวมถึงฐานข้อมูลที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์ (grey literature) ซึ่งสืบค้นได้จาก Google scholar, OpenGrey, Mednar, Worldwide Science

3.2.2 วารสารทางการแพทย์และการพยาบาล รายงานวิจัยทางการแพทย์และการพยาบาล รายการเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรมของงานวิจัยที่ค้นได้รวมถึงวิทยานิพนธ์ในห้องสมุด

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการสืบค้นโดยใช้คำสำคัญ (keywords) และคำดัชนี (index term) ที่ระบุในฐานข้อมูล ทั้งแหล่งที่มาหรือฐานข้อมูลที่ได้รับการตีพิมพ์ และไม่ได้รับการตีพิมพ์ทั้งหมด ย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2564 (ค.ศ. 2010 ถึง ค.ศ. 2021) รวมถึงการสืบค้นด้วยมือ ได้แก่ การสืบค้นวารสารทางการแพทย์และการพยาบาลต่าง ๆ ในห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของการใช้สุคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล จำนวน 504 เรื่อง

ขั้นตอนที่ 3 สืบค้นจากรายการเอกสารอ้างอิงของงานวิจัยทั้งหมดที่เลือกมาพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของการใช้สุคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล จำนวน 1 เรื่อง

4. การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้เขียนคนที่ 1 (พิชญา สิ้นคนรักษ์) ผู้เขียนคนที่ 2 (จินดารัตน์ ชัยอาจ) และผู้เขียนคนที่ 3 (ชนิษฐา รัตนกลยา) คัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างอิสระต่อกัน โดยใช้แบบประเมินเกณฑ์การคัดเข้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย โดยคัดกรองจากชื่อเรื่องงานวิจัยและบทคัดย่อ ก่อน แล้วจึงคัดเลือกรายงานฉบับเต็ม (full text) ซึ่งมีการทดลองคัดเลือกรายงานฉบับเต็มจริง พบว่า ผู้เขียนทั้ง 3 คน มีความเห็นตรงกัน โดยการคัดกรองจากชื่อเรื่องงานวิจัยและบทคัดย่อ คงเหลืองานวิจัยจำนวน 11 เรื่อง เมื่อคัดกรองจากเนื้อหาทั้งหมด งานวิจัยจำนวน 6 เรื่อง ถูกคัดออกเนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 2 เรื่อง การวัดผลลัพธ์ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 2 เรื่อง และไม่สามารถเข้าถึงเนื้อหาทั้งหมดได้ จำนวน 2 เรื่อง ซึ่งผู้วิจัยได้ติดต่อเจ้าของผลงานโดยการส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ถึงเจ้าของงานวิจัยเพื่อขอบทความฉบับเต็ม แต่ไม่ได้รับการตอบกลับในครั้งแรก จึงได้ติดต่อกลับซ้ำอีกครั้งแต่ไม่ได้รับการตอบกลับเช่นเดิม คงเหลืองานวิจัย 5 เรื่อง ที่ผ่านเกณฑ์เข้าสู่ขั้นตอนการประเมินคุณภาพงานวิจัย

5. การประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยผู้เขียนคนที่ 1 (พิชญา สิ้นคนรักษ์) ผู้เขียนคนที่ 2 (จินดารัตน์ ชัยอาจ) และผู้เขียนคนที่ 3 (ชนิษฐา รัตนกลยา) ประเมินคุณภาพงานวิจัยอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ที่พัฒนาโดย สถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2020) หากเป็นการประเมินงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่าง ใช้เครื่องมือ JBI Critical Appraisal checklist for Randomized Controlled Trials ในโปรแกรม JBI SUMARI ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์การพิจารณาจำนวน 13 ข้อ (โดยการตอบ “Yes” ในแต่ละข้อ

คำถามจะมีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน แต่หากตอบ “No” หรือ “Unclear” หรือ “Not applicable” จะมีคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน) ซึ่งหากเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่าง ต้องผ่านเกณฑ์ข้อที่ 1 คือ มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างแท้จริง กำหนดเกณฑ์ในการประเมินการผ่านการคัดเลือกที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนนขึ้นไป หากเป็นการประเมินงานวิจัยกึ่งทดลอง ใช้เครื่องมือ JBI Critical Appraisal checklist for Quasi-Experimental Studies ในโปรแกรม JBI SUMARI ซึ่งประกอบด้วย เกณฑ์การพิจารณาจำนวน 9 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการประเมินผ่านการคัดเลือกที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนนขึ้นไป จากนั้นนำผลการประเมินมาเปรียบเทียบกัน โดยมีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย จำนวน 3 เรื่อง

6. การสกัดข้อมูล ดำเนินการโดยผู้ทบทวน 2 คน ได้แก่ ผู้เขียนคนที่ 1 (พิชญา สันคนารักษ์) และผู้เขียนคนที่ 2 (จินดารัตน์ ชัยอาจ) ทบทวนอย่างเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งพบผลการทบทวนที่ไม่ตรงกันในบางประเด็น จึงให้ผู้ทบทวนคนที่ 3 (ชนิษฐา รัตนกลยา) ช่วยตัดสิน การทบทวนงานวิจัยใช้แบบบันทึกการสกัดข้อมูลงานวิจัยเชิงทดลอง (data extraction form) ของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2020) ในโปรแกรม JBI SUMARI โดยประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ที่สำคัญ ได้แก่

6.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลแหล่งที่มา ชื่อผู้วิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวนและคุณสมบัติ) รายละเอียดของการทดลอง และตัวเปรียบเทียบที่ใช้ในการศึกษา

6.2 ข้อมูลผลลัพธ์ที่สำคัญทั้งหมด ได้แก่ คะแนนคุณภาพการนอนหลับ คะแนนอาการนอนไม่หลับ และคะแนนความวิตกกังวล

7. การสังเคราะห์ข้อมูล โดยการสังเคราะห์วิธีการใช้สุนทรบำบัดใช้วิธีการวิเคราะห์สรุปเนื้อหาแบบบรรยาย (narrative synthesis) ส่วนการวิเคราะห์ผลลัพธ์ใช้การวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis)

8. การนำเสนอผลลัพธ์ แบ่งออกเป็น การนำเสนอโดยวิธีการบรรยาย และการนำเสนอโดยวิธีการวิเคราะห์อภิมาน เป็นการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ในกรณีที่ข้อมูลเชิงปริมาณเพียงพอที่จะทำการวิเคราะห์ได้ โดยงานวิจัยต้องมีประชากรลักษณะเดียวกัน วิธีการจัดกระทำเดียวกัน และวัดผลลัพธ์เดียวกัน

9. การประเมินความเชื่อมั่นของผลลัพธ์ ใช้แนวทางของ Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) และประเมินคุณภาพของหลักฐานโดยใช้โปรแกรม GRADEpro

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์สรุปเนื้อหาแบบบรรยาย ใช้ในการสรุปเนื้อหา หรือข้อค้นพบที่ได้ในแต่ละประเด็น เพื่อเปรียบเทียบความเหมือนหรือความแตกต่างของแต่ละงานวิจัย และใช้ในกรณีที่ไม่สามารถทำการวิเคราะห์แบบอภิมานได้ (Hamzeh et al., 2020) โดยจากการทบทวนครั้งนี้มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง ที่ใช้การวิเคราะห์สรุปเนื้อหาแบบบรรยาย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ โดยมีงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน (homogeneity) จำนวน 2 งาน ใช้การวิเคราะห์อภิมาน ทดสอบความไม่เป็นเอกพันธ์ (heterogeneity) จากค่า p-value ของการทดสอบ chi-square โดยค่า p-value จะแสดงถึงโอกาสหรือความน่าจะเป็นของผลที่ได้ (ค่า $p < 0.1$ ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ) พิจารณาจากค่า I square (I^2) ค่า I^2 ที่มากขึ้น แสดงถึงความเป็น heterogeneity (JBI, 2020) และพิจารณาจากลักษณะการกระจายตัวของข้อมูล forest plot ซึ่งการกระจายตัวมีลักษณะกระจุกกระจาย ไม่เป็นกลุ่มเดียวกัน แสดงถึงความเป็น heterogeneity ทดสอบพบว่า ผลการวิจัยที่นำมารวมกันมีความเป็น heterogeneity ใช้แบบจำลองทางสถิติแบบสุ่ม (random Effects Model) (JBI, 2020) โดยจากการทบทวนครั้งนี้มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ที่ใช้การวิเคราะห์อภิมาน (Ayik & Özden, 2018; Kawabata et al., 2020)



Effectiveness of Aromatherapy on Sleep Quality Among Patients with Cancer Admitted to Healthcare Facilities: A Systematic Review

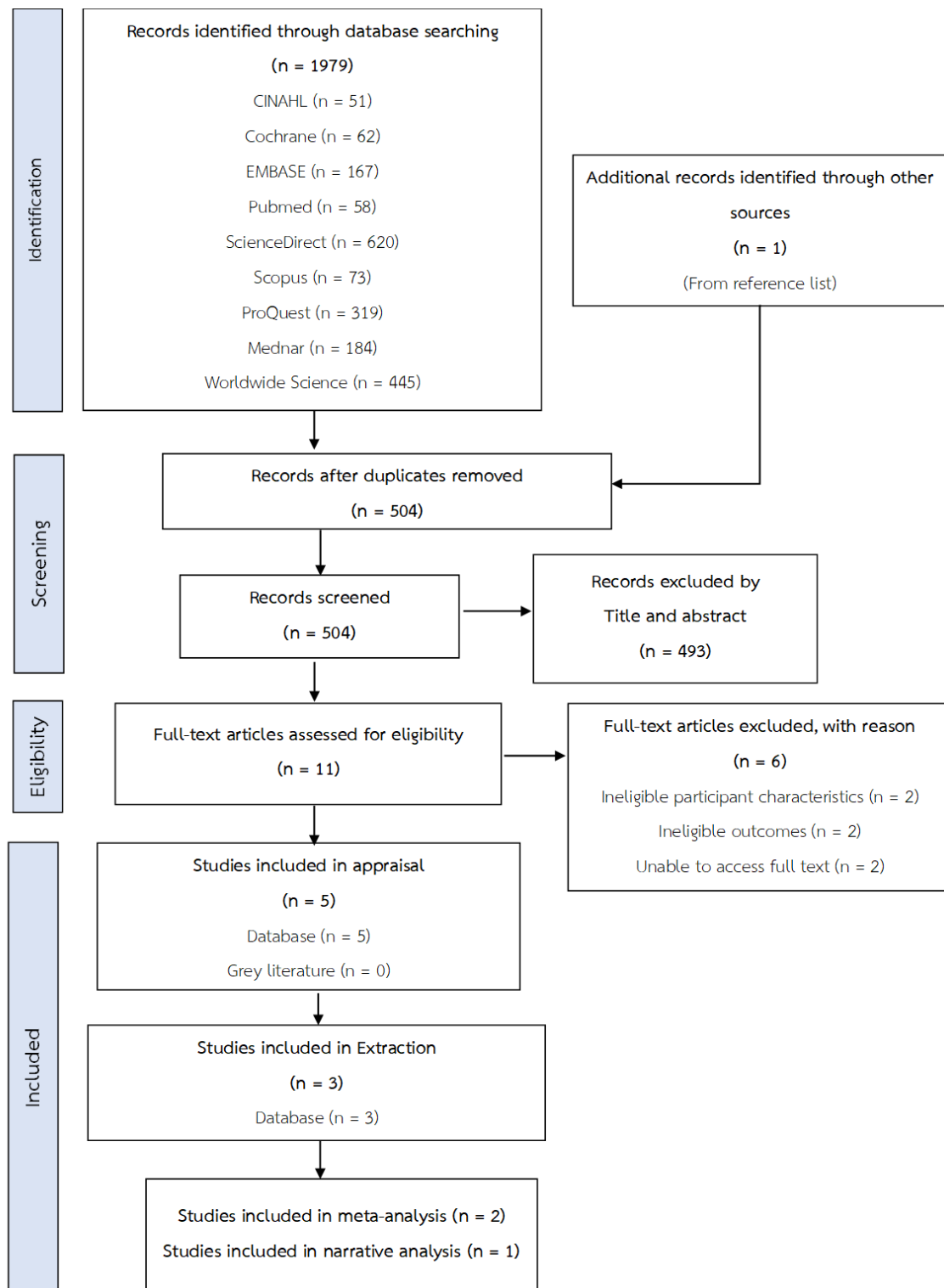
ประสิทธิผลของสுகนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

ผลการวิจัย

จากการสืบค้นพบงานวิจัย ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของสுகนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล ทั้งหมดจำนวน 504 เรื่อง มาจากฐานข้อมูลจำนวน 503 เรื่อง และจากการสืบค้นได้จากแหล่งอื่น (reference list) จำนวน 1 เรื่อง เมื่อนำมาคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัย โดยพิจารณาจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ งานวิจัยจำนวน 493 เรื่อง ถูกคัดออกเนื่องจากมีคุณสมบัติไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด คงเหลืองานวิจัย 11 เรื่อง เมื่อคัดกรองจากเนื้อหาทั้งหมด งานวิจัยจำนวน 6 เรื่อง ถูกคัดออกเนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 2 เรื่อง การวัดผลลัพธ์ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 2 เรื่อง และไม่สามารถเข้าถึงเนื้อหาทั้งหมดได้ จำนวน 2 เรื่อง คงเหลืองานวิจัย 5 เรื่อง เข้าสู่ขั้นตอนการประเมินคุณภาพงานวิจัย และภายหลังการประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยสำหรับงานวิจัยเชิงทดลองที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ คงเหลืองานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง ที่ถูกคัดเลือกเข้าสู่การสกัดข้อมูลงานวิจัย โดยมีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ที่สามารถนำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ ดังภาพที่ 1



Effectiveness of Aromatherapy on Sleep Quality Among Patients with
Cancer Admitted to Healthcare Facilities: A Systematic Review
ประสิทธิผลของสุคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ที่รักษาในสถานพยาบาล: การทบทวนอย่างเป็นระบบ



ภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการสืบค้นและคัดเลือกงานวิจัยตาม PRISMA flow diagram



Effectiveness of Aromatherapy on Sleep Quality Among Patients with Cancer Admitted to Healthcare Facilities: A Systematic Review

ประสิทธิผลของสუნธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไป และคุณลักษณะเชิงระเบียบวิธีวิจัยของรายงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของสუნธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของสუნธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมดจำนวน 3 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง ทั้ง 3 เรื่อง งานวิจัยทั้งหมดเป็นงานวิจัยที่ทำการศึกษในต่างประเทศ (ตุรกี ญี่ปุ่น และอิหร่าน) และได้รับการตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการโดยตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2563 (ค.ศ. 2018 ถึง ค.ศ. 2020) กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ จำนวน 120 ราย (Hamzeh et al., 2020) รองลงมา คือ จำนวน 96 ราย (Ayik & Özden, 2018) และจำนวน 74 ราย (Kawabata et al., 2020) ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกระยะ จำนวน 1 เรื่อง (Hamzeh et al., 2020) โรคมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 1 เรื่อง (Kawabata et al., 2020) และไม่ระบุระยะของโรคมะเร็งจำนวน 1 เรื่อง (Ayik & Özden, 2018) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-65 ปี จำนวน 1 เรื่อง (Hamzeh et al., 2020) อายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 1 เรื่อง (Ayik & Özden, 2018) และมีอายุระหว่าง 70-80 ปี จำนวน 1 เรื่อง (Kawabata et al., 2020) สำหรับวิธีการใช้สუნธบำบัดที่มากที่สุด คือ การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย (aromatherapy massage) จำนวน 2 เรื่อง (Ayik & Özden, 2018; Kawabata et al., 2020) และการสูดดมน้ำมันหอมระเหย (inhalation aromatherapy) จำนวน 1 เรื่อง (Hamzeh et al., 2020)

ส่วนที่ 2 วิธีการใช้สუნธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ มีงานวิจัยที่ใช้สუნธบำบัดโดยวิธีการนวด จำนวน 2 เรื่อง และใช้สუნธบำบัดโดยวิธีการสูดดม จำนวน 1 เรื่อง ดังนี้

การศึกษาของ อยิก และ ออสเต็น (Ayik & Özden, 2018) เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่หน่วยศัลยกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศตุรกี จำนวน 96 ราย แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมจำนวน 47 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 49 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการนวดโดยใช้น้ำมันลาเวนเดอร์ 5% (Lavandula Hybrida) น้ำมันหอมระเหยที่ใช้ถูกนำมาใช้หลังจากผ่านการเจือจาง เนื่องจากอาจทำให้ระคายเคืองผิวหนังได้ ด้วยเหตุนี้ จึงมีการใช้น้ำมันอัลมอนด์ (sweet almond) เพื่อเจือจางน้ำมันลาเวนเดอร์ ในศึกษานี้กลุ่มทดลองได้รับส่วนผสมน้ำมันลาเวนเดอร์ 5% โดยเติมน้ำมันลาเวนเดอร์ 5 มิลลิลิตร ลงในน้ำมันอัลมอนด์ 95 มิลลิลิตร ทำการนวดที่บริเวณหลัง 2 ครั้ง โดยใช้เวลา 10 นาที ระหว่างเวลา 19.00–21.00 น. ก่อนการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และ 10 นาที ระหว่างเวลา 06.30–08.00 น. ในเช้าของการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การศึกษาของ คาวาบะตะ และคณะ (Kawabata et al., 2020) เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (advanced cancer) ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในแผนกดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลในเมืองเกียวโต ประเทศญี่ปุ่น จำนวน 74 ราย แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมจำนวน 38 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 36 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยระหว่างเวลา 20.00-21.00 น. ครั้งละ 30 นาที นวดอย่างต่อเนื่องโดยใช้แรงกดเล็กน้อยถึงปานกลาง ใช้ส่วนเรียบของฝ่ามือทั้ง 2 ข้าง โดยใช้น้ำมันผสม นวดจากฝ่ามือไปจนถึงบริเวณข้อศอก และจากฝ่าเท้าไปจนถึงบริเวณเข่า โดยสามารถเลือกระหว่างน้ำมันลาเวนเดอร์ น้ำมันสกัดจากเปลือกส้ม หรือผสมน้ำมันหอมระเหยทั้ง 2 ชนิดได้

การศึกษาของ แฮมเซห์ และคณะ (Hamzeh et al., 2020) เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกระยะ ที่รักษาในโรงพยาบาลประเทศอิหร่าน จำนวน 120 ราย แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมจำนวน 40 ราย และกลุ่มทดลอง

Effectiveness of Aromatherapy on Sleep Quality Among Patients with Cancer Admitted to Healthcare Facilities: A Systematic Review

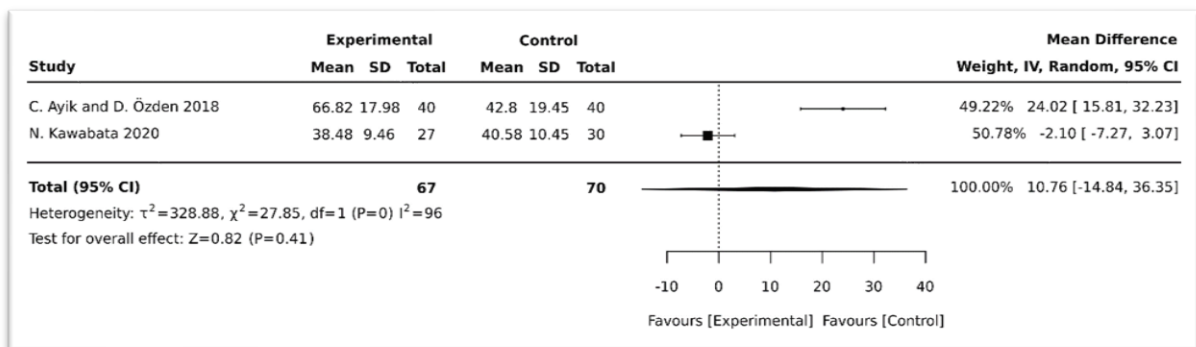
ประสิทธิผลของสุนทรบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

จำนวน 80 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการสูดดมน้ำกลั่นผสมน้ำมันลาเวนเดอร์ 1% ส่วนกลุ่มทดลอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับน้ำมันลาเวนเดอร์ จำนวน 40 ราย และกลุ่มที่ 2 ได้รับน้ำมันเปเปอร์มินท์ จำนวน 40 ราย กลุ่มที่ 1 ผู้วิจัยหยดน้ำมันลาเวนเดอร์จำนวน 3 หยดบนสำลี เพื่อให้ผู้ป่วยใช้สูดดม เป็นเวลา 20 นาที นาน 7 วัน ส่วนกลุ่มที่ 2 ผู้วิจัยหยดน้ำมันเปเปอร์มินท์จำนวน 3 หยดบนสำลี เป็นเวลา 20 นาที นาน 7 วัน

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของสุนทรบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล

ผลลัพธ์ของการใช้สุนทรบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับ

งานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Ayik & Özden, 2018; Kawabata et al., 2020) สามารถนำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ห่อภิรมได้ เนื่องจากมีประชากรลักษณะเดียวกัน วิธีการจัดกระทำเดียวกัน และวัดผลลัพธ์เดียวกัน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้รับการจัดกระทำ คือ การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย วัดผลลัพธ์หลัก คือ คุณภาพการนอนหลับโดยใช้เครื่องมือ Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังภาพที่ 2 งานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Hamzeh et al., 2020) ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์แบบห่อภิรมได้ เนื่องจากใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับที่แตกต่างกัน โดยในงานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินของ Pittsburgh Sleep Quality Inventory (PSQI)



ภาพที่ 2 แสดงการนำเสนอข้อมูล Forest plot

จากภาพที่ 2 งานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Ayik & Özden, 2018; Kawabata et al., 2020) ถูกนำมาวิเคราะห์แบบห่อภิรม ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิผลของสุนทรบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (MD: 10.76, 95% CI: -14.84 ถึง 36.35, $P = 0.41$) ทั้งนี้ การศึกษาที่มีความไม่เป็นเอกพันธ์สูงมาก (heterogeneity) ($P = 0$, $I^2 = 96\%$)

ผลลัพธ์ต่อความวิตกกังวล

งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมดจำนวน 1 เรื่อง จึงทำให้ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ห่อภิรมได้ เป็นการศึกษาของ ออยค และ ออสเต็น (Ayik & Özden, 2018) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รักษาในหน่วยศัลยกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศตุรกี จำนวน 96 ราย แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมจำนวน 47 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 49 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการนวดโดยใช้้ำมันลาเวนเดอร์ 5% (Lavandula Hybrida) ทำการนวด 2 ครั้ง บริเวณหลัง โดยใช้เวลา 10 นาที ระหว่างเวลา 19.00–21.00 น. ก่อนการผ่าตัด และ 10 นาที ระหว่างเวลา 06.30–08.00 น. ในเช้าของการผ่าตัด ประเมินความวิตกกังวล ใช้แบบประเมิน State Anxiety Inventory (SAI) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 42.25 ± 9.32 ในช่วงเย็นก่อนการผ่าตัด และลดลงเหลือ 35.25 ± 6.80 ในตอนเช้าของ



Effectiveness of Aromatherapy on Sleep Quality Among Patients with Cancer Admitted to Healthcare Facilities: A Systematic Review

ประสิทธิผลของสுகุณธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

การผ่าตัด ส่วนในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดเท่ากับ 42.67 ± 9.57 และเพิ่มขึ้นเป็น 45.40 ± 9.55 ในตอนเช้าของการผ่าตัดพบว่า มีระดับความวิตกกังวลสูงขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การศึกษาครั้งนี้พบว่า การนวดด้วยน้ำมันลาเวนเดอร์สามารถลดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักช่วงก่อนการผ่าตัดได้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาอาจมีความคลุมเครือว่า เป็นความวิตกกังวลที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง หรือเป็นความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด เพราะวัดผลลัพธ์ก่อนการผ่าตัด

ผลลัพธ์ต่ออาการนอนไม่หลับ

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ ไม่มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ที่มีการวัดผลลัพธ์ต่ออาการนอนไม่หลับ เนื่องจากไม่ผ่านขั้นตอนการประเมินคุณภาพงานวิจัย จึงไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ด้านนี้ได้

การประเมินคุณภาพของหลักฐาน (Grading the evidence)

จากการประเมินคุณภาพของหลักฐานโดยใช้โปรแกรม GRADEpro โดยการประเมินความเชื่อมั่นในแต่ละผลลัพธ์ดังนี้ ผลลัพธ์ต่อคุณภาพการนอนหลับจากจำนวนงานวิจัย 2 เรื่อง มีคุณภาพของหลักฐานอยู่ในระดับต่ำ (low) เนื่องจากมีอคติในกระบวนการวิจัย (risk of bias) และมีความแตกต่างระหว่างผลการวิจัย (inconsistency) และผลลัพธ์ต่อความวิตกกังวลจากงานวิจัย 1 เรื่อง มีคุณภาพของหลักฐานอยู่ในระดับปานกลาง (moderate) เนื่องจากมีอคติในกระบวนการวิจัย

การอภิปรายผล

ผลการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้พบว่า การใช้สுகุณธบำบัดไม่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่คัดเลือกมาทบทวนอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Ayik & Özden, 2018; Kawabata et al., 2020) ที่มีประชากรลักษณะเดียวกัน วิธีการจัดกระทำเดียวกัน และวัดผลลัพธ์เดียวกัน โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้รับการจัดกระทำ คือ การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย วัดผลลัพธ์หลัก คือ คุณภาพการนอนหลับ โดยใช้เครื่องมือ Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิผลของสுகุณธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และพบว่ามีความแตกต่างของการศึกษา (heterogeneity) สูงมาก อีกทั้งงานวิจัยเชิงทดลองมีเพียงสองการศึกษา ดังนั้น จึงไม่สามารถสรุปประสิทธิผลของสுகุณธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาลได้อย่างชัดเจน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษา primary research เพิ่มเติมต่อไป เพื่อให้สามารถสรุปผลได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

จากงานวิจัยการทบทวนอย่างเป็นระบบที่ผ่านมา โดยการทบทวนอย่างเป็นระบบของ โกคาเทเป และคณะ (Kocatepe et al., 2020) ซึ่งสืบค้นงานวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม และงานวิจัยเชิงทดลองที่ได้รับการตีพิมพ์ในภาษาตุรกีหรือภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ถึงปี ค.ศ. 2020 ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง โดยการใช้้ำมันหอมระเหยกลีลาเวนเดอร์โดยวิธีการสุดตมและนวด แต่ผลการศึกษาไม่สามารถนำมาวิเคราะห์แบบห่อภิมาณได้จึงใช้การวิเคราะห์และสรุปเนื้อหาเชิงบรรยาย ผลการวิจัยสรุปว่า การใช้น้ำมันหอมระเหยกลีลาเวนเดอร์โดยวิธีการสุดตมและนวด สามารถเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ แต่มีข้อจำกัด คือ งานวิจัยที่นำมาศึกษามีจำนวนน้อย

ผลของการใช้สுகุณธบำบัดต่อความวิตกกังวลที่ได้จากงานวิจัย 1 เรื่อง (Ayik & Özden, 2018) พบว่า ให้ผลดีต่อการลดความวิตกกังวล โดยการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลีลาเวนเดอร์สามารถลดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักช่วงก่อนการผ่าตัดได้ ซึ่งอาจเป็นความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด



Effectiveness of Aromatherapy on Sleep Quality Among Patients with Cancer Admitted to Healthcare Facilities: A Systematic Review

ประสิทธิผลของสุคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

เพราะวัดผลลัพธ์ก่อนการผ่าตัด หรือความวิตกกังวลที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง การศึกษาผลของสุคนธบำบัดต่อความวิตกกังวล ควรต้องมีการศึกษามากขึ้นเพื่อให้มีจำนวนงานเพียงพอสำหรับการทบทวนอย่างเป็นระบบ สำหรับผลลัพธ์ต่ออาการนอนไม่หลับ ไม่มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย

จากการประเมินคุณภาพของหลักฐานพบว่า ผลลัพธ์ต่อคุณภาพการนอนหลับจากจำนวนงานวิจัย 2 เรื่อง มีคุณภาพของหลักฐานอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากมีอคติในกระบวนการวิจัย และมีความแตกต่างระหว่างผลการวิจัย และผลลัพธ์ต่อความวิตกกังวลจากงานวิจัย 1 เรื่อง มีคุณภาพของหลักฐานอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีอคติในกระบวนการวิจัย แต่การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ถือว่าเป็นหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือเมื่อพิจารณาในด้านระเบียบวิธีวิจัย

การทบทวนอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ มีข้อจำกัดในเรื่องการเข้าถึงบทความวิจัยฉบับเต็ม (full text) โดยมียานงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ที่ผู้วิจัยไม่สามารถเข้าถึงบทความวิจัยฉบับเต็มได้ ผู้วิจัยได้มีการส่งข้อความทางอีเมลถึงเจ้าของงานวิจัยเพื่อขอบทความวิจัยฉบับเต็ม แต่ไม่ได้รับการตอบกลับ จึงมีส่วนทำให้การทบทวนอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์เท่าที่ควร ข้อจำกัดอีกประการหนึ่ง คือ เรื่องของภาษา โดยการใช้สุคนธบำบัดมีการใช้อย่างแพร่หลายในประเทศฝั่งตะวันออก อาทิ จีน เกาหลี ญี่ปุ่น อินเดีย เป็นต้น ซึ่งบทความวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ อาจไม่ได้ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ส่งผลให้ไม่ได้นำมาทบทวนในครั้งนี้

การทบทวนอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ ในแง่ของผลการวิจัย ไม่สามารถสรุปประสิทธิผลของสุคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาลได้ แต่ในบางการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า การใช้สุคนธบำบัดโดยวิธีการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ ดังนั้นควรมีการศึกษาเรื่องนี้ต่อไป เพื่อหาข้อสรุปที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การใช้สุคนธบำบัดโดยวิธีการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์เป็นทางเลือกหนึ่งในการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคต หรือการศึกษาวิจัยซ้ำในหน่วยงาน เพื่อให้ได้หลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของสุคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากข้อจำกัดในแง่ของจำนวนการศึกษาและคุณภาพของหลักฐาน จึงควรมีการออกแบบการศึกษาวิจัยที่ดีเพื่อศึกษาประสิทธิผลของสุคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาลเพิ่มเติม

References

- Ayik, C., & Özden, D. (2018). The effects of preoperative aromatherapy massage on anxiety and sleep quality of colorectal surgery patients: A randomized controlled study. *Complementary Therapies in Medicine*, 36, 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.12.002>
- Coles, T., Tan, X., Bennett, A. V., Sanoff, H. K., Basch, E., Jensen, R. E., & Reeve, B. B. (2018). Sleep quality in individuals diagnosed with colorectal cancer: Factors associated with sleep disturbance as patients transition off treatment. *Psycho-Oncology*, 27(3), 1050–1056. <https://doi.org/10.1002/pon.4595>



Effectiveness of Aromatherapy on Sleep Quality Among Patients with
Cancer Admitted to Healthcare Facilities: A Systematic Review
ประสิทธิผลของสุนทรบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ที่รักษาในสถานพยาบาล: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

- Davies, A. N., Patel, S. D., Gregory, A., & Lee, B. (2017). Observational study of sleep disturbances in advanced cancer. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 7(4), 435-440. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2017-001363>
- Division of Complementary and Alternative Medicine. (2007). *Aromatherapy textbook*. Division of Complementary and Alternative Medicine.
- Ducloux, D., Guisado, H., & Pautex, S. (2013). Promoting sleep for hospitalized patients with advanced cancer with relaxation therapy: Experience of a randomized study. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 30(6), 536-540. <https://doi.org/10.1177/1049909112459367>
- Hamzeh, S., Faramani, R. S., & Khatony, A. (2020). Effects of aromatherapy with lavender and peppermint essential oils on the sleep quality of cancer patients: A randomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2020(1), 7480204. <https://doi.org/10.1155/2020/7480204>
- Hugel, H., Ellershaw, J. E., Cook, L., Skinner, J., & Irvine, C. (2004). The prevalence, key causes and management of insomnia in palliative care patients. *Journal of Pain Symptom Management*, 27(4), 316-321. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.09.010>
- Hwang, E., & Shin, S. (2015). The effects of aromatherapy on sleep improvement: A systematic literature review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(2), 61-68. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.0113>
- Insrichuen, S., & Choowattanapakorn, T. (2017). The effect of nursing care using aromatherapy on sleep quality in older persons with dementia. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 25(1), 37-48.
- Jakobsen, G., Engstrom, M., Thronaes, M., Lohre, E. T., Kaasa, S., Fayers, P., Hjermstad, M. J., & Klepstad, P. (2020). Sleep quality in hospitalized patients with advanced cancer: An observational study using self-reports of sleep and actigraphy. *Supportive Care in Cancer*, 28(4), 2015-2023. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04998-5>
- Kawabata, N., Hata, A., & Aoki, T. (2020). Effect of aromatherapy massage on quality of sleep in the palliative care ward: A randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(6), 1165-1171. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.01.003>
- Kocatepe, V., Yildirim, D., & Can, G. (2020). A review of studies on the effect of lavender on sleep of cancer patients: Systematic review. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 3(3), 415-421. <https://doi.org/10.5336/jtracom.2020-74494>
- Morse, A. M., & Bender, E. (2019). Sleep in hospitalized patients. *Clocks and Sleep*, 1(1), 151-165. <https://doi.org/10.3390/clockssleep1010014>
- National Cancer Institute. (2024). *Hospital-Based Cancer Registry*. National Cancer Institute.
- National Sleep Foundation. (2024). *What is sleep quality*. <https://www.thensf.org/what-is-sleep-quality/>



Effectiveness of Aromatherapy on Sleep Quality Among Patients with Cancer Admitted to Healthcare Facilities: A Systematic Review

ประสิทธิผลของสுகนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในสถานพยาบาล: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

- Preechakoon, B., Pakdevong, N., Kongwattanakul, S., Thanthong, S., Lerdpanit, P., & Hanprasitkam, K. (2019). Symptom experience and symptom management of patients with advanced cancer and family caregivers. *Apheit Journal of Nursing and Health*, 1 (1), 50-66.
- The Joanna Briggs Institute [JBI]. (2020). *Joanna Briggs Institute reviewers' manual edition*. The Joanna Briggs Institute.
- The Joanna Briggs Institute. (2020). *New JBI levels of evidence*. The Joanna Briggs Institute.
- World Health Organization [WHO]. (2024). *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>



Interventions to Promote Dietary Self-Management Behaviors Among Acute Coronary Syndrome Patients with Comorbidities: A Systematic Review*

วิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร
ในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม:
การทบทวนอย่างเป็นระบบ*

Sunisa	Lada**	สุนิษา	ละดา**
Noraluk	Ua-Kit***	นรลักษ์ณ์	เอื้อกิจ***

Abstract

Dietary self-management behaviors can reduce the risk of recurrent events in patients with acute coronary syndrome (ACS), especially among those with comorbidities. However, promoting and sustaining these behaviors remains a significant challenge in ACS management. This systematic review aimed to summarize the findings of studies on interventions to promote dietary self-management behaviors in ACS patients with comorbidities. It follows the Joanna Briggs Institute's systematic review guidelines, focusing on studies published between 2014 and 2024 which included randomized controlled trials and quasi-experimental studies on interventions to promote dietary self-management in ACS patients with comorbidities. Eight studies met the inclusion criteria and passed the quality assessment. The reviewed studies demonstrated diversity in intervention design, data collection, and outcome evaluation. Therefore, a content analysis was conducted.

The results of this systematic review found that

1. Five interventions for promoting dietary self-management behaviors included 1) Providing knowledge and individual consultation, 2) Recording and monitoring self-behavior, 3) Motivational enhancement, 4) Social and family support, and 5) Use of digital technology and mobile applications.

2. Outcomes of those interventions included: 1) Physical health: Favorable biochemical changes, including increased HDL, decreased LDL, total cholesterol, FBS, and reduced BMI; 2) Psychosocial: Positive attitude development, enhanced self-efficacy, and increased motivation, contributing to sustained behavioral changes; and 3) Self-control: Improved dietary self-management behaviors.

This systematic review recommends that further primary research be conducted on interventions aimed at promoting dietary self-management behaviors in patients with ACS and comorbidities. Such research would generate evidence-based data to identify the most effective and appropriate strategies for supporting dietary self-management in this patient population.

Keywords: Acute coronary syndrome; Comorbidity; Dietary behavior; Self-management program; Systematic review

* Part of a Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

** Graduate student of Nursing Science program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Kasetsart University;
e-mail: noralukuakit@gmail.com

Received 7 May 2025; Revised 21 July 2025; Accepted 29 July 2025



บทคัดย่อ

พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร สามารถป้องกันการเกิดโรคซ้ำในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคร่วม แต่การส่งเสริมและรักษาพฤติกรรมเหล่านี้ยังคงเป็นความท้าทายสำคัญในการบริหารจัดการ การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม โดยใช้แนวทางการทบทวนอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ สืบค้นงานวิจัยที่รายงานไว้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง 2567 สืบค้นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม และงานวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม ได้งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและการประเมินคุณภาพจำนวน 8 เรื่อง โดยงานวิจัยที่นำมาทบทวนมีความหลากหลายของการจัดกระทำ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการประเมินผลลัพธ์ จึงใช้การวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา

ผลการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ พบว่า

1. วิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร มี 5 วิธี ได้แก่ 1) การให้ความรู้และคำปรึกษารายบุคคล 2) การบันทึกและติดตามพฤติกรรมด้วยตนเอง 3) การสร้างแรงจูงใจ 4) การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และ 5) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและแอปพลิเคชัน

2. ผลลัพธ์ของการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองดังกล่าว มีดังนี้ 1) ด้านสุขภาพทางกาย พบการเปลี่ยนแปลงค่าชีวเคมี คือ ไขมันดีเพิ่มขึ้น และไขมันไม่ดี คอเลสเตอรอลรวม ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ค่าดัชนีมวลกายลดลง 2) ด้านจิตสังคม เกิดการพัฒนาทัศนคติเชิงบวก เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และเกิดแรงจูงใจ ช่วยให้เกิดความต่อเนื่องของพฤติกรรม และ 3) ด้านการควบคุมตนเอง การจัดการตนเองด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น

การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรทำการวิจัยปฐมภูมิเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ส่งผลให้ได้วิธีที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมที่สุด ในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ: กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคร่วม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการตนเอง การทบทวนอย่างเป็นระบบ

* ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ e-mail: noralukuakit@gmail.com



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตประมาณ 17.9 ล้านคน ต่อปี (World Health Organization [WHO], 2024) สำหรับประเทศไทย จากรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2564 พบอัตราการเสียชีวิตถึง 35.07 คนต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยรายใหม่ 22,852 คน (Ministry of Public Health, Department of Disease Control, 2024) ซึ่งกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) เป็นภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากการอุดตันหรือมีลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน เป็นอาการเริ่มต้นและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (Timmis et al., 2022) องค์การอนามัยโลกระบุว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเกิดจากพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งมีกลไกทางชีวภาพที่เชื่อมโยงกัน และกว่าสองในสามของผู้ป่วยเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพและขาดการออกกำลังกาย (WHO, 2024)

แม้การรักษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในปัจจุบันพัฒนาไปอย่างก้าวหน้าและมีประสิทธิภาพ แต่พบว่า ผู้ป่วยยังคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคร่วม (Zhang et al., 2020) จากการศึกษาของ บาลาฮา และคณะ (Balaha et al., 2023) พบว่า ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาภายในหนึ่งปีสูงกว่าผู้ที่ไม่โรคร่วมถึงร้อยละ 20 และการศึกษาของ เทียน และคณะ (Tian et al., 2024) พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคข้ออักเสบ สูงขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่โรคร่วม ปัญหาหลักที่พบเป็นสาเหตุของการเกิดโรคซ้ำและกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดสูง คือ พฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา (Wang et al., 2019)

การติดตามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลัง 1 ปี ในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ยังคงบริโภคอาหารไขมันสูงร้อยละ 32.7 โซเดียมสูงร้อยละ 46.7 (Brunori et al., 2015) เมื่อเปรียบเทียบกับอีกการศึกษาหนึ่งที่ชี้ถึงผลกระทบทำนองเดียวกัน คือ พบว่า แม้รับประทานยาตามนัดแต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับไขมันได้ถึงร้อยละ 81.8 ซึ่งสาเหตุมาจากการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านการบริโภคอาหารระดับต่ำ (Andrikopoulos et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ มุสลีห์ และ ดาราวัด (Mosleh & Darawad, 2015) ที่พบว่า ในผู้ที่ปฏิบัติตามแผนการบริโภคอาหารไม่สม่ำเสมอร้อยละ 79.1 หนึ่งในสามต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 ครั้ง ใน 1 ปี สำหรับในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมและไม่สามารถควบคุมปริมาณได้ร้อยละ 52.6 (Chinphan et al., 2019)

จากผลกระทบบ้างกล่าว นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เพิ่มภาระค่าใช้จ่าย ครอบครัวรับภาระการดูแล กระทบความสัมพันธ์ในครอบครัว เกิดความเครียด ประเทสสูญเสียทรัพยากรบุคคล และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ (Arunsang, 2017; Mozaffarian, 2016) การควบคุมอาหารและปรับวิถีชีวิต เป็นการป้องกันระดับทุติยภูมิที่แนะนำให้เป็นขั้นตอนแรกของการรักษา (Grundy et al., 2019) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หรือโรคเบาหวาน มักมีปัญหาด้านการบริโภคอาหารที่คล้ายกัน (Badimon et al., 2019) การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการปรับปรุงผลลัพธ์ต่อสุขภาพทางกาย หรือการเปลี่ยนแปลงค่าชีวเคมี ทั้งยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้



จากการสืบค้นรายงานวิจัยที่ผ่านมา พบมีการศึกษาวิธีการส่งเสริมเพื่อปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยกลุ่มนี้วิธีการจัดการกระทำที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้ (Chinphan et al., 2019) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Thuajop et al., 2024) แรงสนับสนุนทางสังคม (Rokhmah et al., 2020; Teleki et al., 2019) การใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Tantikittichaiyakun et al., 2024) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่ได้เป็นวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านบริโภคอาหารมีความแตกต่างกันด้านรูปแบบ เทคนิค และระยะเวลา และยังไม่พบข้อสรุปที่ชัดเจนถึงวิธีการที่เหมาะสมของการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านบริโภคอาหารในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม และยังไม่ได้รับการทบทวนอย่างเป็นระบบ ทำให้ยากต่อการนำผลการศึกษาไปสู่การสร้างแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม ถึงวิธีการที่ใช้ในการส่งเสริมผลลัพธ์ด้านการควบคุมจัดการตนเอง สุขภาพทางกาย การเปลี่ยนแปลงค่าชีวเคมี และภาวะจิตสังคม โดยใช้แนวคิดการทบทวนอย่างเป็นระบบของ สถาบันโจแอนนา บริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2023) เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม สามารถนำไปสร้างแนวทางปฏิบัติ การพัฒนาวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารที่มีประสิทธิภาพ และส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษาและคำถามการทบทวน

เพื่อทบทวนเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม โดยมีคำถามการทบทวนดังนี้

1. วิธีการที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วมมีอะไรบ้าง
2. วิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารมีผลต่อสุขภาพทางกาย หรือมีการเปลี่ยนแปลงค่าชีวเคมีของร่างกายอย่างไร
3. วิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารมีผลต่อภาวะจิตสังคมอย่างไร
4. วิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารมีผลต่อการควบคุมตนเองอย่างไร
5. วิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารที่ต่างกันด้านระยะเวลาและความถี่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางกาย หรือการเปลี่ยนแปลงค่าชีวเคมีของร่างกายอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบจากรายงานการวิจัย เพื่อสรุปผลการศึกษเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดสูง ซึ่งอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบตามที่เสนอโดย สถาบันโจแอนนา บริกส์ (JBI, 2023) ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ 1) การกำหนดปัญหาในการทบทวน 2) กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย 3) กำหนดวิธีการสืบค้น 4) การคัดกรองและคัดเลือกงานวิจัย 5) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 6) การสกัดข้อมูล 7) การวิเคราะห์ข้อมูล มีการกำหนดคุณสมบัติงานวิจัยที่นำมาศึกษาตามหลักการทบทวนอย่างเป็นระบบ เป็นรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม ผลลัพธ์ด้านการควบคุมจัดการตนเอง สุขภาพทางกาย การเปลี่ยนแปลงค่าชีวเคมี และภาวะจิตสังคม ในรูปแบบของงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมและงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยตีพิมพ์เป็นภาษาไทย และ



ภาษาอังกฤษ ที่รายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2014 ถึง ค.ศ. 2024)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ ตามขั้นตอนของ สถาบันโจแอนนา บริกส์ เพื่อให้การคัดเลือกและวิเคราะห์งานวิจัยเป็นไปอย่างเป็นระบบและโปร่งใส โดยมีขั้นตอนหลัก ดังนี้

1. กำหนดปัญหาในการทบทวน โดยทบทวนลักษณะของการจัดกระทำหรือโปรแกรม วิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม และผลลัพธ์ที่ได้

2. กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกรงานวิจัย

2.1 คัดเลือกรงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดกระทำ โปรแกรม วิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม ที่มีลักษณะครอบคลุมตามหลัก PICO ดังนี้

P: (population) คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดสูง Acute Coronary Syndrome, Myocardial Ischemia, Cardiovascular Diseases, Comorbidity, Multimorbidity, Diabetes Mellitus, Hypertension, Hyperlipidemias

I: (intervention) คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง, รูปแบบการจัดการตนเอง, Self-Management, Self-Management Program, self-care, self-care program

C: (comparison) คือ มีกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ การดูแลตามปกติ การพยาบาลปกติ routine care

O: (outcomes) คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การเปลี่ยนแปลงค่าชีวเคมี ด้านจิตสังคมและการควบคุมตนเอง Diet Healthy, Diet Therapy, Eating Behavior, Dietary Patterns, Cholesterol, HDL, LDL, Blood Glucose, Body Mass Index, Self Efficacy, Patient Compliance, Social Support, Behavioral Control, Mental Health, Health Knowledge Attitudes Practice, Self-Control

2.2 เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ไม่เกิน 10 ปี ตั้งแต่ เดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2557 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2014 ถึง ค.ศ. 2024)

2.3 เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trials: RCTs) และการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study)

3. กำหนดวิธีการสืบค้น

3.1 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ โดยใช้หลัก PICO ดังข้อ 2.1

3.2 สืบค้นงานวิจัยตามคำสำคัญที่กำหนดจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 9 ฐานข้อมูล ได้แก่ PubMed, THAIJO, CINAHL, ProQuest, EBSCO, Wiley Online Library, ScienceDirect, Cochrane Library และ Scopus ผลการสืบค้นพบว่า ได้งานวิจัยที่สืบค้นจากฐานข้อมูลจำนวน 1,968 เรื่อง

3.3 สืบค้นจากรายงานเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรมของงานวิจัยที่สืบค้นได้ (reference list) ไม่พบงานวิจัยเพิ่มเติม

4. การคัดกรองและคัดเลือกรงานวิจัย ดำเนินการโดยผู้ทบทวน คือ ผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษา แยกกันอ่านรายงานวิจัยที่สืบค้นจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ แล้วทำการคัดเลือกรงานวิจัยเพื่อพิจารณาเบื้องต้น โดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัยของ JBI Critical Appraisal Checklist เพื่อประเมินคุณภาพงานวิจัยก่อนนำมาทบทวน และลงในแบบบันทึกการสกัดข้อมูลของ JBI Data Extraction Form for Systematic Reviews and Research Syntheses อย่างเป็นอิสระต่อกัน หลังจากนั้น แยกกันอ่านงานวิจัยฉบับเต็มทำการคัดเลือก แล้วนำมาเปรียบเทียบกัน ซึ่ง



ผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษามีความเห็นตรงกันในการคัดเลือกรายงานวิจัยเข้าทบทวนได้งานวิจัยจำนวน 18 เรื่อง

5. การประเมินคุณภาพงานวิจัย เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของงานวิจัยที่นำมาศึกษา ผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาแยกกันอ่านงานวิจัยเพื่อประเมินคุณภาพงานวิจัยอย่างอิสระ โดยใช้เครื่องมือ ดังต่อไปนี้

5.1 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอคติสำหรับงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (JBI Critical Appraisal Tool for the Assessment of Risk of Bias for RCTs) จำนวน 13 ข้อ โดยผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษา กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกรายงานวิจัย และกำหนดคะแนนในการคัดเลือกรายงานวิจัยต้องผ่านการประเมินอย่างน้อยร้อยละ 60 หรือคะแนนในการคัดเลือกรายงานวิจัยตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 13 คะแนน โดยมีเกณฑ์สำคัญที่ต้องประเมิน ผ่าน คือ ต้องมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างแท้จริง

5.2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอคติสำหรับงานวิจัยกึ่งทดลอง (JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental) จำนวน 9 ข้อ โดยผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษา กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกรายงานวิจัยและกำหนดคะแนนในการคัดเลือกรายงานวิจัย ต้องผ่านการประเมินอย่างน้อยร้อยละ 60 หรือมีคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 9 คะแนน

หลังจากประเมินคุณภาพงานวิจัยได้งานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง เพื่อนำไปสกัดข้อมูลเป็นงานวิจัยแบบ RCTs จำนวน 4 เรื่อง และงานวิจัยแบบ Quasi Experimental จำนวน 4 เรื่อง

6. การสกัดข้อมูล ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแยกกันอ่านงานวิจัยฉบับเต็ม จำนวน 8 เรื่อง อย่างละเอียด เพื่อสกัดข้อมูลและลงบันทึกในแบบบันทึกการสกัดข้อมูล (JBI Data Extraction Form for Systematic Reviews and Research Syntheses) แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ลักษณะของงานวิจัยที่คัดเลือกรวมอยู่ด้วย ผู้วิจัย ลักษณะของการศึกษา รูปแบบงานวิจัย จำนวนและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของการจัดกระทำ ผลการศึกษา และคะแนนการประเมินคุณภาพ และ 2) การสกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลผลลัพธ์และขนาดอิทธิพล

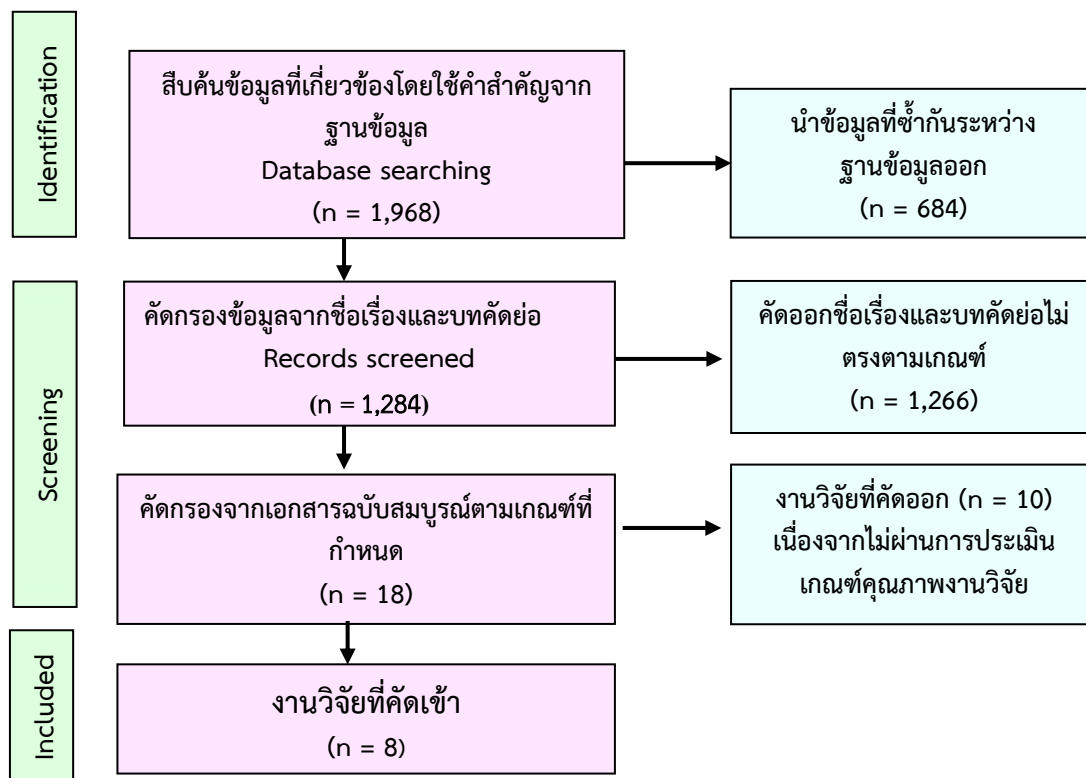
7. การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสรุปรายงานการวิจัยมาวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไป และระเบียบวิธีของงานวิจัย วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ส่วนที่ 2 วิธีการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร และส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร ด้วยการวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหาเพื่อตอบคำถาม เนื่องจากรายงานการวิจัยที่นำมาทบทวนมีความหลากหลายของวิธีการจัดกระทำใช้วิธีการที่แตกต่างกัน และวิธีการประเมินผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถตอบคำถามการทบทวนด้วยการวิเคราะห์เมตา

8. นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม โดยผู้วิจัยนำเสนอ ดังแผนภาพที่ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA No. 148/68 ลงวันที่รับรอง 5 มิถุนายน 2568

ผลการทบทวนอย่างเป็นระบบ



แผนภาพที่ 1 Review flow chart: Preferred Report Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) flowchart

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน จากรายงานการวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินคุณภาพจำนวน 8 เรื่อง พบว่า เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยจำนวน 2 เรื่อง และงานวิจัยต่างประเทศ จำนวน 6 เรื่อง การออกแบบวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม จำนวน 4 เรื่อง (Akhu-Zaheya & Shiyab, 2017; Cruz-Cobo et al., 2024; Fatahian et al., 2024; Luisi et al., 2015) และงานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 4 เรื่อง (Amini et al., 2021; Lizcano Álvarez et al., 2023; Nunthaitawweekul & Pansup, 2021; Tantikittichaiyakun et al., 2024) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและเรื้อรัง ทุกการศึกษามีรายงานโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย โดยการศึกษาส่วนใหญ่มีผู้เข้าร่วมวิจัยตั้งแต่ 30 คนขึ้นไป งานวิจัยบางเรื่องใช้หลายวิธีการในการจัดการกระทำ (intervention) ระยะเวลาทั้งหมดในการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร ที่ 6 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง 8 สัปดาห์ จำนวน 2 เรื่อง 12 สัปดาห์ จำนวน 2 เรื่อง 6 เดือน จำนวน 1 เรื่อง และ 12 เดือน จำนวน 2 เรื่อง

จากการประเมินเอกสารงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ตามแบบประเมินคุณภาพของสถาบันโจแอนนาบริกส์ พบว่า ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการทบทวนอย่างเป็นระบบ 4 เรื่อง ได้รับคะแนนเท่ากับ 8-11 คะแนน จากคะแนนเต็ม 13 คะแนน และผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยกึ่งทดลอง ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการทบทวนอย่างเป็นระบบ 4 เรื่อง ได้รับคะแนนเท่ากับ 8-9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 9 คะแนน



ส่วนที่ 2 วิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร พบว่า มีวิธีการหรือโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม และสามารถคงพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร แบ่งวิธีการได้เป็น 5 รูปแบบ คือ

2.1 การให้ความรู้และคำปรึกษารายบุคคลพบว่า มีการวิจัย 4 เรื่อง มีวิธีการที่คล้ายกัน คือ เน้นการให้ความรู้และคำปรึกษารายบุคคล และติดตามผลอย่างต่อเนื่องผ่านการเยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์ ซึ่งในแต่ละงานวิจัยมีความแตกต่างกันในด้านขององค์ประกอบของโปรแกรม ได้แก่ การบันทึกข้อมูล การตั้งเป้าหมายเฉพาะบุคคล การใช้ Motivational Interviewing หรือทฤษฎี 5 A's และใช้ระยะเวลาต่างกัน ตั้งแต่ 6 สัปดาห์ ถึง 18 เดือน ได้แก่ การศึกษาของ ลิซกาโน-อัลวาเรซ และคณะ (Lizcano-Álvarez et al., 2023) ให้คำปรึกษารายบุคคล โดยใช้ Heart-Healthy Self-Care Notebook ส่งเสริมการเรียนรู้และบันทึกข้อมูล ผ่านกระบวนการทบทวนบันทึกให้ความรู้เชิงลึก ร่วมกับใช้ Motivational Interviewing ตั้งเป้าหมายใหม่และวางแผนติดตาม รวม 11 ครั้ง ใช้เวลา 30–60 นาทีต่อครั้ง เป็นระยะเวลา 12–18 เดือน

การศึกษาของ อะมินี และคณะ (Amini et al., 2021) ให้ความรู้และคำปรึกษารายบุคคล 3 ครั้ง ดังนี้ 1) ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล เน้นความสำคัญของโภชนาการต่อการฟื้นตัว การลดไขมันอิ่มตัว โซเดียม และลดปัจจัยเสี่ยง อาทิ เบาหวาน ความดันโลหิต ใช้ทฤษฎี 5 A's: Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2) ก่อนจำหน่าย ทบทวนความรู้และเป้าหมายที่ตั้งไว้ในครั้งที่ 1 เน้นอ่านฉลากโภชนาการ ตั้งเป้าหมายระยะสั้นร่วมกัน และ 3) 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย ตรวจสอบบันทึกความคืบหน้าในการบรรลุเป้าหมาย วิเคราะห์อุปสรรคที่พบระหว่างปฏิบัติจริง ปรับเป้าหมายวางแผน และติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ใช้เวลา 40–45 นาทีต่อครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

การศึกษาของ ลุยซี และคณะ (Luisi et al., 2015) ให้คำปรึกษารายบุคคล โดยประเมินเบื้องต้นก่อนเริ่มโปรแกรม สัมภาษณ์ข้อมูลโภชนาการปัจจุบัน ตั้งเป้าหมายโภชนาการเฉพาะบุคคล และให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว เน้น Heart-healthy diet, Mediterranean diet อ่านฉลากโภชนาการ การเลือกวัตถุดิบ วิธีปรุงอาหาร ลดไขมันอิ่มตัว โซเดียม ควบคุมปริมาณ ติดตามผลและปรับเป้าหมาย รวม 6 ครั้ง ใช้เวลา 30–45 นาทีต่อครั้ง เป็นระยะเวลา 12 เดือน และการศึกษาของ ปชานันธุ์ นันทไทยวิกุล และ จันทรเพ็ญ แผ่นทรัพย์ (Nunthaitawweekul & Pansup, 2021) โดยวางแผนอาหารเฉพาะบุคคลร่วมกับผู้ป่วย ตั้งเป้าหมายรายบุคคล กำหนดรูปแบบอาหาร บันทึกเมนูอาหารรายวัน ฝึกทักษะการจัดการตนเองแบบเป็นขั้นตอน ได้แก่ ตั้งเป้าหมาย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ ตัดสินใจ ปฏิบัติ และประเมินปรับปรุง ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เยี่ยมบ้าน 1-2 ครั้ง และติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 5 ระยะเวลา 6 สัปดาห์

2.2 การบันทึกและติดตามพฤติกรรมด้วยตนเอง พบว่า มีการวิจัย 5 เรื่อง มีวิธีการที่คล้ายกัน คือ การบันทึกอาหารที่รับประทาน หรือบันทึกพฤติกรรมบริโภค และการติดตามพฤติกรรม โดยมีการตั้งเป้าหมาย ประเมินผล และการ feedback อย่างสม่ำเสมอ และบางงานวิจัยมีการกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจแต่ใช้วิธีที่ต่างกันไป อาทิ ส่งข้อความตามระดับการปฏิบัติได้ ติดตามชื่นชม โทรศัพท์ ซึ่งในแต่ละงานวิจัยมีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบของการบันทึก ได้แก่ บันทึกผ่านแอปพลิเคชัน สมุดบันทึก ภาพถ่าย รวมถึงความถี่ในการติดตาม ดังนี้ 1) บันทึกอาหารที่รับประทานทุกวันผ่านฟีดเจอร์ “Food Log” ประเมินตนเองด้วยแบบสอบถามสั้นรายสัปดาห์ ส่งข้อความแจ้งเตือนอัตโนมัติสัปดาห์ละครั้ง และวิเคราะห์ข้อมูลสัปดาห์ก่อนหน้าร่วมกับส่งข้อความ สืบเสาะ สืบเหลือง หรือสีแดง ตามระดับการปฏิบัติได้จริง ร่วมกับข้อเสนอแนะเฉพาะบุคคล (Cruz-Cobo et al., 2024) 2) จัดบันทึกเมนูอาหารและเป้าหมายโภชนาการรายสัปดาห์ในสมุด SEMAP พยาบาลทบทวนการบันทึก ติดตามชื่นชม และช่วยวางแผนปรับเป้าหมายให้เหมาะสมในแต่ละครั้ง และใช้ข้อมูลจากบันทึกจริงเป็นฐานในการตั้งเป้าหมายใหม่ทุกสัปดาห์ (Lizcano-Álvarez et al., 2023) 3) บันทึกเมนูอาหาร ความรู้สึก น้ำหนัก ความดัน



โลหิตทุกวัน พยาบาลทบทวนบันทึก 3 ครั้ง คือ ระหว่างพักรักษา ก่อนจำหน่าย และ 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย ใช้ Motivational Interviewing ให้ข้อเสนอแนะเชิงลึก และวิธีการโทรศัพท์ทวนคำแนะนำและทวนสอบในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 (Amini et al., 2021) 4) บันทึกอาหารทุกวันด้วยแบบฟอร์มเฉพาะ และส่งให้นักโภชนาการเพื่อให้อัปเดตย้อนกลับ เดือนละ 1 ครั้ง ใน 6 เดือนแรก และติดตามใน เดือนที่ 9 และ 12 นักโภชนาการทบทวนการบันทึก วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง และปรับเป้าหมาย และใช้ภาพถ่ายอย่างเหมาะสมและการวัดปริมาณอาหารจริง ผัก พฤติกรรมจัดการตนเอง (Luisi et al., 2015) และ 5) ถ่ายภาพอาหารมื้อหลักส่งผ่านไลน์แอปพลิเคชันให้ผู้วิจัยตรวจสอบทุกวัน ในสัปดาห์ที่ 1 ถึง 2 ส่งภาพ 2 วันต่อสัปดาห์ในสัปดาห์ที่ 3 ถึง 8 ผู้วิจัยตอบกลับให้คำแนะนำ และช่วยปรับเมนูหรือวิธีปรุงให้เหมาะสมกับเป้าหมาย (Nunthaitawweekul & Pansup, 2021)

2.3 การสร้างแรงจูงใจ พบว่า มีการวิจัย 3 เรื่อง มีวิธีการที่คล้ายกัน คือ เมื่อปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย จะใช้กลยุทธ์การเล่นเกมควบคู่กับการตั้งเป้าหมายให้สำเร็จเป็นขั้นตอน เพื่อสร้างความรู้สึกรสำเร็จซ้ำ เห็นความก้าวหน้าของตนเอง ซึ่งในแต่ละงานวิจัยมีความแตกต่างกันในด้านของวิธีการ อาทิ การสะสมคะแนน สะสมดาว ดังนี้ 1) ใช้วิธีสะสมคะแนนเปลี่ยนเป็นเหรียญรางวัลเมื่อปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ร่วมกับแสดงแถบสถานะความก้าวหน้ารายสัปดาห์ในแอปพลิเคชัน และมีข้อความแจ้งเตือน สีเขียว สีเหลือง สีแดง ร่วมกับส่งข้อความกระตุ้นสัปดาห์ละครั้ง (Cruz-Cobo et al., 2024) 2) เล่นเกมตอบคำถามผ่านแอปพลิเคชันทุกคำตอบที่ถูกต้องจะได้ 1 ดาว สะสมดาวเพื่อปลดล็อกเนื้อหาเสริม ร่วมกับตั้งเป้าหมายเล็ก ๆ เพื่อให้สำเร็จได้ภายในสัปดาห์ถัดไป เมื่อเป้าหมายแรกสำเร็จจะเพิ่มระดับความท้าทาย (Fatahian et al., 2024) และ 3) ใช้วิธีการชมเชย พร้อมแสดงสถิติการลดแคลอรี ไขมัน ใช้ภาพขณะวัดจริงเพื่อให้เห็นความแตกต่างของปริมาณอาหาร (Luisi et al., 2015)

2.4 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ พบว่า มีการวิจัย 3 เรื่อง วิธีการที่คล้ายกัน คือ เน้นให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ ร่วมกับผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ ดังนี้ 1) ให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมทุกครั้ง ในการร่วมตั้งเป้าหมายรายเดือน เข้ารับฟังคำปรึกษา เรียนรู้เป้าหมายโภชนาการของผู้ป่วย ช่วยกระตุ้นเตือน สนับสนุนให้ปฏิบัติตามแผน และตรวจสอบการบันทึกการรายสัปดาห์ร่วมกัน (Lizcano-Álvarez et al., 2023) 2) ให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก เรียนรู้เนื้อหาและวิธีปฏิบัติจริงให้กำลังใจ แก้อุปสรรค และทบทวนเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน (Nunthaitawweekul & Pansup, 2021) และ 3) ให้ครอบครัวได้รับการแนะนำวิธีช่วยจัดเตรียมและเลือกอาหารที่เหมาะสมกับเป้าหมาย และช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยส่งภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ (Tantikittichaiyakun et al., 2024)

2.5 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและแอปพลิเคชันให้ความรู้และติดตามพฤติกรรม รายงานวิจัย 4 เรื่อง มีวิธีการที่คล้ายกัน คือ ให้ความรู้ ติดตามบันทึกและวิเคราะห์พฤติกรรมเฉพาะบุคคล ผ่านแอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือ ซึ่งในแต่ละงานวิจัยมีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบ อาทิ ใช้แอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือ ส่งข้อความแจ้งเตือน และการโทรศัพท์ ร่วมกับใช้ฟีดแบ็กสะสมคะแนนหรือเหรียญรางวัลและแสดงความก้าวหน้าด้วยกราฟ ดังนี้ 1) ใช้แอปพลิเคชันบนมือถือที่เรียกว่า eMOTIVA ในการให้ความรู้ บันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหาร มีระบบวิเคราะห์การบันทึกและส่งข้อความคำแนะนำเฉพาะบุคคล มอบเหรียญเมื่อทำตามเป้าหมายสำเร็จ และรายงานความก้าวหน้ารายสัปดาห์ด้วยกราฟในแอปพลิเคชัน (Cruz-Cobo et al., 2024) 2) ใช้วิธีการติดตามทางโทรศัพท์ (telephone follow-up) เพื่อให้กำลังใจ ทวนคำแนะนำด้านโภชนาการ ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 หลังจำหน่าย ตรวจสอบการบันทึกเมนู แก้อุปสรรค และช่วยปรับเป้าหมายสัปดาห์ถัดไป (Amini et al., 2021) 3) ใช้วิธีส่งข้อความทางโทรศัพท์วันละ 1 ข้อความ ตลอด 90 วัน และส่งคำแนะนำเชิงปฏิบัติร่วมกับให้กำลังใจเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติตาม (Akhu-Zaheya & Shiyab, 2017) และ 4) ใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ส่งคู่มือ วิดีโอสั้น ให้ทบทวนได้ตลอดเวลา ร่วมกับส่งรูปอาหารทุกวันในสัปดาห์ 1 และ 2 ส่งภาพอาหาร 2 วันต่อสัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 3 ถึง 8 ทีมวิจัยตอบกลับในแชท พร้อมให้คำชมเชยหรือปรับปรุงเมนู (Tantikittichaiyakun et al., 2024)



Interventions to Promote Dietary Self-Management Behaviors Among Acute Coronary Syndrome Patients with Comorbidities: A Systematic Review

วิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

ตารางที่ 1 ลักษณะของรายงานการวิจัยที่นำมาทบทวน (จำนวน 8 เรื่อง)

ชื่อผู้วิจัย,ปี, ประเทศ	รูปแบบ การวิจัย/ระดับ ความน่าเชื่อถือ ของหลักฐาน	จำนวน และลักษณะ กลุ่มตัวอย่าง	ลักษณะของการจัด กระทำ	เครื่องมือประเมิน พฤติกรรมจัดการ ตนเองด้านการบริโภค อาหาร	ผลการศึกษา	คะแนนการ ประเมิน คุณภาพ
1. Luisi et al., 2015 อิตาลี	RCT Level 1.c	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่ระบุช่วงอายุ จำนวน 133 คน กลุ่มทดลอง 67 คน กลุ่มควบคุม 66 คน	ระยะเวลา 12 เดือน กลุ่มทดลอง: ได้รับ โปรแกรมการฟื้นฟูหัวใจ ตามปกติร่วมกับการให้ สุขศึกษาด้านการบริโภค อาหารเพื่อฟื้นฟูหัวใจ กลุ่มควบคุม: ได้รับ โปรแกรมการฟื้นฟูหัวใจ ตามปกติ	1. Anthropometric measures (Height and weight, Waist circumference, BMI) 2. Validated Indali questionnaire 3. Biochemical essays (PFG, total cholesterol, HDL) cholesterol and serum triglycerides, LDL cholesterol)	1. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมี น้ำหนักลดลงอย่างมี นัยสำคัญ ($p = 0.001$) และมีดัชนีมวลกายลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) 2. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ลดปริมาณการบริโภค แคลอรีต่อวันลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ลดการบริโภค โปรตีนจาก สัตว์ ไขมันรวม ไขมัน อิ่มตัวและไม่อิ่มตัว เชิงเดี่ยว คาร์โบไฮเดรต ชนิดละลายน้ำ และ คาร์โบไฮเดรตได้อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)	8/13
2. Akhu-Zaheya & Shiyab, 2017 จอร์แดน	RCT Level 1.c	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ช่วงอายุ 29-82 ปี จำนวน 160 คน กลุ่มทดลอง 53 คน กลุ่มยาหลอก (placebo) 54 คน กลุ่มควบคุม 53 คน	ระยะเวลา 3 เดือน กลุ่มทดลอง ได้รับ SMS เตือนรายวัน เน้น พฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน คือ ยา อาหาร การ เลิกบุหรี่ กลุ่มยาหลอก ได้รับ SMS สุขภาพทั่วไป กลุ่มควบคุม ได้รับการ ดูแลตามปกติ	Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS)	กลุ่มทดลองมีความ สม่ำเสมอในการปฏิบัติ และความยึดมั่นด้านการ รับประทานอาหารสูงกว่า กลุ่มยาหลอก และกลุ่ม ควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$)	9/13
3. Nunthai tawweekul & Pansup, 2021 ไทย	Quasi experimental Level 2.c	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ช่วงอายุ 40-65 ปี จำนวน 50 คน กลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน	ระยะเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง ได้รับ โปรแกรมการจัดการ ตนเองร่วมกับการ สนับสนุนทางสังคม (CIP) กลุ่มควบคุม ได้รับการ ดูแลตามปกติ	1. Self-Management Behavior Questionnaire 2. Healthy Eating Behavior Questionnaire	กลุ่มทดลองมีคะแนนการ จัดการตนเอง และมี พฤติกรรมบริโภค อาหารเพื่อสุขภาพสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม และ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)	9/9



Interventions to Promote Dietary Self-Management Behaviors Among Acute Coronary Syndrome Patients with Comorbidities: A Systematic Review

วิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

ตารางที่ 1 ลักษณะของรายงานการวิจัยที่นำมาทบทวน (จำนวน 8 เรื่อง) (ต่อ)

4. Amini et al., 2021 อิหร่าน	Quasi experimental Level 2.c	ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อายุ ≤ 75 ปี จำนวน 92 คน กลุ่มทดลอง 46 คน กลุ่มควบคุม 46 คน	ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง: ให้ความรู้ตามปกติร่วมกับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบหน้า 3 ครั้ง และโทรศัพท์ 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 กลุ่มควบคุม: ให้ความรู้ตามปกติ	1. 10-item Diet Questionnaire 2. systolic and diastolic blood pressure, waist measurement, and BMI,	1. พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2. การทดลองไม่ได้ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อ BMI เส้นรอบเอว และ systolic and diastolic blood pressure ($p > 0.05$)	9/9
5. Lizcano-Álvarez et al., 2023 สเปน	Quasi experimental Level 2.c	ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ช่วงอายุ 40 - 70 ปี 132 ราย	ระยะเวลา 12-18 เดือน กลุ่มทดลอง: ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยพยาบาล 11 ครั้ง ใช้ Heart-Healthy Self-Care Notebook ส่งเสริมการเรียนรู้และบันทึกข้อมูลสุขภาพ การให้คำปรึกษาแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที และจัดเป็นรายบุคคล	1. outcome variables were the indicator scores for the following NOC outcomes: Self-management: Compliance Behavior: Prescribed Diet	คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (pre = 3.7; post = 4.1) ($p < 0.001$)	8/9
6. Tantikitti chaiyakun et al., 2024 ไทย	Quasi experimental Level 2.c	- ACS อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 52 คน กลุ่มทดลอง 26 คน กลุ่มควบคุม 26 คน	ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชัน กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ	แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการจัดการตนเองในสภาวะหัวใจ ด้านการบริโภคอาหาร	กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)	9/9
7. Cruz-Cobo et al., 2024 สเปน	RCT Level 1.c	ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อายุไม่เกิน 75 ปี จำนวน 287 คน กลุ่มทดลอง 145 คน กลุ่มควบคุม 142 คน	ระยะเวลา 24 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรม mHealth ผ่านแอปพลิเคชัน eMOTIVA ที่ติดตั้งบนสมาร์ตโฟน กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ	1. แบบสอบถามการปฏิบัติตามการรับประทานอาหาร Mediterranean diet questionnaire 2. ความถี่ในการบริโภคอาหารแต่ละกลุ่ม food consumption frequency questionnaire	1. ประเมินผลที่ 3 เดือน และ 6 เดือนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม 2. กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีขึ้นอย่างมี	11/13



ตารางที่ 1 ลักษณะของรายงานการวิจัยที่นำมาทบทวน (จำนวน 8 เรื่อง) (ต่อ)

					นัยสำคัญ ($p < .001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ระยะเวลา 3 และ 6 เดือน ความถี่ในการบริโภคเนื้อแดง ≤ 1 ครั้ง/สัปดาห์ (97.9% vs 68.1%) เบเกอรี่ < 2 ครั้ง/สัปดาห์ (89.6% vs 56.8%) น้ำมันปลา ≥ 2 ครั้ง/สัปดาห์ (86.1% vs 41.4%) ผัก ≥ 2 ครั้ง/วัน (90.3% vs 55.3%) ผลไม้ ≥ 2 ครั้ง/วัน (88.9% vs 60.2%)	
8. Fatahian et al., 2024 อิหร่าน	RCT Level 1.c	ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อายุ 31–67 ปี จำนวน 72 คน กลุ่มทดลอง 36 คน กลุ่มควบคุม 36 คน	ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ตาม HBM 4 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง กลุ่มควบคุม ได้รับดูแลตามปกติ	1. Health Belief Model Questionnaire ประเมินความรู้ การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค ความสามารถ และผลของการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำด้านอาหาร 2. Nutritional Behavior Questionnaire 3. (Height and weight, Waist circumference, BMI) 4. HDL, LDL, total cholesterol) และ FBS	1. กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้และพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ 1 และ 3 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2. กลุ่มทดลอง พบค่า HDL เพิ่มขึ้น ($p = 0.006$) LDL ลดลง ($p = 0.05$) FBS ลดลง ($p = 0.001$) Cholesterol ลดลง ($p = 0.001$) ค่า BMI ลดลง ($p = 0.002$)	9/13

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ที่ได้ต่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ สามารถวัดผลลัพธ์หรือประสิทธิผลของการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วมได้ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตสังคม และด้านการควบคุมตนเอง ดังนี้

1. **ผลลัพธ์ด้านสุขภาพทางกาย** พบรายงานวิจัยวิธีการให้ความรู้และคำปรึกษาและการส่งเสริมการออกกำลังกายร่วมกับวัดการเปลี่ยนแปลงค่าทางชีวเคมีและทางคลินิก จำนวน 3 เรื่อง (Amini et al., 2021; Fatahian et al., 2024; Luisi et al., 2015) วิธีการดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของ HDL ร่วมกับการลด LDL และ total cholesterol ส่งผลดีต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนการลด BMI และ FBS สะท้อนถึงการควบคุมปริมาณอาหารและน้ำตาลที่ดี ประเมินโดยติดตามค่าทางชีวเคมีและคลินิก คือ การตรวจเลือดและการวัดดัชนีมวลกาย (BMI)



2. ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม พบรายงานวิจัยมีการให้คำปรึกษารายบุคคล การใช้ทฤษฎีสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว จำนวน 3 เรื่อง (Fatahian et al., 2024; Lizcano-Álvarez et al., 2023; Nunthaitawweekul & Pansup, 2021) วิธีการดังกล่าวแสดงให้เห็น การพัฒนาทัศนคติเชิงบวก เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และเกิดแรงจูงใจ ซึ่งช่วยให้ความต่อเนื่องของพฤติกรรมและลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคได้ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ในแต่ละการศึกษา ได้แก่ Health Belief Model Questionnaire (HBM) และ Nutritional Behavior Questionnaire (Fatahian et al., 2024) outcome variables were the indicator scores for the following NOC outcomes: Self-management: Compliance Behavior: Prescribed Diet (Lizcano-Álvarez et al., 2023) และ Healthy Eating Behavior Questionnaire, Self-Management Behavior Questionnaire (Nunthaitawweekul & Pansup, 2021)

3. ผลลัพธ์ด้านการควบคุมตนเอง พบรายงานวิจัยส่งเสริมการตั้งเป้าหมาย การบันทึกพฤติกรรมอาหาร และติดตามผลรายวันหรือรายสัปดาห์ การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และการใช้แบบแผนการเรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชัน สามารถช่วยในการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น จำนวน 5 เรื่อง (Fatahian et al., 2024; Lizcano-Álvarez et al., 2023; Luisi et al., 2015; Nunthaitawweekul & Pansup, 2021; Tantikittichaiyakun et al., 2024) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ในแต่ละการศึกษา ได้แก่ Compliance Behavior: Prescribed Diet (Lizcano-Álvarez et al., 2023), Self-Management in Healthy Heart Questionnaire (Tantikittichaiyakun et al., 2024), Health Belief Model Questionnaire และ Nutritional Behavior Questionnaire (Fatahian et al., 2024), Self-Management Behavior Questionnaire (Nunthaitawweekul & Pansup, 2021), Validated Indali questionnaire (Luisi et al., 2015) และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร (Tantikittichaiyakun et al., 2024)

จากการสรุปเนื้อหาผลลัพธ์ที่ได้รับจากวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม คือ เกิดผลลัพธ์ที่ดี ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตสังคม และด้านการควบคุมตนเอง อย่างไรก็ตาม รายงานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นและให้ความสำคัญในด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและรักษาพฤติกรรมโภชนาการ

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม คัดเลือกจากงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมและงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ที่ศึกษาภายในประเทศไทยและต่างประเทศ ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยในช่วงปี พ.ศ.2557 ถึง พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2014 ถึง ค.ศ. 2024) มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์และนำมาทบทวนอย่างเป็นระบบจำนวน 8 เรื่อง พบว่า

1. วิธีการที่ใช้ และระยะเวลาในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง มีความหลากหลาย ได้แก่ การให้ความรู้และคำปรึกษารายบุคคล การใช้สื่อสังคมออนไลน์และแอปพลิเคชัน การติดตามพฤติกรรมผ่านการบันทึกอาหาร การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อเนื่อง ส่งผลให้มีความสม่ำเสมอและความยึดมั่นในการปฏิบัติเพิ่มขึ้น แต่ละงานวิจัยใช้ระยะเวลาแตกต่างกัน ตั้งแต่ 6 สัปดาห์ถึง 18 เดือน ความถี่ของกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งขึ้นไป ส่งผลให้ค่าทางชีวเคมีและการควบคุมตนเองเพิ่มขึ้น

2. ด้านสุขภาพทางกาย การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่ม HDL ลด LDL, total cholesterol, BMI และ FBS



3. ด้านจิตสังคม โปรแกรมที่ใช้การให้คำปรึกษารายบุคคล ทฤษฎีสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ช่วยเพิ่มความมั่นใจในตนเอง แรงจูงใจ และลดความวิตกกังวล ทำให้สามารถรักษาพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารได้อย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในมิติทางจิตสังคม

4. ด้านการควบคุมตนเอง การส่งเสริมการตั้งเป้าหมาย การบันทึก และติดตามตนเองอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการสนับสนุนรายบุคคลผ่านแอปพลิเคชัน ส่งผลให้สามารถควบคุมตนเองด้านการบริโภคอาหารได้ดีขึ้น

ผลลัพธ์งานวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม มีได้หลากหลายวิธีการ เน้นการให้ความรู้และคำปรึกษา การติดตามด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนจากครอบครัว และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลผ่านมือถือ ในการให้ความรู้รายบุคคล การกระตุ้นเตือน การใช้โมเดลด้านสุขภาพ และโปรแกรมติดตามผลโดยพยาบาลหรือทีมสุขภาพ ช่วยให้การจัดการตนเองดีขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีการประเมินและให้คำแนะนำเป็นระยะ

ความหลากหลายของผลลัพธ์พบว่า เป็นงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศ จำนวน 6 เรื่อง (ประเทศสเปน 2 เรื่อง ประเทศอิหร่าน 2 เรื่อง ประเทศอิตาลี และจอร์แดน พบประเทศละ 1 เรื่อง) สำหรับประเทศไทยพบ จำนวน 2 เรื่อง ทั้งหมดแบ่งเป็น RCTs 4 เรื่อง และ quasi-experimental 4 เรื่อง แม้คุณภาพงานวิจัยจะอยู่ในเกณฑ์ และรายงานผลลัพธ์ทางสถิติที่ชัดเจน เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารเป็นสากล มีการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง การใช้สถิติรายงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นสถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ ซึ่งถือว่าสามารถยืนยันผลการวิจัยได้น่าเชื่อถือยิ่งขึ้น แต่ผลการทบทวนพบความหลากหลาย มีความแตกต่างของวิธีการและผลลัพธ์ แต่ละงานวิจัยโปรแกรมมีความต่างกันด้านระยะเวลา ความถี่รูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคล 3-11 ครั้ง เน้นการให้คำปรึกษาแบบเข้มข้น ในขณะที่การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล มีระยะสั้นแต่เน้นการติดตามทันที และงานวิจัยส่วนใหญ่มีระยะเวลาสั้น (8-18 สัปดาห์) ยกเว้นการศึกษาในประเทศสเปนที่ติดตามนาน 12-18 เดือน ทำให้ไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมในระยะยาวได้

การใช้เครื่องมือประเมินที่ต่างกัน เช่น MEDAS, NOC Compliance, 10-item Diet Questionnaire, Food Frequency Questionnaire ส่งผลให้การวัดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมไม่สามารถเปรียบเทียบตรงกันได้เลยโดยตรง นอกจากนี้ ยังมีความแตกต่างของบริบทและวัฒนธรรมการศึกษาจากสเปน (Lizcano-Álvarez et al., 2023) และอิหร่าน (Amini et al., 2021) เน้นการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเข้มข้น ในขณะที่งานวิจัยประเทศไทย (Tantikittichaiyakun et al., 2024) ใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นหลัก ซึ่งสะท้อนถึงบริบททางสังคมและเทคโนโลยีของแต่ละประเทศ ผลการทบทวนพบว่า งานวิจัยเหล่านั้นใช้วิธีการที่ต่างกันและวัดผลลัพธ์ที่ต่างกัน จากข้อจำกัดดังกล่าว ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อหาขนาดอิทธิพลด้วยการวิเคราะห์เมตา จึงทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่าวิธีการใดให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดได้

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ 1) ด้านภาษาซึ่งการศึกษานี้กำหนดเกณฑ์เฉพาะงานวิจัยภาษาไทยและอังกฤษเท่านั้น อาจทำให้พลาดงานวิจัยคุณภาพในภาษาท้องถิ่นจากประเทศอื่น ๆ 2) ด้านจำนวนงานวิจัยที่จำกัด ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์มีเพียง 8 เรื่อง โดยร้อยละ 75 เป็นการศึกษาในต่างประเทศอาจส่งผลต่อการประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศไทย 3) ด้านการเข้าถึงงานวิจัย บางฐานข้อมูลต้องสมัครสมาชิก จึงอาจพลาดงานวิจัยคุณภาพที่สำคัญ และ 4) กลุ่มตัวอย่างจำกัด โดยงานวิจัยต่างประเทศมีการใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (มากกว่า 30 ราย) ส่วนงานวิจัยในประเทศไทยทั้ง 2 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 30 ราย จึงมีโอกาสเกิดอคติ (Bias) จากขนาดกลุ่มตัวอย่าง



ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม มีวิธีการหลักที่ใช้ในทางปฏิบัติ ได้แก่ 1) การให้ความรู้และคำปรึกษารายบุคคล เน้นการตั้งเป้าหมายและการติดตามผลต่อเนื่อง 2) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและแอปพลิเคชัน เป็นแนวทางที่ช่วยกระตุ้นให้ปฏิบัติตามคำแนะนำด้านโภชนาการได้ดีขึ้น และ 3) การมีส่วนร่วมของครอบครัว ช่วยในการควบคุมตนเองและเพิ่มโอกาสในการรักษาพฤติกรรมในระยะยาว ซึ่งสามารถนำมาบูรณาการวิธีการหลายรูปแบบร่วมกันได้เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยปฐมภูมิที่เป็นการศึกษาเชิงทดลองเพิ่มขึ้น เกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์และสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์แบบเมต้าได้ ส่งผลให้ได้วิธีที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม

References

- Akhu-Zaheya, L. M., & Shiyab, W. Y. (2017). The effect of short message system (SMS) reminder on adherence to a healthy diet, medication, and cessation of smoking among adult patients with cardiovascular diseases. *International Journal of Medical Informatics*, 98, 65–75. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.12.003>
- Amini, R., Rajabi, M., Azami, H., & Soltanian, A. (2021). The effect of self-management intervention program on the lifestyle of post myocardial infarction patients. *Journal of Education and Health Promotion*, 10, 145. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_902_20
- Andrikopoulos, G., Tzeis, S., Nikas, N., Richter, D., Pipilis, A., Gotsis, A., Tsaknakis, T., Kartalis, A., Kitsiou, A., Toli, K., Mantas, I., Olympios, C., Pras, A., Lampropoulos, S., Oikonomou, K., Pappas, C., Kranidis, A., Anastasiou-Nana, M., Triposkiadis, F., ... Vardas, P. (2013). Short-term outcome and attainment of secondary prevention goals in patients with acute coronary syndrome--results from the countrywide TARGET study. *International Journal of Cardiology*, 168(2), 922–927. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2012.10.049>
- Arunsang, P. (2017). *Nursing care of patients with cardiovascular disease* (11th ed.). Khlanguvaithaya Press. (in Thai)
- Badimon, L., Chagas, P., & Chiva-Blanch, G. (2019). Diet and cardiovascular disease: Effects of foods and nutrients in classical and emerging cardiovascular risk factors. *Current Medicinal Chemistry*, 26(19), 3639–3651. <https://doi.org/10.2174/0929867324666170428103206>
- Balaha, M. F., Alamer, A. A., Kabel, A. M., Aldosari, S. A., & Fatani, S. (2023). A prospective cross-sectional study of acute coronary syndrome patients' quality of life and drug prescription patterns at Riyadh Region Hospitals, Saudi Arabia. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(13), 1973. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131973>



- Brunori, E. H. F. R., Lopes, C. T., Cavalcante, A. M. R. Z., dos Santos Romualdo Silva, M. C., de Lima Lopes, J., & de Barros, A. L. B. L. (2015). Dietary intake and stress in patients with acute coronary syndrome. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(5), 528-534. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680507i>
- Chinphan, S., Sirisophon, N., Onseri, S., & Watthanaburanont, E. (2019). Factors correlated with instant restenosis in coronary heart disease patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(3), 218-226. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/187485> (in Thai)
- Cruz-Cobo, C., Bernal-Jiménez, M. Á., Calle, G., Gheorghe, L. L., Gutiérrez-Barrios, A., Cañadas, D., Tur, J. A., Vázquez-García, R., & Santi-Cano, M. J. (2024). Efficacy of a mobile health app (eMOTIVA) regarding compliance with cardiac rehabilitation guidelines in patients with coronary artery disease: Randomized controlled clinical trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 12, e55421. <https://doi.org/10.2196/55421>
- Fatahian, F., Mohammadifard, N., Hassanzadeh, A., & Shahnazi, H. (2024). The effect of a health belief model-based education on nutritional behavior and biochemical factors of patients with myocardial infarction: A line follow-up experimental study. *Health Science Reports*, 7(3), e1966. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1966>
- Grundy, S. M., Stone, N. J., Bailey, A. L., Beam, C., Birtcher, K. K., Blumenthal, R. S., Braun, L. T., de Ferranti, S., Faiella-Tommasino, J., Forman, D. E., Goldberg, R., Heidenreich, P. A., Hlatky, M. A., Jones, D. W., Lloyd-Jones, D., Lopez-Pajares, N., Ndumele, C. E., Orringer, C. E., Peralta, C. A., ... Yeboah, J. (2019). 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the management of blood cholesterol: Executive summary: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(24), 3168-3209. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.11.002>
- Joanna Briggs Institute. (2023). *The critical appraisal tool*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Lizcano-Álvarez, Á., Carretero-Julián, L., Talavera-Sáez, A., Cristóbal-Zárate, B., Cid-Expósito, M. G., Alameda-Cuesta, A., & REccAP Group. (2023). Intensive nurse-led follow-up in primary care to improve self-management and compliance behaviour after myocardial infarction. *Nursing Open*, 10(8), 5211-5224. <https://doi.org/10.1002/nop2.1758>
- Luisi, M. L., Biffi, E., Gheri, C. F., Sarli, E., Rafanelli, E., Graziano, E., Vidali, S., Fattirolli, F., Gensini, G. F., & Macchi, C. (2015). Efficacy of a nutritional education program to improve diet in patients attending a cardiac rehabilitation program: Outcomes of a one-year follow-up. *Internal and Emergency Medicine*, 10(6), 671-676. <https://doi.org/10.1007/s11739-015-1211-y>
- Ministry of Public Health, Department of Disease Control, Noncommunicable Diseases Division. (2024). *Number and mortality rates of the five noncommunicable diseases (NCDs), 2018-2022*. <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911> (in Thai)



- Mosleh, S. M., & Darawad, M. (2015). Patients' adherence to healthy behavior in coronary heart disease: Risk factor management among Jordanian patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(6), 471–478. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000189>
- Mozaffarian, D. (2016). Dietary and policy priorities for cardiovascular disease, diabetes, and obesity: A comprehensive review. *Circulation*, 133(2), 187–225. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018585>
- Nunthaitawweekul, P., & Pansup, J. (2021). The effect of a self-management program combined with social support on the self-management and healthy eating behaviors among patients with cardiovascular disease. *Walailak Journal of Science and Technology*, 18(4), 9614. <https://doi.org/10.48048/wjst.2021.9614> (in Thai)
- Rokhmah, L., Kurniawati, N. D., & Nastiti, A. A. (2020). The relationship of family support and self-efficacy with diet compliance in patients with coronary heart disease. *EurAsian Journal of BioSciences*, 14(1), 1669–1672.
- Tantikittichaiyakun, K., Sriprasong, S., Wattanakitkrileart, D., & Srimahachota, S. (2024). The effect of a self-management program through the LINE application on self-management in people with acute coronary syndrome. *Thai Journal of Nursing*, 73(2), 12–21. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/265488> (in Thai)
- Teleki, S., Zsido, A. N., Komocsi, A., Lenard, L., Kiss, E. C., & Tiring, I. (2019). The role of social support in the dietary behavior of coronary heart patients: An application of the health action process approach. *Psychology, Health & Medicine*, 24(6), 714–724. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1550259>
- Thuajop, S., Maneesriwongkul, W., & Disamoe, S. (2024). Relationships of knowledge, health literacy, and preventive behaviors among persons at risk for coronary artery disease. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 39(3), 342–356. (in Thai)
- Tian, Y., Li, D., Cui, H., Zhang, X., Fan, X., & Lu, F. (2024). Epidemiology of multimorbidity associated with atherosclerotic cardiovascular disease in the United States, 1999–2018. *BMC Public Health*, 24(1), 267. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17619-y>
- Timmis, A., Vardas, P., Townsend, N., Torbica, A., Katus, H., De Smedt, D., Gale, C. P., Maggioni, A. P., Petersen, S. E., Huculeci, R., Kazakiewicz, D., de Benito Rubio, V., Ignatiuk, B., Raisi-Estabragh, Z., Pawlak, A., Karagiannis, E., Treskes, R., Gaita, D., Beltrame, J. F., ... Atlas Writing Group, European Society of Cardiology (2022). European Society of Cardiology: Cardiovascular disease statistics 2021. *European Heart Journal*, 43(8), 716–799. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab892>
- Wang, H., Zhao, T., Wei, X., Lu, H., & Lin, X. (2019). The prevalence of 30-day readmission after acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Cardiology*, 42(10), 889–898. <https://doi.org/10.1002/clc.23238>
- World Health Organization [WHO]. (2024). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>



Interventions to Promote Dietary Self-Management Behaviors Among Acute Coronary Syndrome Patients with Comorbidities: A Systematic Review

วิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคร่วม: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

Zhang, F., Mohamed, M. O., Ensor, J., Peat, G., & Mamas, M. A. (2020). Temporal trends in comorbidity burden and impact on prognosis in patients with acute coronary syndrome using the Elixhauser Comorbidity Index score. *The American Journal of Cardiology*, 125(11), 1603–1611. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2020.02.044>



Development of Clinical Practice Guidelines for the Care of Patients with Chest Drainage Tubes to Prevent Dislodgement and Obstruction after Open-Heart Surgery: A Pilot Study*

การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดและอุดตัน
ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด: การทดลองใช้*

Supaporn

Nin-aram**

สุภาภรณ์

นิลอร่าม**

Maliwan

Silarat***

มะลิวรรณ

ศิริรัตน์***

Abstract

Displacement and occlusion of chest drainage tubes are common problems in patients following open-heart surgery, leading to complications that affect the quality of nursing care. This study aimed to develop clinical practice guidelines for preventing dislodgement and obstruction of chest tubes, based on Soukup's Evidence-Based Practice Model. The research process consisted of three phases: 1) Evidence-triggered phase, 2) Evidence-supported phase, and 3) Evidence-observed phase. Data collection tools included a chest tube displacement and occlusion incident record form and a nurse satisfaction questionnaire. The data were analyzed by descriptive statistics.

The resulting clinical practice guidelines for preventing dislodgement and obstruction of chest tubes included: 1) chest tube care; 2) care of the insertion site; 3) drainage system management; and 4) assessment of complications. The clinical practice guidelines were reviewed for quality by five experts. The content validity index (CVI) was 0.95. The result of pilot-testing the guidelines, with two post-open-heart surgery patients admitted to the cardiovascular thoracic intensive care unit at Khon Kaen Hospital, revealed that within 72 hours postoperatively, no incidence of chest tube displacement or occlusion were observed. The guidelines were also trialed with three nurses of the same unit, who reported a satisfaction level of 94%.

The findings indicate that implementing the guidelines is feasible, with adjustments made to reduce redundancy in nursing activities. However, further studies in similar settings are recommended before broader clinical application.

Keywords: Chest drainage tube; Chest tube dislodgement; Chest tube obstruction; Open heart surgery

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

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



บทคัดย่อ

การเลื่อนหลุดและอุดตันของสายระบายทรวงอก เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาล งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดและอุดตัน โดยใช้กรอบแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ ชูชีพ ขั้นตอนดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การทบทวนปัญหาในหน่วยงาน 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล คือ แบบบันทึกปฏิบัติการเลื่อนหลุดและอุดตันของสายระบายทรวงอก และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดและอุดตัน ประกอบด้วย 1) การดูแลสายระบายทรวงอก 2) การดูแลแผลรอบสายระบายทรวงอก 3) การดูแลขดระบาย และ 4) การประเมินภาวะแทรกซ้อน แนวปฏิบัติผ่านการพิจารณาคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.95 ผลของการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่รักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 2 คน พบว่า หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ไม่พบอุบัติการณ์เลื่อนหลุดหรืออุดตันของสายระบายทรวงอก และการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเดียวกัน จำนวน 3 คน พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจร้อยละ 94

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และได้มีการปรับลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรมการพยาบาล อย่างไรก็ตาม ควรมีการขยายขอบเขตของการศึกษาไปยังหน่วยงานอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ก่อนการนำไปประยุกต์ใช้ในทางคลินิกต่อไป

คำสำคัญ: สายระบายทรวงอก การเลื่อนหลุดของสายระบายทรวงอก การอุดตันของสายระบายทรวงอก การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

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



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2023 พบมีผู้เสียชีวิต 17.9 ล้านคน (WHO, 2023) สอดคล้องกับสถิติในประเทศไทยปี พ.ศ. 2565–2567 ที่มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 34.35, 35.67 และ 37.12 ตามลำดับ และคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต (Department of Disease Control MOPH, 2024)

การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดมีหลายแนวทาง เช่น การใช้ยา การสวนหัวใจ และการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตัน หรือมีภาวะลิ้นหัวใจรั่วหรือตีบรุนแรง (Khemthong et al., 2018) การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง โดยเฉพาะใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นระยะที่สภาพผู้ป่วยยังไม่คงที่ และได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด (Yutthasaen et al., 2021) ผู้ป่วยจะได้รับการใส่สายระบายทรวงอกจำนวน 2–3 เส้น และจะคาสายไว้ 48–72 ชั่วโมง (St-Onge et al., 2021; Takamochi et al., 2018)

เป้าหมายของการใส่สายระบายทรวงอกในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด คือ เพื่อระบายของเหลวหรืออากาศที่คั่งในช่องอก ลดภาวะหัวใจถูกกดจากของเหลวในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (Cardiac tamponade) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและอาจทำให้ต้องรับการผ่าตัดซ้ำ สายระบายทรวงอกจะถูกวางไว้ในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardial drain) ได้กระดูกหน้าอก (Mediastinal drain) และช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural drain) (Grieshaber et al., 2018) ดังนั้น การดูแลสายระบายให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบอัตราการเลื่อนหลุดของสายระบายทรวงอกสูงถึงร้อยละ 14.8 (Asciak et al., 2018) และมีอัตราการอุดตันของสายระบายสูงถึงร้อยละ 36 (Karimov et al., 2013)

การเลื่อนหลุดของสายระบายทรวงอก หมายถึง การที่สายระบายเคลื่อนออกจากตำแหน่งเดิม โดยที่รูระบายยังไม่ไหลออกนอกแผลของผู้ป่วย (Asciak et al., 2018) ขณะที่การหลุดของสายระบาย คือ ภาวะที่ปลายสายหลุดออกจากแผล รูระบายของสายไหลออกนอกผิวหนัง หรือการหลุดของข้อต่อสายระบายทรวงอก (Keawwichaen, 2021) สาเหตุเกิดจากการดึงรั้งของสายระบาย การติดพลาสติกไม่แน่น หรือเทคนิคการเย็บแผลกับสายระบาย รวมถึงการเคลื่อนไหวร่างกายหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (Asciak et al., 2018) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลื่อนหลุดของสายระบายมี 3 ประเด็น คือ 1) ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยจะขยับร่างกายมากขึ้น บางรายมีอาการสับสน หรือกระวนกระวาย ทำให้เกิดการดึงรั้งสายระบายและเลื่อนหลุดได้ (Suttason et al., 2017) 2) ด้านการพยาบาล เช่น ทักษะการดูแลสายระบายไม่เพียงพอ พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยที่มีสายระบายตามประสบการณ์ และ 3) ด้านระบบการพยาบาล แม้จะมีแนวทางการดูแลสายระบาย แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็นสำคัญของการดูแลสาย ส่งผลให้พยาบาลปฏิบัติการดูแลสายระบายแตกต่างกัน (Meksamut et al., 2023) ปัญหานี้จึงยังคงเป็นความท้าทายที่ควรได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันผลกระทบต่อผู้ป่วยและคุณภาพการดูแลรักษา

การอุดตันของสายระบายทรวงอก หมายถึง ภาวะที่มีสิ่งขัดขวางการไหลของสารคัดหลั่งออกจากช่องอกหรือปอด จำแนกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ การอุดตันบางส่วน (partial obstruction) และการอุดตันทั้งหมด (total obstruction) (Karimov et al., 2013) สาเหตุของการอุดตันแบ่งเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ด้านการรักษา โดยเฉพาะการได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดในระหว่างหรือหลังผ่าตัด ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดภายในสายระบาย ส่งผลให้เกิดการอุดตันได้ง่าย (Cook et al., 2017; Karimov et al., 2013) การผ่าตัดหัวใจแบบแรงดันหรือการผ่าตัดซ้ำ ระยะเวลาที่ใช้ในการหนีหลอดเลือดแดงใหญ่ (aortic clamp time) และค่าการบีบตัวของหัวใจ (ejection fraction) ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญเช่นกัน (Karimov et al., 2013) และ 2) จำนวน



และขนาดของสายระบายที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดการอุดตันได้ง่าย จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การอุดตันและการเลื่อนหลุดของสายระบายทรวงอกเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ หากเกิดภาวะเหล่านี้ อาจจำเป็นต้องทำหัตถการซ้ำ เช่น การใส่สายระบายใหม่ ซึ่งก่อให้เกิดความเจ็บปวด การสูญเสียเลือด และค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น (Balzer et al., 2016) ดังนั้น การพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดและอุดตันของสายระบายทรวงอกจึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพได้ (Balzer et al., 2016)

จากการทบทวนแนวทางการดูแลสายระบายทรวงอก ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลแบบทั่วไป เช่น การดูแลสายไม่ให้พับหรืองอ การปิดรูสายระบาย และการสังเกตปริมาณของเหลวที่ระบายออก เป็นแนวทางการดูแลสายระบายที่ใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะลม หรือน้ำในเยื่อหุ้มปอด (Thaiudom et al., 2018) สำหรับแนวทางในต่างประเทศมีการใช้สายระบายที่มีแกนเลื่อนภายในสำหรับกำจัดลิ่มเลือด หรือเนื้อเยื่อ ให้ไหลลงตามท่อสายระบายลงสู่ขวดรองรับของเหลว (St-Onge et al., 2021) นอกจากนี้ การพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดและการอุดตันของสายระบายทรวงอกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ยังคงมีความแตกต่างกันตามบริบทและประสบการณ์ของพยาบาลในแต่ละหน่วยงาน ส่งผลให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกมีความหลากหลาย ทำให้ยังพบปัญหาสายระบายเลื่อนหลุด หรืออุดตันในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาอุบัติการณ์ของสายระบายทรวงอก ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2567 พบอุบัติการณ์อุดตันของสายระบายทรวงอกร้อยละ 9.2 และการเลื่อนหลุดของสายระบายทรวงอกร้อยละ 3.3 ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการใส่สายระบายทรวงอกซ้ำ ร้อยละ 2.3 จากการสัมภาษณ์พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ จำนวน 3 ราย พบว่า การปฏิบัติโดยทั่วไป คือ การปิดรูสายระบายทุก 1-2 ชั่วโมง และประเมินปริมาณเลือดที่ออกมาจากสายระบายทุกชั่วโมง แต่ยังคงขาดการติดพลาสติกยึดระหว่างสายระบายกับผิวหนังผู้ป่วย และพยาบาลบางส่วนยังปิดรูสายระบายไม่ถูกวิธีและขาดความสม่ำเสมอ

อย่างไรก็ตาม หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลขอนแก่น ยังไม่มีแนวทางการดูแลสายระบายที่ครอบคลุมการป้องกันการเลื่อนหลุดและการอุดตันของสายระบาย ทำให้พยาบาลดูแลสายระบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแตกต่างกัน ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดและอุดตันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะลดภาวะเสี่ยงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยพยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลสายระบายทรวงอก และมีการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดและอุดตันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกใช้กรอบแนวคิด Evidence-Based Practice Model ของ ซูกัพ (Soukup, 2000) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) Evidence-triggered phase: การทบทวนปัญหาในหน่วยงาน 2) Evidence-supported phase: การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) Evidence-observed phase: การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ 4) Evidence-based phase: การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ การศึกษานี้ดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ถึง 3



วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. Evidence-triggered phase: ผู้วิจัยได้พบทบทวนปัญหาในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลขอนแก่น โดยการสอบถามจากพยาบาลผู้ปฏิบัติ จำนวน 5 ราย พบว่า แนวทางการดูแลสายระบายทรวงอกยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น พยาบาลปฏิบัติการดูแลสายระบายแตกต่างกันตามประสบการณ์ ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และยังไม่มีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อน การหลุด และอุดตันของสายระบายทรวงอก

2. Evidence-supported phase: ผู้วิจัยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 4 แห่ง ได้แก่ PubMed, CINAHL, Scopus และ ThaiJo คัดเลือกบทความที่เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2557–2567 กำหนดคำค้นตามกรอบของ PICO กำหนดให้ P คือ Open heart surgery, I คือ Nursing guidelines, C ไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบ และ O คือ Chest tube dislocation, Chest tube occlusion ประเมินคุณภาพและจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (The Joanna Briggs Institute, 2014) ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 14 บทความ แบ่งเป็นระดับ 1C 3 เรื่อง, 2A 1 เรื่อง, 2B 1 เรื่อง, 2C 1 เรื่อง, 2D 1 เรื่อง, 3C 1 เรื่อง, 4A 2 เรื่อง และ 5B 4 เรื่อง นำมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกสำหรับป้องกันการเลื่อนหลุดและอุดตันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 4 เรื่อง ดังนี้

2.1 การดูแลสายระบายทรวงอก เป็นกิจกรรมการดูแลสายระบายเพื่อเสริมความมั่นคงของสายระบาย และป้องกันการเลื่อนหลุด และอุดตันของสาย มีดังนี้

1) การป้องกันการเลื่อนและหลุดของสายระบาย ประกอบด้วย 1) ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความจำเป็นของการคาสายระบาย เพื่อสร้างความเข้าใจและความร่วมมือในการดูแลตนเอง รวมถึงแนะนำวิธีดูแลสายระบาย (Nong Khai Hospital, 2022) 2) ตีดยึดสายระบายโดยใช้เทคนิค Omental tag (ภาพที่ 1) เพื่อช่วยยึดสายให้อยู่กับที่ (Merkle et al., 2025) 3) จับยึดสายระบายให้มั่นคงในช่วงที่ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว เช่น ขณะอาบน้ำ พลิกตะแคง จัดท่านั่ง หรือระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (Sasa, 2019) 4) ตีดพลาสติกบริเวณข้อต่อของสายระบาย โดยพันพลาสติกบริเวณข้อต่อระหว่างแท่งแก้วกับสายระบายให้แน่นทุกจุด (ภาพที่ 2) (Lobdell & Engelman, 2023) 5) ประเมินตำแหน่งของสายระบาย โดยตรวจสอบซีตมาร์กเกอร์ทุก 8 ชั่วโมง (de Queiroz & da Cruz, 2022) รวมถึงการติดตามผลเอกซเรย์ทรวงอก (Chest X-ray) เพื่อยืนยันตำแหน่งปลายสายว่าอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม และ 6) บันทึกปริมาณของเหลวที่ออกจากสายระบายทุก 30 นาที ในช่วง 8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะถอดสาย เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการระบายและสังเกตความผิดปกติ (Sirikaew, 2017)



ภาพที่ 1 การตีดพลาสติกที่สายระบายโดยใช้เทคนิคจากแนวคิด Omental tag



ภาพที่ 2 การติดพลาสติกบริเวณรอยต่อของสายระบายทุกจุด

2) การป้องกันการอุดตันของสายระบาย โดยส่งเสริมการระบายของเหลว เลือด หรือลมจากแผล บริเวณทรวงอกอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ประกอบด้วย 1) บีบรูตสายระบาย (milking) ทุก 30 นาที ในช่วง 8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Loughran, 2019) โดยควรปฏิบัติอย่าง ถูกวิธี คือ การรูตสายระบายในระยะประมาณ 10–15 เซนติเมตร พร้อมกับดึงสายให้ยืดออกเล็กน้อยก่อนปล่อย เพื่อให้ทำให้เกิดแรงดันลบในระดับที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพในการระบายของเหลวและลดการสะสม ของลิ่มเลือดภายในสาย ควรหลีกเลี่ยงการรูตสายแรงเกินไปหรือรูตตลอดแนวสายเนื่องจากอาจทำให้เกิดแรงดัน ลบมากเกินไป ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บบริเวณแผลผ่าตัด และหลังจากชั่วโมงที่ 9 เป็นต้นไป ให้บีบรูตสาย ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะถอดสายระบาย (Loughran, 2019) 2) ดูแลสายระบายไม่ให้หัก พับงอ หรือห้อยโค้งเป็น รูปตัวยู (U) โดยแขวนสายไว้กับตะขอข้างเตียงเพื่อให้ของเหลวไหลได้สะดวก และหลีกเลี่ยงการหนีบสาย (clamping) โดยไม่มีข้อบ่งชี้ เนื่องจากอาจทำให้สายเกิดการอุดตัน (Keawwichaen, 2021) และ 3) ประเมิน สัญญาณเตือนของการอุดตันของสาย เช่น พบลิ่มเลือดเกาะภายในสาย หรือปริมาณของเหลวที่ระบายลดลงอย่าง ผิดปกติ โดยเฉพาะในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Sirikaew, 2017)

2.2 การดูแลแผลรอบสายระบายทรวงอก กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย 1) ประเมินรอบแผล ทุก 8 ชั่วโมง หากพบอาการบวม แดง หรือมีเลือดซึม ควรรีบรายงานแพทย์เพื่อป้องกันการลุกลามของการติดเชื้อและ ส่งผลให้เนื้อเยื่อรอบแผลเปื่อย และลดความแข็งแรงของผิวหนังบริเวณที่เย็บยึดสาย ทำให้สายระบายหลุดหรือ เลื่อนได้ง่าย (Nong Khai Hospital, 2022) 2) หลังการผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง ควรทำความสะอาดแผลบริเวณ สายระบายวันละ 1 ครั้ง หรือเมื่อพบสิ่งคัดหลั่ง โดยเน้นการตรวจสอบตำแหน่งสาย เพื่อเฝ้าระวังการเลื่อนของ สายระบาย และประเมินลักษณะของไหมเย็บยึดสายว่ามีความแน่นหนา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อ การหลุดหรือเลื่อนของสายระบาย (Sirikaew, 2017) และ 3) ประเมินอาการปวดแผลทุก 4 ชั่วโมง หากผู้ป่วยมี คะแนนความปวดตั้งแต่ 4 ขึ้นไป พิจารณาการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เพื่อบรรเทาอาการปวดและลด อาการกระสับกระส่าย ทำให้ลดความเสี่ยงของการดึงรั้งของสายระบายได้

2.3 การดูแลขวดระบายทรวงอก ควรวางขวดระบายให้อยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอกของผู้ป่วย 2–3 ฟุต และวางขวดในตะแกรง หรืออุปกรณ์ยึดขวดเพื่อป้องกันการพลิกคว่ำ ซึ่งอาจทำให้สายหลุดจากตำแหน่ง (Tepsuwan, 2019) สำหรับขวด under-water seal ควรตรวจสอบให้ปลายแท่งแก้วจุ่มน้ำลึก 2–3 เซนติเมตร สังเกตการกระเพื่อมของระดับน้ำ (fluctuation) ซึ่งแสดงถึงการทำงานของระบบขวด และฟองอากาศ (bub- bling) ที่ควรปรากฏเมื่อผู้ป่วยหายใจออกหรือไอ เพื่อยืนยันว่าระบบระบายยังทำงานได้ดี หากไม่มีฟองอากาศ หรือการกระเพื่อมของน้ำ อาจเกิดภาวะอุดตันของสายได้ (Sirikaew, 2017) ในขวดควบคุมแรงดัน (control pressure bottle) ควรตรวจสอบให้แท่งแก้วจุ่มในน้ำระดับ 10–12 เซนติเมตร เพื่อรักษาแรงดันลบในช่วง –10



ถึง -20 cmH₂O โดยประเมินและบันทึกค่าแรงดันทุก 8 ชั่วโมง (Loughran, 2019) และเปลี่ยนขวดรับของเหลววันละครั้ง หรือเมื่อของเหลวมีปริมาณมากถึง 3/4 ของขวด เพื่อป้องกันแรงดันย้อนกลับเข้าสู่ทรวงอก (Sirikaew, 2017) ทั้งนี้ ควรเฝ้าระวังสัญญาณของการอุดตัน รวมถึงการบันทึกลักษณะ ปริมาณของของเหลว และค่าแรงดันในระบบอย่างต่อเนื่อง

2.4 การประเมินภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ใส่สายระบายทรวงอก
ประกอบด้วย 1) ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) ผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่าย แน่นหน้าอก หายใจเร็วกว่า 30 ครั้งต่อนาที ค่าออกซิเจนในเลือดต่ำ ($SpO_2 < 90\%$) และการฟังเสียงปอดด้านที่มีลมรั่วจะพบว่า เสียงเบาลงกว่าปกติ (Thaiudom et al., 2018) 2) ภาวะลมใต้ชั้นผิวหนัง (subcutaneous emphysema) โดยการคลำผิวหนังบริเวณรอบสายระบาย พบลักษณะโป่งพอง หรือมีเสียงกรอบแกรบใต้ผิวหนัง ควรขีดขอบเขตบริเวณที่ตรวจพบและประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง (Nong Khai Hospital, 2022) 3) ภาวะเลือดออก (Bleeding) ซึ่งอาจเกิดจากการสายระบายหลุดเลื่อนจากตำแหน่งเดิม ทำให้ไม่สามารถระบายเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือเกิดการอุดตันบางส่วน of สาย ส่งผลเพิ่มความดันในทรวงอก และมีเลือดออกภายใน จึงควรประเมินปริมาณของเหลวที่ระบายออกมา หากมากกว่า 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือพบร่วมกับภาวะความดันโลหิตต่ำ ($BP < 90/60$ mmHg) ควรรายงานแพทย์ (St-Onge et al., 2021; Yutthasaen et al., 2021) และ 4) ภาวะหัวใจถูกบีบรัด (cardiac tamponade) ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อเลือดหรือของเหลวคั่งในช่องเยื่อหุ้มหัวใจจากการอุดตัน หรือสายหลุด ส่งผลให้เกิดการสะสมของของเหลวจนทำให้หัวใจบีบตัวลดลง การประเมินจากอาการกระสับกระส่าย ซึมลง หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตลดลง และหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง หากพบอาการดังกล่าว ควรรีบรายงานแพทย์ทันที (Yutthasaen et al., 2021)

นอกเหนือจากนี้ ผู้วิจัยยังได้จัดทำสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง Smart drain care ซึ่งมีเนื้อหาของแนวปฏิบัติ เพื่อให้พยาบาลใช้เปิดทบทวนแนวทางการดูแลสายระบายทรวงอก ทำให้เห็นภาพได้ชัดเจน เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้

3. Evidence-observed phase: แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์โดยทีมวิจัย ได้นำไปประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง โดยนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดไม่เกิน 24 ชั่วโมง และมีระดับความรู้สึกตัวดี จำนวน 2 ราย และให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักคัดสรรกรณีหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 3 ราย ทดลองใช้แนวปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอก ประกอบด้วย การดูแลสายระบายทรวงอก การดูแลแผลรอบสายระบายทรวงอก การดูแลขวดระบาย และการประเมินภาวะแทรกซ้อน ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก 2 คน ผลการประเมินมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.95

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกปฏิบัติการเลื่อนหลุดและอุดตันของสายระบายทรวงอก และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 และมีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability: IRR) เท่ากับ 0.94 และ 0.92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE672216 รับรองวันที่ 3 ธันวาคม 2567 และคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง เลขที่ KEMOU67018 อนุมัติวันที่ 9 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัดตามหลัก



จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยยึดหลักจริยธรรมพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ หลักความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม

การวิเคราะห์ข้อมูลกรณีศึกษา

1. อุบัติการณ์เลื่อนหลุด และอุดตันของสายระบายทรวงอก วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. ความพึงพอใจของพยาบาล วิเคราะห์โดยคำนวณเป็นค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอก ประกอบด้วยแนวทางในการดูแล คือ การดูแลสายระบายทรวงอก การดูแลแผลรอบสายระบายทรวงอก การดูแลขดระบาย และการประเมินภาวะแทรกซ้อน

การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจไมทรัลตีบและหลอดเลือดหัวใจตีบหนึ่งเส้น (mitral valve stenosis with single vessel disease) เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมทรัล (mitral valve replacement) และผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft; CABG) จำนวน 1 เส้น ในระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับเลือดประกอบด้วยเม็ดเลือดแดงเข้มข้น (LPRC) จำนวน 5 ยูนิต พลาสมาแช่แข็ง (FFP) 4 ยูนิต และเกล็ดเลือด 6 ยูนิต หลังผ่าตัดผู้ป่วยถูกส่งต่อมารับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง GCS = E4VTM6 และ RASS score เท่ากับ -1 คะแนน (ง่วงเล็กน้อย) ใส่ท่อช่วยหายใจ มีแผลผ่าตัดตามแนวกลางอก ยาวประมาณ 20 เซนติเมตร และมีแผลบริเวณขาซ้ายจากการเลาะเส้นเลือดเพื่อใช้เป็นทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หลังการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการใส่สายระบายทรวงอกจำนวน 3 สาย ได้แก่ สายระบายเยื่อหุ้มหัวใจ สายระบายช่องอกด้านซ้าย และสายระบายช่องกลางทรวงอก เพื่อช่วยในการระบายเลือดและของเหลวออกจากแผลบริเวณทรวงอก

การนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วย จากระดับความรู้สึกลัวตัวผู้ป่วยง่วงเล็กน้อย แต่สามารถปลุกให้ตื่นได้ง่าย โดยเริ่มให้ข้อมูลถึงความจำเป็นของการใส่สายระบายและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันสายเลื่อนหลุด โดยให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยตื่น พูดให้กระชับและชัดเจน การดูแลสายระบายไม่ให้ดึงรั้งระหว่างเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสายระบาย รวมถึงพยาบาลมีการประเมินตำแหน่งของสายอย่างสม่ำเสมอ การพันพลาสเตอร์ยึดสายระบายด้วยโดยใช้เทคนิค Omental tag การปิดรูดสายระบายเพื่อป้องกันการอุดตัน และการดูแลไม่ให้สายพันงอหรือห้อยไค้ มีการประเมินลักษณะแผล ลักษณะไหมเย็บแผลบริเวณรอบสายระบาย และทำความสะอาดทุกวันหลังจากครบ 24 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัด รวมถึงการประเมินอาการปวดแผลและให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมอาการกระสับกระส่ายของผู้ป่วย ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของสายระบาย สำหรับระบบขดระบาย พยาบาลจัดวางขดระบายในตำแหน่งที่เหมาะสม ตรวจสอบการกระเพื่อมของน้ำในขดระบายและแรงดันในขดควมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงบันทึกลักษณะและปริมาณของของเหลวที่ระบายออกมา และประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดช่วงแรก

จากการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้ป่วยรายแรกพบว่า มีกิจกรรมการพยาบาลที่ซ้ำซ้อน ทำให้เกิดภาระงานพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ การปิดรูดสายระบายทรวงอกทุก 30 นาที จึงได้มีการปรับกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยรายที่ 2 โดยการปิดรูดสายระบายทรวงอกทุก 1 ชั่วโมง หลังการผ่าตัดในชั่วโมงที่ 8 เป็นต้นไป เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทและลดภาระงานของพยาบาล



ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทั้ง 3 เส้น (triple vessel disease) และเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) ระหว่างผ่าตัดได้รับ LPRC จำนวน 3 ยูนิต FFP จำนวน 4 ยูนิต และเกล็ดเลือด 10 ยูนิต หลังผ่าตัดผู้ป่วยถูกส่งมาดูแลต่อในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ระดับความรู้สึกตัว คือ รู้สึกตัวดี GCS = E4VTM6 และ RASS score เท่ากับ 0 (ผู้ป่วยตื่นตัวดีและสงบ) ใส่ท่อช่วยหายใจ มีแผลผ่าตัดบริเวณทรวงอก และมีแผลที่ขาทั้ง 2 ข้าง จากการเลาะและนำเส้นเลือดไปทำทางเบี่ยง ผู้ป่วยใส่สายระบายทรวงอก จำนวน 3 สาย

การนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รู้เรื่อง จึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการใส่สายระบาย แนะนำให้ช่วยดูแลสายขณะขยับตัว และให้ผู้ป่วยช่วยสังเกตตำแหน่งสาย และแจ้งพยาบาลทันทีเมื่อพบว่า สายระบายมีการเลื่อน การทำความสะอาดแผลและประเมินตำแหน่งขีตมาร์กของสายทุกวัน และติดตามผลเอกซเรย์ทรวงอก เพื่อยืนยันตำแหน่งของปลายสาย การตรวจเช็คตำแหน่งที่พันลาสเตอร์บริเวณข้อต่อทุกจุดให้แน่น การปิดสายระบายเพื่อลดการสะสมของลิ่มเลือด ประเมินอาการปวดและให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา ติดตามการทำงานของระบบขดระบาย รวมถึงการบันทึกลักษณะ และปริมาณของของเหลวที่ระบายออกมา ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

สรุปผลหลังการใช้แนวปฏิบัติ

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองรายมีความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดและอุดตันของสายระบายทรวงอก จากการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดระหว่างผ่าตัด และการใส่สายระบายจำนวน 3 สาย ร่วมกับภาวะง่วงซึมหลังผ่าตัดซึ่งอาจเพิ่มโอกาสการเคลื่อนไหวโดยไม่ตั้งใจ อย่างไรก็ตาม หลังการนำแนวปฏิบัติการดูแลสายระบายทรวงอกมาใช้พบว่า ไม่มีอุบัติการณ์ของสายเลื่อนหลุดหรืออุดตัน และผู้ป่วยทั้งสองรายสามารถถอดสายระบายได้ภายในวันที่ 3 หลังผ่าตัด โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อน ในด้านความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 3 ราย มีความพึงพอใจร้อยละ 94

การอภิปรายผล

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกนี้ ได้พัฒนาจากปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในคลินิก ร่วมกับการใช้กรอบแนวคิดของ ซุคัพ (Soukup, 2000) ในการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลายแหล่งที่มา มีความน่าเชื่อถือ ทำให้ได้แนวปฏิบัติที่มีความชัดเจน ครอบคลุม และสามารถนำไปใช้ได้จริงในทางคลินิก จุดเด่นของแนวปฏิบัติ คือ การพัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อถือได้ และมีการใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง Smart drain care ซึ่งช่วยให้พยาบาลเข้าใจแนวปฏิบัติได้อย่างชัดเจน เห็นภาพจริง สามารถเปิดทบทวนซ้ำได้หลายครั้ง และใช้เพื่อส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลสายระบายทรวงอก ผลจากการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 2 ราย พบว่า ไม่เกิดอุบัติการณ์ของการเลื่อนหลุด และการอุดตันของสายระบายทรวงอก แนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้นครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลสายระบายทรวงอก พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ มีความพึงพอใจร้อยละ 94 เนื่องจากแนวปฏิบัติมีความละเอียด ชัดเจน สามารถปฏิบัติตามได้ง่าย และยังสอดคล้องกับบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ

ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่ท่อระบายทรวงอก ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่ท่อระบายทรวงอกเพื่อการระบายที่มีประสิทธิภาพ และกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนพบว่า ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพปอดได้ดี และพยาบาลผู้ใช้ปฏิบัติสามารถให้การพยาบาลตามแนวทางปฏิบัตินี้ได้ (Sirikaew, 2017) รวมถึงมีการนำเอาสื่อดิจิทัลมาใช้ในการศึกษาพยาบาลพบว่า เกิดประโยชน์ในด้าน



ความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้น ทำให้พยาบาลสามารถเข้าใจ มองเห็นภาพ เกิดการจัดจำข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง (Sari & Sundari, 2021)

โดยสรุป แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ชุดนี้ มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลสายระบายทรวงอก เพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และสร้างความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ สามารถลดอุบัติการณ์ของการเลื่อนหลุด และการอุดตันของสายระบายทรวงอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลสายระบายทรวงอก และการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สะท้อนให้เห็นถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงในทางคลินิก เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้งานจริง พยาบาลควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับแนวทางการใช้แนวปฏิบัติ และควรประเมินผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกอย่างสม่ำเสมอ

2. แนวปฏิบัตินี้พัฒนาขึ้นสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด การนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและหน่วยบริการก่อนนำไปใช้งานจริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในขั้นตอนที่ 4 ของการพัฒนาแนวปฏิบัติ คือ การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อหาข้อสรุปความเป็นไปได้ก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน

References

- Asciak, R., Addala, D., Karimjee, J., Rana, M. S., Tsikrika, S., Hassan, M. F., Mercer, R. M., Hallifax, R. J., Wrightson, J. M., Psallidas, I., Benamore, R., & Rahman, N. M. (2018). Chest drain fall-out rate according to suturing practices. *Respiration*, 96(1), 48-51. <https://dx.doi.org/10.1159/000489230>
- Balzer, F., von Heymann, C., Boyle, E. M., Wernecke, K. D., Grubitzsch, H., & Sander, M. (2016). Impact of retained blood requiring reintervention on outcomes after cardiac surgery. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 152(2), 595-601.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2016.03.086>
- Cook, M., Idzior, L., Bena, J. F., & Albert, N. M. (2017). Nurse and patient factors that influence nursing time in chest tube management early after open heart surgery: A descriptive, correlational study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 42, 116-121. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.008>
- de Queiroz, P. G., & da Cruz, I. F. (2022). Nurses' knowledge of chest drainage management: An integrative review. *Journal of Specialized Nursing Care*, 14(1). <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/3454/915>
- Department of Disease Control MOPH. (2024). *Mortality rates of five major non-communicable diseases in Thailand*. <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020> (in Thai)



Development of Clinical Practice Guidelines for the Care of Patients with Chest Drainage Tubes to Prevent Dislodgement and Obstruction after Open-Heart Surgery: A Pilot Study

การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดและอุดตันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด: การทดลองใช้

- Grieshaber, P., Heim, N., Herzberg, M., Niemann, B., Roth, P., & Boening, A. (2018). Active chest tube clearance after cardiac surgery is associated with reduced reexploration rates. *Annals of Thoracic Surgery*, 105(6), 1771–1777. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2018.01.002>
- Karimov, J. H., Gillinov, A. M., Schenck, L., Cook, M., Kosty Sweeney, D., Boyle, E. M., & Fukamachi, K. (2013). Incidence of chest tube clogging after cardiac surgery: A single-centre prospective observational study. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 44(6), 1029–1036. <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezt140>
- Keawwichaen, A. (2021). *Clinical practice manual for cardiovascular and thoracic patients with chest drainage*. Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. <https://shorturl.asia/XNYd8> (in Thai)
- Khemthong, A., Sangchan, H., & Naka, K. (2018). Relationship between cardiac rehabilitation behaviors and quality of life among patients post coronary artery bypass graft. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(3), 1-11. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/148271/109125> (in Thai)
- Lobdell, K. W., & Engelman, D. T. (2023). Chest tube management: Past, present, and future directions for developing evidence-based best practices. *Innovations*, 18(1), 41–48. <https://doi.org/10.1177/15569845231153623>
- Loughran, P. (2019). Stripping or milking of chest tubes. *Critical Care Nurse*, 39(3), 72-73. <https://doi.org/10.4037/ccn2019103>
- Meksamut, T., Sahmaae, N., Khanbo, K., Saelim, K., Pasor, A., Agasa, R., Naosuwan, K., & Sahaworapan, T. (2023). Developing nursing guidelines to prevent unplanned endotracheal tube removal in patients admitted to medical intensive care unit. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 15(2), 15-33. (in Thai)
- Merkle, A., Lobo, C. M., & Cindass, R. (2025). *Care of a chest tube*. In national library of medicine. StatPearls. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556088/>
- Nong Khai Hospital. (2022). *Nursing guideline for chest drain care (Document No. NK-WI-PRI3-002)*. https://it.nkh.go.th/nurse/docs/workin/20221121155137_598.NK-WI-%20PRI3-002.pdf (in Thai)
- Sari, I. P., & Sundari, S. (2021). The use of video as a learning strategy in supporting the increasing knowledge and clinical skills of nursing students. *Media Keperawatan Indonesia*, 4(1), 47–55.
- Sasa, R. I. (2019). Evidence-based update on chest tube management. *American Nurse Official Journal*, 14(4), 10-14. <https://www.myamericannurse.com/wp-content/uploads/2019/04/ant4-CE-Chest-Tubes.pdf>
- Sirikaew, S. (2017). The development of clinical nursing practice guideline for patients with intercostal chest drain by evidence best practice. *Sanpasitthiprasong Medical Journal*, 38(1–3), 13-24. (in Thai)



Development of Clinical Practice Guidelines for the Care of Patients with Chest Drainage Tubes to Prevent Dislodgement and Obstruction after Open-Heart Surgery: A Pilot Study

การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดและอุดตันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด: การทดลองใช้

- Soukup, M. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301-309. [https://doi.org/10.1016/S0029-6465\(22\)02468-9](https://doi.org/10.1016/S0029-6465(22)02468-9)
- St-Onge, S., Chauvette, V., Hamad, R., Bouchard, D., Jeanmart, H., Lamarche, Y., Perrault, L. P., & Demers, P. (2021). Active clearance vs conventional management of chest tubes after cardiac surgery: A randomized controlled study. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 16(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s13019-021-01414-0>
- Suttason, M., Kaewkullay, K., & Naiyapatana, W. (2017). Effects of utilizing clinical nursing practice guideline on the incidence of unplanned extubation in critically ill patients. *Journal of Nursing and Education*, 10(2), 58–70. (in Thai)
- Takamochi, K., Nojiri, S., Oh, S., Matsunaga, T., Imashimizu, K., Fukui, M., & Suzuki, K. (2018). Comparison of digital and traditional thoracic drainage systems for postoperative chest tube management after pulmonary resection: A prospective randomized trial. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 155(4), 1834–1840. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2017.09.145>
- Tepsuwan, J. (2019). Nursing care for patients with chest drainage [Unpublished teaching material]. Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University. http://courseware.npru.ac.th/admin/files/20200809143433_6bd7b0f1d676b6b4f6c94951551b0762.pdf (in Thai)
- Thaiudom, A., Bohplian, S., Yuroong, A., Ankanawin, U., & Suttalak, C. (2018). Development of the army nurse chest drain care model. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(3), 44-53. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/161493> (in Thai)
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute reviewers' manual* (2014 ed.). The Joanna Briggs Institute.
- WHO. (2023). *World health statistics 2023-a visual summary*. <https://www.who.int/data/stories/world-health-statistics-2023-a-visual-summary/> (in Thai)
- Yutthasaen, S., Chintapanyakun, T., & Thikheaw, K. (2021). Nursing care of patients with open heart surgery in critical period: Research utilization to clinical practice. *Journal of the Police Nurses*, 13(2), 452-463 <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/250272/171757> (in Thai)



Effects of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors and Body Weight Control in Persons Receiving a Long-Term Intravenous Catheter for Hemodialysis*

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำ ชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*

Witthaya	Samerchue**	วิทยา	เสมอเชื้อ**
Jindarat	Chaiart ***	จินดารัตน์	ชัยอาจ***
Chomphoonut	Sirat ****	ชมพูนุท	ศรีรัตน์***

Abstract

End-stage renal disease patients with long-term intravenous catheters must receive support and be educated to be able to take care of themselves. This quasi-experimental study aimed to study the effects of supportive and educational nursing on self-care behavior and weight control. The participants consisted of 60 patients with end-stage renal disease who received long-term intravenous catheters and received hemodialysis at a private hospital in Phitsanulok province. They were divided into an experimental and a control group with 30 participants per group. The experimental group received supportive and educational nursing while the control group received routine nursing care. The research instruments included a general information questionnaire, a supportive and educational nursing plan developed based on Orem's concept, slide presentation media, a self-care manual, a self-care behavior assessment form, an electronic scale (in kilograms), and a body weight record. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, Fisher's exact test, paired t-test, and independent t-test.

The results of the study revealed that the self-care behavior scores of the experimental group after receiving supportive and educative nursing ($M = 65.73$, $SD = 3.66$) were significantly higher than before ($M = 42.33$, $SD = 1.68$) ($p < .001$) and significantly higher than the control group ($M = 45.83$, $SD = 2.56$) ($p < .001$). After the experiment, 22 people in the experimental group (73.3%) and 20 people in the control group (66.7%), had controlled their weight according to the criteria, but there was no statistically significant difference.

Supportive and educative nursing can promote better health behaviors in patients with end-stage renal disease who have long-term intravenous catheters for hemodialysis. A long-term follow-up should be done to confirm its effectiveness.

Keywords: Body weight control; Hemodialysis; Self-care behaviors; Supportive-Educative nursing

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: witthaya_sa@cmu.ac.th

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



Effects of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors and Body Weight Control in Persons Receiving a Long-Term Intravenous Catheter for Hemodialysis

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว ต้องได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อทำให้สามารถดูแลตนเองได้ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมน้ำหนักตัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวและได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แผนการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่พัฒนาจากแนวคิดของโอเร็ม สื่อนำเสนอภาพนิ่ง คู่มือการดูแลตนเอง แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง เครื่องชั่งน้ำหนักระบบอิเล็กทรอนิกส์หน่วยเป็นกิโลกรัม และบันทึกน้ำหนักตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ chi-square test, Fisher's exact test, paired t-test และ independent t-test.

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ($M = 65.73$, $SD = 3.66$) สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ($M = 42.33$, $SD = 1.68$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 45.83$, $SD = 2.56$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 คุมน้ำหนักตัวได้ตามเกณฑ์ แต่พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรมีการติดตามผลลัพธ์ระยะยาวเพื่อให้เห็นประสิทธิภาพชัดเจนขึ้น

คำสำคัญ: การควบคุมน้ำหนักตัว การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พฤติกรรมการดูแลตนเอง
การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: witthaya_sa@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 5 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่แก้ไขบทความ 31 มีนาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 4 เมษายน 2568



Effects of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors and Body Weight Control in Persons Receiving a Long-Term Intravenous Catheter for Hemodialysis

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและการควบคุมน้ำหนักตัว ในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญ 1 ใน 10 ของโลก (The Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019) ปี พ.ศ. 2561 คนไทยป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายกว่า 100,000 คน ที่ต้องรับการฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้อง และมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น (The Nephrology Society of Thailand, 2020) โดยข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย มีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งสิ้นประมาณ 164,000 คน ซึ่งผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอาจเพิ่มสูงถึง 201,500 คน (The Nephrology Society of Thailand, 2022) การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง (Kotchaseeni & Chittinan, 2019) การรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายวิธีการหนึ่งที่เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยต้องมีทางผ่านเข้าออกของเลือดที่ใช้ในการฟอกเลือด (vascular access: VA) สำหรับใช้งานชั่วคราวในกรณีที่ต้องการทำการฟอกเลือดเร่งด่วน ในการฟอกเลือดระยะยาวผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว (Kaewput, 2022) ในระหว่างการรอทำหลอดเลือดชนิดถาวร หรือในบางรายที่ต้องคาสายสวนไปตลอดจากการที่ไม่สามารถทำหลอดเลือดชนิดถาวรสำหรับการฟอกเลือดได้

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายส่งผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ในด้านร่างกายส่งผลต่อการกำจัดของเสีย สมดุลสารน้ำ แกลือแร่ ภาวะกรด ด่าง สารเคมีต่าง ๆ ในร่างกาย รวมถึงการสร้างฮอร์โมนหลายชนิดและวิตามินดี ทั้งนี้ยังส่งผลด้านจิตใจจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคที่ไม่หายขาด การรักษาที่ไม่สิ้นสุดทำให้เกิดความท้อแท้ วิตกกังวล และซึมเศร้า จากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ ทำงานไม่ได้ตามปกติ ความต้องการเข้าถึงคนลดลง รวมถึงมีค่าใช้จ่ายที่สูงในการรักษา เกิดความเครียดทำให้ละเลยการดูแลตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาการควบคุมน้ำหนักตัวไม่ได้ มีภาวะน้ำเกิน บริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป นิยมปรุงอาหารด้วยเกลือ น้ำปลา ปลาร้า ผงชูรส โดยไม่ควบคุมปริมาณ รวมถึงยังนิยมบริโภคอาหารประเภทน้ำหวาน น้ำอัดลม กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง ขนมหวาน และผลไม้รสหวานจัด (Asasi & Lovirakorn, 2022)

สาเหตุของการควบคุมน้ำหนักตัวไม่ได้ อีกประการหนึ่ง คือ ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการควบคุมน้ำดื่ม ไม่สามารถควบคุมปริมาณน้ำดื่มได้ บางครั้งรับประทานอาหารรสจัดและรับประทานอาหารตามความต้องการของตนเองขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ละเลยการติดตามน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างวัน ทำให้น้ำหนักตัวเกิน (Samrannet et al., 2020) ส่งผลกระทบต่อร่างกายผู้ป่วย ทำให้บวมตามร่างกาย หายใจหอบเหนื่อย มีการคั่งของน้ำ แกลือแร่และของเสีย นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวนมากยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนและควบคุมพฤติกรรมบริโภคอาหารให้เหมาะสมได้ จนกลายเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองให้สามารถควบคุมโรคได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี

พฤติกรรมในการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติด้านการดูแลตนเอง เพื่อใช้ในการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมในการดูแลตนเอง รวมถึงการจัดการกับอาการเจ็บป่วยเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น (Riegel et al., 2019) การดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเอง (theory of self-care) ของ โอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วยแนวคิดย่อยได้แก่ การดูแลตนเอง (self-care) ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) คือ ความสามารถของบุคคลที่จะทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรต้องกระทำในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisite)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในเรื่อง การควบคุมน้ำ โดยปริมาณน้ำดื่มที่ร่างกายต้องการจะเท่ากับ 500-800 มิลลิลิตร บวกด้วยปริมาณปัสสาวะที่ออกในแต่ละวัน (Lkizler et al., 2020) การจำกัดปริมาณ



Effects of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors and Body Weight Control in Persons Receiving a Long-Term Intravenous Catheter for Hemodialysis

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ของสารน้ำจึงมีผลต่อน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย สำหรับการออกกำลังกาย มีความสำคัญและส่งผลดีต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรง ควบคุมความดันโลหิต ลดระดับไขมัน ควบคุมน้ำหนักตัวได้ดี และยังส่งผลดีต่อสภาพจิตใจตามมา โดยหลักการเหมือนกับการออกกำลังกายทั่วไป แต่ชนิดของการออกกำลังกายต้องต่อเนื่อง (Chaiprasit, 2022) จะช่วยเพิ่มมวลกล้ามเนื้อและลดกระบวนการอักเสบได้ และควรมีการออกกำลังกายในระดับต่ำหรือปานกลาง อย่างน้อยเป็นเวลา 30 นาที จำนวน 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์ (Pramathikun & Sriwattana, 2019) นอกจากนี้ การดูแลสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว การดูแลแผล exit site ไม่ให้แผลเปียกน้ำ และเพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผล รวมถึงช่วยยืดอายุการใช้งานของสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวได้นานขึ้น (Lok et al., 2020) การมารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยจำเป็นต้องจะมีการควบคุมน้ำหนักตัว โดยเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ การชั่งน้ำหนักก่อนการฟอกเลือดจะเทียบกับน้ำหนักแห้ง (dry weight) ควรมีน้ำหนักเพิ่มไม่เกิน 0.5-1 กิโลกรัมต่อวัน จะถือว่าเป็นการควบคุมน้ำหนักได้ตามเกณฑ์ (Samrannet et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีประสบการณ์ในเชิงลบของการควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เป็นขึ้นในช่วงช่วงที่ไม่ได้ฟอกเลือด ให้ไม่เกิน 0.5-1 กิโลกรัมต่อวัน โดยการจำกัดอาหารและน้ำดื่ม ควบคุมไม่ให้มีน้ำเกินในร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยรับรู้และรู้สึว่าการควบคุมน้ำเป็นความทุกข์ทรมาน การจำกัดอาหารและน้ำดื่มทำให้ความต้องการขั้นพื้นฐานไม่ได้รับการตอบสนอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเกิน มีน้ำเกินในร่างกายอันเกิดจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคน้ำและอาหารที่ไม่เหมาะสม (Sueasum & Namchanthra, 2018) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังพบว่า ขาดความรู้ความเข้าใจในการควบคุมน้ำหนักตัว การจำกัดอาหารและน้ำดื่ม ไม่ทราบชนิดของอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบ (Levings & Gunn, 2014) จะเห็นได้ว่าหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมควบคุม น้ำ และการรับประทานอาหารที่มีโซเดียม จะทำให้มีการควบคุมน้ำหนักตัวได้ไม่ดี ผู้ป่วยจึงควรได้รับการช่วยเหลือให้คำแนะนำจากพยาบาลเพื่อช่วยพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ได้มีการนำการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีลักษณะการดูแลที่ใกล้เคียงกัน ดังรายงานการศึกษาของ ปาลิตา นราวุฒิพร (Narawutthiphon, 2015) ศึกษาผลลัพธ์ของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการป้องกันการติดเชื้อ ที่ลำไส้ทางช่องท้องในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทางโภชนาการ ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องสูงกว่าก่อนได้รับการทดลอง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องดีกว่าก่อนได้รับการทดลอง

นอกจากนี้ มีรายงานการศึกษาของ เพ็ญพร ทวีบุตร และคณะ (Taweebut et al., 2017) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ และ 10 สัปดาห์ แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และพบว่า มีการนำโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่มแล้ว แต่ยังไม่สามารถนำผลการวิจัยเหล่านั้นมาใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว สำหรับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนั้น จะมีสายสวนหลอดเลือดดำติดร่างกาย ต้องมาทำการฟอกเลือดอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เคร่งครัดหลาย



Effects of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors and Body Weight Control in Persons Receiving a Long-Term Intravenous Catheter for Hemodialysis

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ประการ ซึ่งจะแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างอื่นที่เคยมีผู้ศึกษา

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองและความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายพบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล เป็นผู้ให้คำปรึกษา ทักษะต่อการดูแลสุขภาพที่ดีและถูกต้องย่อมส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่า (Jantarakana & Sitsiraat, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า การใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีผลดีต่อผู้ป่วย ช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง สามารถตัดสินใจและมีทางเลือกในการปฏิบัติตน ช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งแสดงถึงความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและส่งผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัวได้ตามเกณฑ์

ผู้วิจัยสร้างแผนการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ตามทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) อันประกอบด้วย การให้ความรู้โดยการสอน (teaching) การชี้แนะ (guiding) การสนับสนุน (supporting) และการสร้างสิ่งแวดล้อม (providing an environment) โดยผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล (Orem, 2001) การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) ดังกล่าว จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง สามารถควบคุมน้ำ รับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม ออกกำลังกายที่ถูกต้อง และดูแลสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ควบคุมน้ำหนักตัวได้ตามเกณฑ์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้
2. ผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. สัดส่วนของผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ควบคุมน้ำหนักตัวได้ตามเกณฑ์ ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้มีจำนวนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



Effects of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors and Body Weight Control in Persons Receiving a Long-Term Intravenous Catheter for Hemodialysis

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคและการรักษา ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisites) ผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลมากกว่าความสามารถที่จะกระทำได้ พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการเข้าไปช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive educative nursing system) มาเป็นกรอบในการจัดทำ (Orem, 2001) ผู้วิจัยพัฒนาแผนการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้โดยการสอน (teaching) เพื่อช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม การชี้แนะ (guiding) เพื่อช่วยเรื่องการตัดสินใจและมีทางเลือกในการปฏิบัติภายใต้การแนะนำของพยาบาล การสนับสนุน (supporting) การดูแลตนเองต้องเกิดจากการเรียนรู้ และมีความตั้งใจหรือจูงใจที่จะกระทำอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่เหมาะสม และได้รับการชี้แนะร่วมกับการสนับสนุนให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง รวมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อม (providing an environment) เพื่อให้เกิดแรงจูงใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ตามเป้าหมายที่เหมาะสม

ดังนั้น หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองในทางที่ดี (Jantarakana & Sitsiraat, 2017) เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองในด้าน 1) การควบคุมน้ำ 2) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม 3) การออกกำลังกายที่ถูกต้อง และ 4) การดูแลสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อันจะนำไปสู่การช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษาตามมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดพิษณุโลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว และได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดพิษณุโลก โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 20 ขึ้นไป 2) ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวเป็นครั้งแรก 3) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยประเมินจากแบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) (Chitphanthakun, 1998) ได้คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป 4) มีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ คือ มีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองน้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 คะแนน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 5) สื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และ 6) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้



Effects of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors and Body Weight Control in Persons Receiving a Long-Term Intravenous Catheter for Hemodialysis

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เกณฑ์พิจารณาการยุติเข้าร่วมการวิจัย (discontinuation criteria) กลุ่มตัวอย่างมีข้อบ่งชี้อย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้ 1) ไม่สามารถติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างได้ภายหลังการเข้าร่วมวิจัย 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง 3) มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม เช่น มีอาการกำเริบของภาวะน้ำเกินเฉียบพลัน ภาวะหายใจล้มเหลว สัญญาณชีพไม่คงที่ เป็นต้น

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์วิเคราะห์อำนาจการทดสอบของ โคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significant level) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ 0.80 และหาขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาที่ผ่านมาเนื่องจากพบว่า งานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันกับการศึกษาครั้งนี้ คือ ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น (Taweebut et al., 2017) คำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน

เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (contaminate) ของผลการวิจัยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และเพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน เมื่อสิ้นสุดการศึกษาในกลุ่มควบคุมแล้วจึงทำการศึกษาในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกและเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 30 คน จึงทำการคัดเลือกและเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองอีก 30 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง และใช้เทคนิคจับคู่ (match pair) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่องของเพศ อายุ โดยอายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี และระดับการศึกษา โดยแยกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการ drop out ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น ไม่มาฟอกเลือดตามนัดหมาย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือขอย้ายไปฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียมอื่น ผู้วิจัยทำการเริ่มเก็บกลุ่มตัวอย่างใหม่ ตามเกณฑ์คัดเข้าจนครบ 60 ราย 30 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

แบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) (Chitphanthakun, 1998) มีคำถามจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ คิดคะแนนรวมสูงสุด 20 คะแนน คะแนน 12-20 คะแนน ไม่เป็นการพึ่งพา คะแนน 9-11 คะแนน ภาวะพึ่งพานกลาง คะแนน 5-8 คะแนน ภาวะพึ่งพารุนแรง และคะแนน 0-4 คะแนน ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ โดยต้องได้คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. แผนการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดของ โอเร็ม (Orem, 2001) โดยให้เป็นรายบุคคล เพื่อส่งเสริมให้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ โดยการสอนเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การควบคุมน้ำ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่ถูกต้อง และการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว 2) การชี้แนะ โดยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลือกชนิดของอาหารที่ควรรับประทานและไม่ควรรับประทาน การเลือกประเภทของการออกกำลังกาย และประโยชน์ของการที่ต้องคาสายสวนหลอดเลือดดำเพื่อใช้สำหรับการฟอกเลือด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ 3) การสนับสนุน โดยการให้กำลังใจจากพยาบาล บุคลากร



Effects of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors and Body Weight Control in Persons Receiving a Long-Term Intravenous Catheter for Hemodialysis

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สุขภาพ รับฟังปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ โดยการพูด สัมผัส เพื่อส่งเสริมให้กำลังใจกับผู้ป่วย และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม ที่ส่งเสริมการดูแลตนเองโดยจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกิดแรงจูงใจในการวางแผนให้เหมาะสม โดยมีสื่อประกอบการสอน ดังนี้

1.1 สื่อนำเสนอภาพนิ่ง ประกอบไปด้วย แนวทางปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมน้ำ การออกกำลังกายที่ถูกต้อง การรับประทาน อาหารที่เหมาะสม และการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว โดยใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดความเข้าใจยิ่งขึ้น

1.2 คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผลดีของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การควบคุมน้ำ การรับประทาน อาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่ถูกต้อง และการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือด

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือด การได้รับยาขับปัสสาวะ และการมีโรคร่วม

2. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยข้อคำถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมน้ำ การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว ลักษณะคำถามเป็น มาตราประมาณค่า (rating scale) แบบ 4 ระดับ จาก 4 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ 3 คือ ปฏิบัติบ่อยครั้ง 2 คือ ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง และ 1 คือ ไม่ปฏิบัติ โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบได้ข้อเดียวที่ตรงกับพฤติกรรมการปฏิบัติของตนเองมากที่สุด แล้วนำ คะแนนแต่ละข้อมารวมกัน เป็นผลรวมคะแนนพฤติกรรม โดยคะแนนที่มาก หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระดับสูง แบบประเมินมีทั้งหมด 24 ข้อ คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 24 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 96 คะแนน โดย คะแนนในระดับต่ำ คือ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 คะแนน

3. เครื่องชั่งน้ำหนักระบบอิเล็กทรอนิกส์ ยี่ห้อ Nagata รุ่น BW-5156M มีหน่วยเป็นกิโลกรัม โดยบันทึก น้ำหนักก่อนการฟอกเลือดในวันนั้น ๆ น้ำหนักแห้ง (dry weight) และน้ำหนักหลังการฟอกเลือด โดยน้ำหนักตัว ก่อนการฟอกเลือดเมื่อเทียบกับน้ำหนักแห้งแล้วไม่ควรเพิ่มมากกว่า 1 กิโลกรัมต่อวัน

4. แบบบันทึกน้ำหนักตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอก เลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วย การบันทึกน้ำหนักหลังการฟอกเลือดครั้งล่าสุด น้ำหนักปัจจุบันก่อนการ ฟอกเลือด น้ำหนักแห้ง และน้ำหนักหลังการฟอกเลือด โดยน้ำหนักตัวที่ควบคุมได้ตามเกณฑ์ หมายถึง น้ำหนักตัว ก่อนการฟอกเลือดเมื่อเทียบกับน้ำหนักแห้งแล้วไม่ควรเพิ่มมากกว่า 1 กิโลกรัมต่อวัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแผนการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ สื่อนำเสนอภาพนิ่ง คู่มือการดูแลตนเอง แบบ ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบบันทึกน้ำหนักตัว ไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความ เหมาะสม จากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2 ท่าน และพยาบาลไตเทียม 2 ท่าน และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง แก้ไข จากนั้นนำมาทดสอบความเป็นไปได้ (feasibility) โดยนำการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ไป ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย พบว่า ควรปรับ



Effects of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors and Body Weight Control in Persons Receiving a Long-Term Intravenous Catheter for Hemodialysis

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ในส่วนของการนำเสนอภาพนิ่ง โดยปรับตัวอักษรให้มีขนาดใหญ่ขึ้น อ่านได้ชัดเจน กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ สามารถนำเครื่องมือไปใช้ได้ง่ายในทุกกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยนำเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาพร้อมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไข สำหรับแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) ได้เท่ากับ 0.87

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีการทดสอบซ้ำกัน 2 ครั้ง (test-retest method) โดยใช้เวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ นำคะแนนที่ได้จากการทดสอบครั้งที่ 1 และคะแนนที่ได้จากการทดสอบครั้งที่ 2 ไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยใช้สูตร Pearson product moment correlation โดยค่าที่ยอมรับได้ ≥ 0.70 (Polit & Beck, 2017) ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือแล้วได้ค่าเท่ากับ 0.70

เครื่องชั่งน้ำหนักระบบอิเล็กทรอนิกส์ยี่ห้อ Nagata รุ่น BW-5156M ซึ่งผ่านการบำรุงรักษาและการสอบเทียบมาตรฐาน โดยปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานระดับสากล ECRI (Emergency Care Research Institute) มีการบำรุงรักษาและสอบเทียบเครื่องชั่งน้ำหนัก 1 ครั้งต่อปี ก่อนนำมาใช้ในการชั่งน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเครื่องเดียวตลอดการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการนำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่ 007/2567 รหัสโครงการ 2566-EXP121 วันที่อนุมัติ 18 มกราคม พ.ศ. 2567 และนำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย หนังสือรับรองที่ พล 0033.009/664 วันที่อนุมัติ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 หลังจากได้รับการรับรองและได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อทำหน้าที่ผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการศึกษา และให้พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาค้างนี้ โดยไม่มีผลต่อการรับบริการพยาบาล นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการศึกษา พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก จึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษ โดยปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอต่อผู้อำนวยการ และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการโดยสำรวจข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่จะต้องได้รับการฟอกเลือด โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยคะแนนอยู่ในระดับต่ำ คือ มีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองน้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 คะแนน รวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมจนครบ 30 รายก่อนแล้วจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย



Effects of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors and Body Weight Control in Persons Receiving a Long-Term Intravenous Catheter for Hemodialysis

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2. ขั้นตอนการเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ผู้ช่วยวิจัย คือ ผู้ที่ทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก 1 คน ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ผู้วิจัยทำการเตรียมผู้ช่วยวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย เครื่องมือ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้เข้าใจตรงกัน

2.2 ผู้วิจัยสาธิตวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ราย โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.3 ผู้ช่วยวิจัยสาธิตย้อนกลับ การเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย หากผู้ช่วยวิจัยสาธิตย้อนกลับไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยแนะนำและแก้ไขให้ปฏิบัติอย่างถูกต้อง

3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม 6 สัปดาห์และกลุ่มทดลอง 6 สัปดาห์

กลุ่มควบคุม

1. สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ดำเนินกิจกรรมในช่วงแรกของการเข้าฟอกเลือดใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 30 นาที เพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูล วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่จะเข้าร่วมวิจัยและยุติการวิจัย แจ้งให้ทราบว่าการได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้ช่วยวิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เก็บข้อมูลน้ำหนักตัวโดยใช้แบบบันทึกน้ำหนักตัวในสัปดาห์ที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง ตามวันที่มารับการฟอกเลือด ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในคิวฟอกเลือดครั้งถัดไป

2. สัปดาห์ที่ 2 ถึง 5 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ดำเนินกิจกรรมในช่วงแรกของการเข้าฟอกเลือดใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 30 นาที เมื่อมารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดูแลให้การพยาบาลตามปกติตามแนวทางของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ การสอบถามอาการ การประเมินน้ำหนักตัวก่อนการฟอกเลือด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดื่มน้ำส่วนเกิน ดูแลการฟอกเลือดให้เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ เก็บข้อมูลน้ำหนักตัวโดยใช้แบบบันทึกน้ำหนักตัวในสัปดาห์ที่ 2 ถึง 5 จำนวน 2 ครั้ง ตามวันที่มารับการฟอกเลือด และนัดหมายในคิวฟอกเลือดในสัปดาห์ที่ 6

3. สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ดำเนินกิจกรรมในช่วงแรกของการเข้าฟอกเลือดใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 30 นาที ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลน้ำหนักตัวโดยใช้แบบบันทึกน้ำหนักตัวในสัปดาห์ที่ 6 จำนวน 2 ครั้ง ตามวันที่มารับการฟอกเลือด และแจ้งให้ทราบการสิ้นสุดการวิจัย หลังจากนั้นกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเอง ผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการ ประโยชน์ที่ได้รับ วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ผู้ช่วยวิจัยทำการพิทักษ์สิทธิโดยให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย โดยใช้เวลาในการดำเนินการทดลอง 6 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมในช่วงแรกของการเข้าฟอกเลือดใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 30 นาที ดังนี้



Effects of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors and Body Weight Control in Persons Receiving a Long-Term Intravenous Catheter for Hemodialysis

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1. สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นครั้งแรกเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการสอน ใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่งในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับเรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การควบคุมน้ำ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำ ซึ่งแนะนำให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาหารที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง โดยงดอาหารเค็มหรืออาหารที่มีโซเดียมสูง โดยใช้คู่มือการดูแลตนเอง ประกอบไปด้วยแนวทางปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และความรู้สึก ด้วยคำพูด ท่าทางและกระตุ้นให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ สร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กับผู้วิจัย เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรับรู้ข้อมูลและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลน้ำหนักตัว โดยใช้แบบบันทึกน้ำหนักตัวในสัปดาห์ที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง ตามวันที่มารับการฟอกเลือด ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 2 ในคิวการฟอกเลือดครั้งถัดไป

2. สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลครั้งที่ 2 กล่าวทักทาย ซักถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งแนะนำให้คำแนะนำเพิ่มเติมในเรื่อง ประเภทของการออกกำลังกาย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเลือกชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง ให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และความรู้สึก ด้วยคำพูดที่ให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ มอบคู่มือการดูแลตนเอง สามารถนำกลับไปทบทวนที่บ้าน สร้างสิ่งแวดล้อม โดยสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึกและประเด็นปัญหารวมทั้งให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลน้ำหนักตัว โดยใช้แบบบันทึกน้ำหนักตัว ในสัปดาห์ที่ 2 จำนวน 2 ครั้ง ตามวันที่มารับการฟอกเลือด ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 3 ในคิวการฟอกเลือดครั้งถัดไป

3. สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลครั้งที่ 3 สอบถามอาการและความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ให้ความรู้ คำปรึกษาและข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างในประเด็นที่สงสัย ซึ่งแนะนำให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น มีไข้ หนาวสั่น สายสวนหลอดเลือดดำแตก เสนอแนะทางเลือกในการดูแลตนเอง ให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และความรู้สึก ด้วยคำพูดที่ให้กำลังใจ สร้างสิ่งแวดล้อมโดยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและประเด็นปัญหา และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้วิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลน้ำหนักตัว โดยใช้แบบบันทึกน้ำหนักตัวในสัปดาห์ที่ 3 จำนวน 2 ครั้ง ตามวันที่มารับการฟอกเลือด ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 4 ในคิวการฟอกเลือดครั้งถัดไป

4. สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลครั้งที่ 4 เพื่อสอบถามประเด็นปัญหาที่ยังปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ไม่สำเร็จ ทบทวนความรู้ ให้คำปรึกษาร่วมกันหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข ซึ่งแนะเกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำแนวทางการแก้ไข ให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และความรู้สึก ด้วยคำพูดท่าทางที่ให้กำลังใจ กระตุ้นให้เห็นความสามารถในการดูแลตนเอง สร้างสิ่งแวดล้อม โดยให้ติดต่อบุคคลอื่นตามความเหมาะสม เช่น ติดต่อแพทย์เจ้าของไข้ พูดคุยสอบถามกับบุคลากรทางสุขภาพเพื่อเพิ่มแหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเอง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลน้ำหนักตัว โดยใช้แบบบันทึกน้ำหนักตัวในสัปดาห์ที่ 4 จำนวน 2 ครั้ง ตามวันที่มารับการฟอกเลือด ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 5 ในคิวการฟอกเลือดครั้งถัดไป

5. สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลครั้งที่ 5 ซักถามในประเด็นที่ยังสงสัย ให้ความรู้ในประเด็นที่สงสัยและทบทวนความรู้ใน 4 ประเด็นเดิม ได้แก่ 1) การควบคุมน้ำ 2) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม 3) การออกกำลังกายที่ถูกต้อง และ 4) การดูแลสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว เพื่อให้มีความรู้และทักษะ



Effects of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors and Body Weight Control in Persons Receiving a Long-Term Intravenous Catheter for Hemodialysis

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น ซึ่งเน้นเกี่ยวกับความจำเป็นของการทบทวนความรู้เดิมทั้ง 4 ประเด็น ให้การสนับสนุนการทบทวนความรู้ โดยใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง สร้างสิ่งแวดล้อม โดยเปิดโอกาสให้ระบายนประเด็นปัญหา ชักถามข้อสงสัยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้วิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลน้ำหนักตัว โดยใช้แบบบันทึกน้ำหนักตัวในสัปดาห์ที่ 5 จำนวน 2 ครั้ง ตามวันที่มารับการฟอกเลือด ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 6 ในคิวการฟอกเลือดครั้งถัดไป

6. สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลน้ำหนักตัว โดยใช้แบบบันทึกน้ำหนักตัวในสัปดาห์ที่ 6 จำนวน 2 ครั้ง ตามวันที่มารับการฟอกเลือด จากนั้นแจ้งให้ทราบการสิ้นสุดการวิจัยและพูดคุยให้กำลังใจ กล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลองมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 25 โดย แผนกเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดพิษณุโลก ตามรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองของข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ chi-square test และ Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยทดสอบการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample test พบข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติ paired t-test

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยทดสอบการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample test พบข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติทดสอบ independent t-test

4. เปรียบเทียบสัดส่วนของคนที่ควบคุมน้ำหนักตัวได้ตามเกณฑ์ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยประเมินสัดส่วนของคนที่ควบคุมน้ำหนักตัวได้ตามเกณฑ์ในสัปดาห์ที่ 6 หลังได้รับแผนการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ 1 สัปดาห์ โดยการควบคุมได้ หมายถึง น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นไม่เกิน 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นข้อมูลชนิดไม่ต่อเนื่อง จึงใช้สถิติ chi-square test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม 60.30 ปี (SD = 14.68, range = 24-78) และกลุ่มทดลอง 58.50 ปี (SD = 14.99, range = 30-79) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 76.7 รองลงมา มีสถานภาพโสด/หย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 23.3 ตามลำดับ เพศชายร้อยละ 33.3 เพศหญิงร้อยละ 66.7 ตามลำดับ ด้านการประกอบอาชีพ ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 66.7 และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 63.3 รายได้ต่อเดือนในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 66.7 และร้อยละ 90.0 ตามลำดับ ส่วนระดับการศึกษาพบว่า ในกลุ่มควบคุมร้อยละ 56.7 และในกลุ่มทดลองร้อยละ 50.0 อยู่ในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ใช้ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลา 4 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ด้านการได้รับยาขับปัสสาวะในกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับยาขับปัสสาวะคิดเป็นร้อยละ 60 และ



Effects of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors and Body Weight Control in Persons Receiving a Long-Term Intravenous Catheter for Hemodialysis

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและการควบคุมน้ำหนักตัว ในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ในกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับยาขับปัสสาวะคิดเป็นร้อยละ 83.3 และการมีโรคร่วม ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่พบว่า เป็นโรคระบบต่อมไร้ท่อพร้อมกับเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดคิดเป็นร้อยละ 53.4 ในกลุ่มทดลองพบว่า เป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดคิดเป็นร้อยละ 60 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง และกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 65.73 (SD = 3.66) สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 42.33 (SD = 1.68) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเอง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 65.73 (SD = 3.66) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 45.83 (SD = 2.56) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง				t	p-value
	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)			
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	40.43	2.17	42.33	1.68	-24.372	< .001
หลังการทดลอง	45.83	2.56	65.73	3.66		
t	-3.778		-24.372			
p-value			< .001			

3. การเปรียบเทียบสัดส่วนของคนที่ควบคุมน้ำหนักตัวได้ตามเกณฑ์ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคนที่ควบคุมน้ำหนักตัวได้ตามเกณฑ์เท่ากับ 22 ราย (ร้อยละ 73.3) และ 20 ราย (ร้อยละ 66.7) ตามลำดับ และกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคนที่ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ได้ตามเกณฑ์เท่ากับ 8 ราย (ร้อยละ 26.7) และ 10 ราย (ร้อยละ 33.3) ตามลำดับ ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีสัดส่วนคนที่ควบคุมน้ำหนักตัวได้ตามเกณฑ์มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแต่พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนของคนที่ควบคุมน้ำหนักตัวได้ตามเกณฑ์ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 30) กับกลุ่มควบคุม (n = 30)

หลังการทดลอง	คนที่ควบคุมน้ำหนักตัวได้ตามเกณฑ์	คนที่ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ได้ตามเกณฑ์	Chi-Square	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
กลุ่มทดลอง	22 (73.3)	8 (26.7)	0.085	1.000
กลุ่มควบคุม	20 (66.7)	10 (33.3)		



Effects of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors and Body Weight Control in Persons Receiving a Long-Term Intravenous Catheter for Hemodialysis

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

2. คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลองพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. สัดส่วนของผู้ที่ควบคุมน้ำหนักตัวได้ตามเกณฑ์ หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ที่ควบคุมน้ำหนักตัวได้ตามเกณฑ์ มากกว่ากลุ่มควบคุมแต่พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แสดงให้เห็นว่า ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย อภิปรายผลได้ดังนี้

การที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เนื่องจากผู้วิจัยได้พัฒนาการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มาเป็นกิจกรรมทางการพยาบาลให้กับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความพร่องในการดูแลตนเอง เมื่อความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ทั้งหมด ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมทางการพยาบาลจากผู้วิจัย ตามแนวคิดของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ โอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้โดยการสอน ซึ่งผู้วิจัยได้สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ เนื้อหาที่สอนได้เสริมจากความรู้เดิมทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้มากขึ้น ผู้วิจัยใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่งโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการดูแลตนเอง การควบคุมน้ำ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่ถูกต้องและการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว ทำให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับมากขึ้น ผู้วิจัยให้ความรู้ คำปรึกษา และข้อมูลแก่ผู้ป่วยในประเด็นที่สงสัย รวมถึงยังให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องที่ผู้ป่วยยังขาดความเข้าใจหรือยังเข้าใจไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยทราบแนวทางในการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยโดยใช้คู่มือการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น เป็นการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณี que ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้คำแนะนำ ซึ่งมีเนื้อหาและรูปภาพ ประกอบไปด้วยเนื้อหาเรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ความจำเป็นของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลดีของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แนวทางปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง 4 ด้าน ชี้แนะเพิ่มเติมเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำเป็นส่วนประกอบมากจะส่งผลต่อน้ำหนักตัวของผู้ป่วย อาการบวมตามร่างกาย การงดอาหารเค็มหรืออาหารที่มีโซเดียมสูง ลดอาหารประเภทไขมัน ของทอด ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและหลีกเลี่ยงประเภทอาหารที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในเรื่องประเภทของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี รวมถึงการชี้แนะการดูแลแผลสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ผู้วิจัยได้ให้การสนับสนุน เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วย โดยสามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง และช่วยพูดให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพยายามที่จะปรับพฤติกรรมในการดูแลตัวเองมากขึ้น การสนับสนุนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถที่จะดูแลตนเองรวมถึง การสร้างสิ่งแวดล้อม ที่ช่วยเพิ่ม



Effects of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors and Body Weight Control in Persons Receiving a Long-Term Intravenous Catheter for Hemodialysis

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและการควบคุมน้ำหนักตัว ในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

แรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับบุคคลอื่นตามความเหมาะสม เช่น ติดต่อแพทย์เจ้าของไข้ พูดคุย สอบถามกับบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อเพิ่มแหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจึงเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ เพ็ญพร ทวีบุตร และคณะ (Taweebut et al., 2017) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและ ให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการ พยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งกิจกรรมได้เน้นเรื่องการฝึกปฏิบัติการเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด

สำหรับการควบคุมน้ำหนักตัว ผลการวิจัยพบว่า สัดส่วนของผู้ที่ควบคุมน้ำหนักตัวได้ตามเกณฑ์ หลังการ ทดลอง กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของคนควบคุมน้ำหนักตัวได้ตามเกณฑ์มากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ไม่เกิน 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นไปตามสมมติฐาน แต่สัดส่วนของผู้ที่ควบคุมน้ำหนักตัวได้ตามเกณฑ์ ของทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า ในกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและ ให้ความรู้ ซึ่งได้รับการพัฒนาความสามารถ และส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ รวมเป็นจำนวน 10 ครั้ง ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายและพฤติกรรม การดูแลตนเองในเรื่อง การควบคุมน้ำ โดยสอนการจำกัดปริมาณน้ำดื่มต่อวัน การ ควบคุมน้ำจากการรับประทานโดยใช้ช้อนตวงอาหาร และแนะนำการควบคุมน้ำหนัก ตัวของกลุ่มทดลองได้ตามเกณฑ์ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม ยังต้องมีการติดตามในระยะยาวเพื่อให้มีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน

ผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนของคนควบคุมน้ำหนักตัวได้ตามเกณฑ์ไม่แตกต่างจากกลุ่ม ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก ภายหลังจากทดลองคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่ม ควบคุมสูงกว่าก่อนการทดลอง เพราะกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ มีการให้ความรู้และแนะนำการ ปฏิบัติตัวตามมาตรฐานการดูแลของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก มีการประเมิน น้ำหนักตัว ส่งผลให้กลุ่มควบคุมได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น การรับประทาน อาหาร การดื่มน้ำ มีผลต่อน้ำหนักตัว และป้องกันภาวะน้ำเกิน (Samrannet et al., 2020) นอกจากนี้ การที่กลุ่ม ควบคุมมีประสบการณ์ฟอกเลือดที่นานขึ้น รับรู้และมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองทางที่ดี ส่งผลให้มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม (Thanirat et al., 2021)

ดังนั้น การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีสู่การปฏิบัติและแสดงถึง ความสำเร็จในการนำมาใช้ การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ จึงมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองในทางที่ดี อันจะนำไปสู่การช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค และการรักษาตามมา

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ มีการประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ภายหลังจากทดลอง 1 สัปดาห์ ซึ่งอาจจะไม่พบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอย่างชัดเจน จึงควรมีการติดตาม ผลในระยะเวลาที่นานขึ้น



Effects of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors and Body Weight Control in Persons Receiving a Long-Term Intravenous Catheter for Hemodialysis

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำไปเป็นแนวทางการอบรมสำหรับพยาบาลไตเทียม ผู้ซึ่งดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในการสนับสนุนและให้ความรู้ในเรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การดูแลตนเองในการควบคุมน้ำ การรับประทานอาหารซึ่งมีผลต่อน้ำหนักตัว การออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาว
2. สามารถนำไปเป็นข้อมูลเพื่ออ้างอิงในการจัดการเรียนการสอน ส่งเสริมและประยุกต์ใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในทฤษฎีระบบการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม สำหรับนักศึกษาพยาบาล และพยาบาลไตเทียมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอื่นที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เช่น ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการความเครียด ด้านการผ่อนคลายอารมณ์ ด้านการนอนหลับ ซึ่งส่งผลต่อน้ำหนักตัว และควรมีการติดตามผลให้มากขึ้น หลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เช่น ติดตามหลังทดลอง 2 สัปดาห์ หรือ 4 สัปดาห์ เพื่อดูความยั่งยืนของพฤติกรรมการดูแลตนเอง
2. ควรศึกษาการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ และประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และมีทางผ่านเข้าออกของเลือดที่ใช้ในการฟอกเลือด (vascular access: VA) ชนิดอื่น ๆ เช่น ชนิดทำทางเชื่อมระหว่างเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดง (arteriovenous fistula: AVF) ชนิดเส้นฟอกเลือดที่แขนเป็นเส้นเลือดเทียม (arteriovenous graft: AVG) เป็นต้น

References

- Asasi, B., & Lovirakorn, S. (2022). Food consumption behavior and factors affecting food consumption behavior of chronic kidney disease patients at chronic disease clinic, Chiang Yuen Hospital, Mahasarakham Province. *KKU Journal of Public Health Research*, 15(2), 28-38. (in Thai)
- Chaiprasert, A. (2022). Chronic kidney disease. In B. Satirapoj, N. Natha, P. Thimachai, P. Tassanawipas, & O. Supasynhdh (Eds.), *Pocket Dialysis* (2nd ed., pp. 32.). Phramongkutklao College of Medicine Textbook Project.
- Chitphanthakun, S. (1998). *Principles of geriatric medicine*. Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum.
- Jantarakana, K., & Sitsiraat, S. (2017). Factors related to self-care agency and happiness of the end stage renal disease patients. *Srinakharinwirot Research and Development Journal of Humanities and Social Sciences*, 9(17), 7-8. (in Thai)
- Kaewput, W. (2022). Catheter access for hemodialysis. In B. Satirapoj, N. Natha, P. Thimachai, P. Tassanawipas, & O. Supasynhdh (Eds.), *Pocket Dialysis* (2nd ed., pp. 129-130.). Phramongkutklao College of Medicine Textbook Project.



Effects of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors and Body Weight Control in Persons Receiving a Long-Term Intravenous Catheter for Hemodialysis

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

- Kotchasen, P., & Chittinan, A. (2019). Chronic kidney disease and initiation of dialysis. In A. Nongnuch, K. Teeranathanakul, K. Srisuwan, & W. Opacharoensuk (Eds.), *Essentials in hemodialysis* (2nd ed., p. 1). Text and Journal Publication.
- Levings, J. L., & Gunn, J. P. (2014). The imbalance of sodium and potassium intake: Implications for dietetic practice. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(6), 838–841. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.02.015>
- Lkizler, T., A., Burrowes, J., D., Byham-Gray, L., D., Campbell, K., L., Carrero, J. J., Chan, W., Fouque, D., Friedman, A. N., Ghaddar, S., Goldstein-Fuchs, D. J., Kaysen, G. A., Kopple, J. D., Teta, D., Wang, A. Y. M., & Cuppari, L. (2020). KDOQI clinical practice guideline for nutrition in CKD: 2020 update. *American Journal of Kidney Diseases*, 76(3 Suppl. 1), S1-S107. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.05.006>
- Lok, C., E., Huber, T., S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A., S., Abreo, K., Allon, M., Asif, A., Astor, B. C., Glickman, M. H., Graham, J., Moist, L. M., Rajan, D. K., Roberts, C., Vachharajani, T. J., & Valentini, R. P. (2020). KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. *American Journal of Kidney*, 75(4 Suppl. 2), S1-S164. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>
- Narawutthiphon, P. (2015). *The outcomes of supportive-educative nursing system for prevention of peritoneal dialysis related infections in chronic kidney disease patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis at a tertiary level hospital in Nakhon Pathom Province* [Master's thesis, Christian University]. <http://library.christian.ac.th/thesis/document/T038293.pdf> (in Thai)
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). Mosby Year Book.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essential of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Pramathikun, M., & Sriwattana, A. (2019). Exercise in patients with chronic kidney disease. In A. Nongnuch, K. Teeranathanakul, K. Srisuwan, & W. Opacharoensuk (Eds.), *Essentials in hemodialysis* (2nd ed., p. 462). Text & Journal Publication.
- Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C. S., & Strömberg, A. (2019). Integrating symptoms into the middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science* 2019, 42(3), 206-215. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000237>
- Samrannet, W., Korissaranuphab, N., & Chansri, P. (2020). Self-management on volume overload in end-stage renal disease undergoing hemodialysis patients. *Journal of Health Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*, 6(2), 5-20. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/251420/170772> (in Thai)



Effects of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors and Body Weight Control in Persons Receiving a Long-Term Intravenous Catheter for Hemodialysis

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำชนิดระยะยาวสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

- Sueasum, R., & Namchanthra, R. (2018). Effects of self-efficacy promotion on a fluid control program on the fluid control behaviors and body weight changes in end stage renal disease patients undergoing hemodialysis. *Journal of the Thai Red Cross Society*, 11(2), 188-203. (in Thai)
- Taweebut, P., Kerdmongko, P., & Amnatsatsue, K. (2017). The effect of a supportive-educative nursing program for chronic disease patients with early stage kidney disease. *Journal of Public Health Nursing*, 31(1), 129-145. (in Thai)
- Thanirat, S., Radaburt, M., Wichainrat, S., & Sumawan, W. (2021). Perceptions and self-care experiences of patients with chronic kidney disease in the community. *Journal of Health Science Research*, 15(3), 83-94. (in Thai)
- The Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). *Global Burden of Disease (GBD 2019)*. <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>
- The Nephrology Society of Thailand. (2020). *Annual report Thailand renal replacement therapy year 2020*. <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf>
- The Nephrology Society of Thailand. (2022). *Annual report Thailand renal replacement therapy year 2021-2022*. <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2024/10/New-Annual-report-2021-2022.pdf>



Predictors of Oral Health Literacy and Intention of Dental Service Utilisation Among People with Type 2 Diabetes*

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม
ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2*

Siriporn	Kijja**	สิริพร	กิจจา**
Borwarnluck	Thongthawee***	บวรลักษณ์	ทองทวี***
Matana	Kettratad****	มัทนา	เกษรทัด****
Piyawan	Kanan*****	ปิยะวรรณ	ขนาน*****

Abstract

Diabetes is a risk factor for periodontal disease. Oral health literacy and the intention to seek dental care among individuals with diabetes contribute to their utilization of dental services for the prevention of oral health problems. This cross-sectional prospective study examined predictors of oral health literacy and intention of dental service utilisation among 176 people with type 2 diabetes. The research instrument was a questionnaire consisting of 1) general information, 2) social support, 3) health media use, 4) oral health literacy, and 5) intention of dental service utilisation. Data were analyzed using descriptive statistics, multiple regression, and logistic regression analysis.

The study results found that people with type 2 diabetes had a moderate level of oral health literacy and intended to seek dental services if they had oral health problems at 56.80 %. The personal characteristics were found to be gender, age, and education level. The situational factors were internet access, social support, and health media use which significantly predicted oral health literacy ($p < .01$). Moreover, social support, health media use, and age were statistically significant predictors of oral health literacy in type 2 diabetes patients. The results of the logistic regression analysis found that personal characteristic factors, situational factors, social support, health media use, and oral health literacy explained 51.1% of the chance of intention to seek dental services. In addition, gender, education level, social support, and oral health literacy were found to have statistically significantly influences on the intention to seek dental services ($p < .05$). Women had 3.237 times more intention to receive dental services than men. People with a higher education level than primary school had 3.874 times more intention to receive dental services than people with a lower education level. Those with higher social support scores had a 1.157 times increase in their intention to seek dental services, while those who had higher oral health literacy scores had a 1.093 times increase in the chance of having the intention to seek dental services when controlling for risk of periodontitis and duration of diabetes.

The study results can be used as information to develop guidelines for the care of people with type 2 diabetes to promote oral health literacy by encouraging family members, friends, and health care providers to participate as supporters in the use of health media. These supporters should be able to assess and select appropriate health information formats according to individual abilities and place importance on increasing oral health literacy levels.

Keywords: Dental services; Health literacy; Oral health; Type 2 diabetes

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Old Adult Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University

** Graduate student of Nursing Program in Adult and Old Adult Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University; e-mail: borwarnluck@nurse.tu.ac.th

**** Lecturer, Faculty of Dentistry, Thammasat University

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

Received 20 June 2025; Revised 1 September 2025; Accepted 3 September 2025

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม
ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

บทคัดย่อ

เบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคปริทันต์อักเสบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้เป็นเบาหวาน นำไปสู่การเข้ารับบริการทันตกรรมเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปาก การวิจัยเชิงทำนายแบบภาคตัดขวางนี้ ศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 176 ราย เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แรงสนับสนุนทางสังคม 3) การใช้สื่อด้านสุขภาพ 4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และ 5) ความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ multiple regression และ logistic regression analysis.

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง และมีความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมหากมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 56.80 พบปัจจัยลักษณะบุคคล คือ เพศ อายุ และระดับการศึกษา ปัจจัยที่กำหนดสถานการณ์ คือ การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต แรงสนับสนุนทางสังคม และการใช้สื่อด้านสุขภาพ สามารถรวมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยมีแรงสนับสนุนทางสังคม การใช้สื่อด้านสุขภาพ และอายุ เป็นปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลวิเคราะห์ logistic regression analysis พบว่า ปัจจัยลักษณะบุคคล ปัจจัยที่กำหนดสถานการณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้สื่อด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก สามารถอธิบายความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมได้ร้อยละ 51.1 นอกจากนี้ พบว่า เพศ ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยเพศหญิงมีความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม 3.237 เท่าของเพศชาย ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม 3.874 เท่าของผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า ผู้ที่มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นมีความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น 1.157 เท่า และผู้ที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นมีความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น 1.093 เท่า เมื่อควบคุมความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และระยะเวลาการเป็นเบาหวาน

ผลการศึกษา สามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรด้านสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนให้มีการใช้สื่อด้านสุขภาพ ผู้สนับสนุนเหล่านี้ควรสามารถประเมินและเลือกรูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมตามความสามารถของแต่ละบุคคล และให้ความสำคัญกับการเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

คำสำคัญ: บริการทันตกรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพช่องปาก เบาหวานชนิดที่ 2

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ e-mail: borwarnluck@nurse.tu.ac.th

**** อาจารย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่รับบทความ 20 มิถุนายน 2568 วันที่แก้ไขบทความ 1 กันยายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 3 กันยายน 2568



ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม
ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในประเทศไทย โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพอันดับที่ 2 ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจุบันมีผู้เป็นเบาหวานสูงถึง 5 ล้านคน จากประชากรทั้งหมด 65 ล้านคน สถิติคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดปทุมธานี ปี พ.ศ. 2567 (Health Data Center, 2024) มีผู้เป็นเบาหวาน 61,968 ราย จากประชากรทั้งหมด 1,201,532 คน คิดเป็นอัตราป่วย 5,226 คนต่อแสนประชากร และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเฉลี่ย 2,639 รายต่อปี ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (ปี พ.ศ. 2562 - 2566) พบแนวโน้มการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ลดลง ร้อยละ 33.40, 32.22, 27.47, 29.02 และ 28.97 ตามลำดับ ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

เบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน และเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า รวมถึงภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก โดยปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบบ่อยในผู้เป็นเบาหวาน คือ โรคปริทันต์อักเสบซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญ (Bureau of Dental Health, n.d.) โดยผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมีโอกาสเกิดโรคปริทันต์อักเสบเพิ่มขึ้น 2 เท่า ผู้เป็นเบาหวานที่มีระยะเวลาการเป็นเบาหวานยาวนานจะมีแนวโน้มเป็นโรคปริทันต์อักเสบเพิ่มขึ้นถึง 8 เท่า (Torrunguang, 2022) และผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นเวลานาน มีความชุกสูญเสียฟัน ร้อยละ 55.15 (Khamkor et al., 2020)

เบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคปริทันต์อักเสบที่ส่งผลให้เกิดการอักเสบอวัยวะรอบตัวฟันทำลายเนื้อเยื่อเหงือกและกระดูกขาขึ้น เกิดจากเม็ดเลือดขาวทำงานผิดปกติ ทำให้เนื้อเยื่อเหงือกสะสมเชื้อแบคทีเรียปริมาณมาก เกิดความผิดปกติเนื้อเยื่อที่เหงือกและเส้นเลือด ส่งผลให้กระบวนการสร้างใหม่และซ่อมแซมอวัยวะปริทันต์บกพร่อง อวัยวะปริทันต์ถูกทำลายจากการอักเสบที่ซึมผ่านจากร่องเหงือกและแพร่กระจายทางกระแสเลือด ทำให้ร่างกายมีระดับการอักเสบเพิ่มขึ้น เช่น อินเตอร์ลิวคิน-1 อินเตอร์ลิวคิน-6 และทูเมอร์เนโครซิสแฟกเตอร์-แอลฟา เกิดการขัดขวางกระบวนการนำน้ำตาลจากเลือดเข้าสู่เซลล์ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น หรือเกิดภาวะดื้ออินซูลิน (Bureau of Dental Health, n.d.)

โซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) กล่าวว่า การพัฒนาระดับบุคคลจนถึงประชาชนมีความจำเป็นต้องพึ่งพาระบบสุขภาพและสาธารณสุข โดยทฤษฎีระบุว่า ปัจจัยระดับบุคคล คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ปัจจัยกำหนดสถานการณ์ คือ การใช้สื่อ แร่งสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางสังคม และสภาวะแวดล้อม คือ ที่อยู่ สิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการสร้างความรู้ พัฒนาความสามารถ โดยใช้ทักษะ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ เพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอไปสู่การเข้ารับบริการสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แนวคิดนี้ถูกนำไปประยุกต์ใช้กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยเสนอว่า เป็นทักษะปัญหาและทักษะทางสังคมของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก ความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพช่องปาก การประเมินและตัดสินใจในการเลือกใช้ข้อมูล การสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพ และความสามารถในการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม (SodSee, 2020)

จากทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้เรื่องการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ การจัดการด้านสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติการดูแลตนเองอยู่ในระดับก้ำกึ่งหรือพอใช้ ในส่วนทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (Ariyasit, 2021) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้เป็นเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากน้อยเพียงร้อยละ 19.07 (Wiratgate, 2024) และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 20 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งเป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม
ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

วิจัยครั้งนี้พบว่า ได้รับทันตสุขศึกษาน้อยและเข้ารับบริการทันตกรรมน้อย สาเหตุ คือ ไม่ทราบว่ามีปัญหาสุขภาพช่องปาก เนื่องจากไม่เคยตรวจสุขภาพช่องปาก ใช้ระยะเวลานาน ไม่ทราบสิทธิการรักษาด้านทันตกรรมจึงไม่กล้าเข้าไปใช้บริการ เพราะกลัวว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ขาดความรู้ในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง โดยการขาดความรู้ในการดูแลตนเองร่วมกับการละเลยการตรวจสุขภาพช่องปากตั้งแต่ระยะแรก ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพรุนแรงขึ้น และต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูล การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลตนเอง และการป้องกันโรค มีปัญหาสุขภาพและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ในทางกลับกัน หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะส่งผลให้สามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา หรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจะมีการไม่รุนแรง จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้พยาบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะนำมาซึ่งการจัดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ตลอดจนมีการเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพและความปลอดภัยที่ดี (Kaeodumkoeng, 2018) ซึ่งพยาบาล มีบทบาทในการส่งเสริมผู้ป่วยให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยเป็นผู้สอน แนะนำ ให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหาสุขภาพ และสร้างความตระหนักรู้ความสามารถในการรับรู้ข้อมูล รวมถึงจัดสภาพแวดล้อมสนับสนุนพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเป็นผู้ทำวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้และพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nilnate & Rungchutipophon, 2019)

จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 รวมถึงองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ แต่พบการศึกษาใกล้เคียงได้แก่ อายุ ($r = -.54, p < .01$) การศึกษา ($r = .61, p < .01$) มีสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 (Manasaksirikul et al., 2024) การมีอุปกรณ์เข้าถึง ($\beta = .499, p < .01$) และความสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ($\beta = .085, p < .05$) สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ (Daradas, 2022) เพศ ($\beta = .087, p < .05$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .323, p < .01$) การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ($\beta = .446, p < .01$) มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เป็นเบาหวาน (Supatip, 2024) นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = .251, p < .01$) มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมผู้เป็นเบาหวาน และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวาน ($r = .398, p < .05$) (Wiratgate, 2024)

การศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต แรงสนับสนุนทางสังคม และการใช้สื่อด้านสุขภาพ จากทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 นำไปสู่การออกแบบและวางแผนการดูแลผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแล เพื่อป้องกัน ชะลอการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ นำไปสู่ความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมตามแนวปฏิบัติสำหรับเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

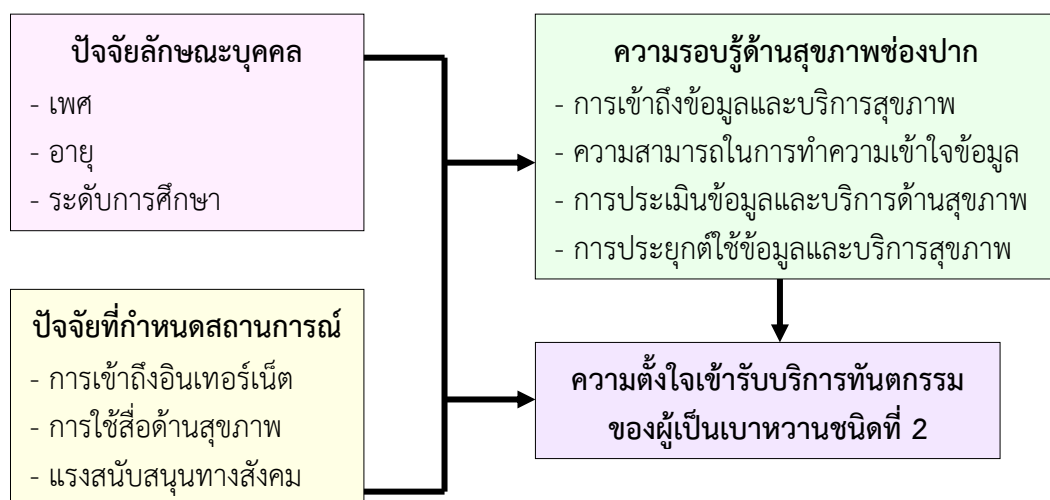
1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย คือ ลักษณะบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา) การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต (การมีอุปกรณ์เข้าถึงและความสามารถในการเข้าถึง) แรงสนับสนุนทางสังคม และการใช้สื่อด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2



ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพของ โซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) กล่าวว่า การพัฒนาระดับบุคคลจนถึงประชาชนมีความจำเป็นต้องพึ่งพากระบวนการสุขภาพและสาธารณสุข โดยทฤษฎีระบุว่า ปัจจัยระดับบุคคล คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และปัจจัยกำหนดสถานการณ์ คือ การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต การใช้สื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยมีองค์ประกอบคือ ความสามารถในการทักษะ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึง คือ ความสามารถแสวงหาและรับข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก 2) การเข้าใจ คือ มีความรู้ความเข้าใจ และมีความสามารถในการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก 3) การประเมิน คือ ความสามารถในการกลั่นกรองแปลผลวิพากษ์วิจารณ์ และประเมินผลของข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก และ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูล คือ ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร และมีความรู้ใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพศ การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้สื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ยังพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้ารับบริการทันตกรรม และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งอาจนำไปสู่ความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้เป็นเบาหวานได้ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงทำนายแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional predictive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เป็นเบาหวาน อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแพทย์มารับบริการแผนผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เป็นเบาหวาน ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแพทย์ มาใช้บริการแผนผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ช่วงระหว่างเดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแพทย์อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นอายุที่เริ่มคัดกรองเบาหวานตามแนวปฏิบัติและพบการศึกษาว่ามีความชุกการสูญเสียฟันขณะเป็นเบาหวานหลังได้รับการวินิจฉัยอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป 2) กรณีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องมีคะแนนประเมินสมรรถภาพสมอง Mini Cog ตั้งแต่ 3 คะแนน



ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม
ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ขึ้นไป (Trongsakun, 2022) 3) มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์อักเสบตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power สำหรับ 8 ตัวแปร ที่กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจทดสอบ 0.95 คำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อน และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล 0.18 จากประชากรที่คล้ายคลึงกันของ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ (Thangkratok et al., 2022) แต่เนื่องด้วยงานวิจัยดังกล่าว มีความแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ เช่น จำนวนและประเภทตัวแปร เครื่องมือและลักษณะกลุ่มตัวอย่างจึงพิจารณาปรับลดขนาดอิทธิพลเป็นอิทธิพลขนาดกลางของ โคเฮน (Cohen, 1988) เท่ากับ 0.15 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 160 ราย และเพื่อชดเชยการเก็บข้อมูลแบบสอบถามที่อาจได้รับกลับคืนมาแบบไม่สมบูรณ์จึงปรับเพิ่มอีกร้อยละ 10 (Srisatidnarukul, 2020) ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น จำนวน 176 ราย ด้วยวิธีการสุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจนครบจำนวน 176 ราย การศึกษาครั้งนี้ได้รับการตอบกลับแบบสอบถามแบบสมบูรณ์ร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา การสูบบุหรี่ การมีอุปกรณ์เข้าถึงและความสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการตรวจวัดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (ครั้งล่าสุดภายใน 3 เดือน) ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน (ปี) และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านการประเมินค่า 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) ด้านวัตถุประสงค์ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (ได้รับประจำ ได้รับบางครั้ง และไม่เคยได้รับ) มีช่วงคะแนน 20-60 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก

ส่วนที่ 3 การใช้สื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาจากแนวคิดของ องค์การเพื่อการศึกษาวิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO, 2013) โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) การเข้าถึงสื่อและความรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 2 ข้อ 2) การประเมินสื่อและความรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 2 ข้อ และ 3) การสร้างองค์ความรู้ การใช้ประโยชน์ และการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (มาก = 3 ถึง น้อย = 1) มีช่วงคะแนน 8-24 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีการใช้สื่อด้านสุขภาพระดับสูง

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาจากแนวคิดของ โซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูล 3) การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (จริงมากที่สุด ถึง ไม่เป็นความจริงที่สุด) มีช่วงคะแนน 20-100 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากระดับสูง

ส่วนที่ 5 ความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 1 ข้อ คือ ความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม หากมีสุขภาพช่องปากเป็นแบบเลือกตอบ 2 ค่า ได้แก่ มี และ ไม่มีความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม พร้อมทั้งระบุเหตุผล

ผู้วิจัยนำเครื่องมือตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม 1 คน 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน 2 คน 3) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน 1 คน และ 4) ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคใน



ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม
ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ช่องปาก 1 คน ค่าความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม การใช้สื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม เท่ากับ 0.80, 1.00, 0.90, และ 1.00 ตามลำดับ ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม การใช้สื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 0.91, 0.80 และ 0.92 ตามลำดับ และได้ค่า Cohen's kappa coefficient แบบสอบถามความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม เท่ากับ 0.41

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ รหัสโครงการวิจัย 67NU072 (COA No. 089/2567) วันที่อนุมัติ 6 สิงหาคม 2567 และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งสิทธิที่พึงได้รับขณะเข้าร่วมวิจัย มีการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยหรือขอยกเลิกข้อมูลโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ การบันทึกข้อมูลใช้รหัสแทนการใช้ชื่อ-สกุล นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบแฟ้มเวชระเบียนโดยคัดเลือกรายชื่อคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกรายต้องมีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และผู้สูงอายุต้องประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog มีคะแนนตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป และมีการสุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยแบบไม่ใส่คืน จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดวิจัย เครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

ทำการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้เข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง เป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟังทีละข้อ แต่เพียงผู้เดียว มีการพูดคุยกับผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งละ 1 ราย และกรอกข้อมูลตามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบ ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที เก็บข้อมูลในช่วงกลุ่มตัวอย่างรอพบแพทย์ ภายในห้องตรวจที่ว่างแยกจากการจัดบริการ อากาศถ่ายเทสะดวก มีความเป็นส่วนตัว ไม่ถูกรบกวนด้วยเสียงหรือคนพลุกพล่าน หากมีข้อสงสัย ผู้วิจัยอธิบายให้เข้าใจในแต่ละส่วนอย่างชัดเจน พร้อมทั้งคอยตรวจสอบลำดับคิวเป็นระยะเพื่อลดความวิตกกังวล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ≤ 0.05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่ศึกษาต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ด้วยสถิติ multiple regression analysis โดยเลือกตัวแปรทำนายทั้งหมดเข้าสมการพร้อมกันขั้นตอนเดียว ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Koonkaew, 2023) ดังนี้ 1) ตัวแปรทำนายระดับต่ำกว่าอันตรภาคแปลงเป็นตัวแปรหุ่น 2) ตัวแปรทำนายทุกตัวและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง 3) ตัวแปรทำนายทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันพบว่า VIF น้อยกว่า 10 และ Tolerance มากกว่า 0.2 ในทุกค่า 3) ข้อมูลแจกแจงปกติ 4) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนตัวแปรทำนายมีค่าคงที่

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม
ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

3. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่ศึกษาต่อความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม ด้วยสถิติ logistic regression analysis โดยเลือกตัวแปรทำนายทั้งหมดเข้าสมการพร้อมกันขั้นตอนเดียว ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ 1) ตัวแปรระดับต่ำกว่าอันตรภาคแปลงเป็นตัวแปรหุ่น 2) ไม่เกิดปัญหาความสัมพันธ์กันสูง ตัวแปรทำนาย ค่า r น้อยกว่า .80 ในทุกค่า 3) ข้อมูลแจกแจงปกติ 4) พิจารณาสถิติ Hosmer and Lemeshow และค่าความเป็นไปได้ (likelihood value) พบว่า สมการมีความเหมาะสม 5) พิจารณาสถิติ Wald 6) พิจารณาสถิติ Cox & Snell R^2 และ Nagelkerke R^2

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง 176 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 50.6 มีอายุระหว่าง 36-85 ปี อายุเฉลี่ย 64.61 ปี (SD = 10.86) การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 47.20 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 55.70 ใช้สิทธิข้าราชการร้อยละ 48.90 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 77.80 สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ด้วยตนเองร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่ไม่มีอุปกรณ์เข้าถึงอินเทอร์เน็ตแต่มีบุคคลช่วยเหลือ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และคนในครอบครัวร้อยละ 54.00 มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) เท่ากับ 147.91 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (SD = 56.73) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) เท่ากับ 7.80 % (SD = 1.86) มีระยะเวลาการเป็นเบาหวาน โดยเฉลี่ย 13.34 ปี (SD = 8.77) มีโรคประจำตัวอื่น ๆ รวมด้วยร้อยละ 90.30 โดยโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 67.60 รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.50 และโรคไตร้อยละ 25.60

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ ส่วนใหญ่มีคะแนนรวม 3 คะแนน ร้อยละ 42.60 รองลงมา คือ คะแนนรวม 4 คะแนน (ร้อยละ 33.50) และคะแนนรวม 5 คะแนน (ร้อยละ 23.30) นอกจากนี้ผู้เป็นเบาหวานรู้สึกว่ามีปัญหาเกี่ยวกับฟันในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 100) มีฟันโยก (ร้อยละ 76.70) และเคยถอนฟันเนื่องจากฟันโยก (ร้อยละ 73.90) สำหรับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมพบว่า มีคะแนนรวม 3 คะแนน (ร้อยละ 52.94) และคะแนนรวม 5 คะแนน (ร้อยละ 47.06)

แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 49.40) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า 1) ด้านวัตถุประสงค์ของอยู่ในระดับปานกลาง (10.39 ± 2.08) 2) ด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง (9.62 ± 1.88) 3) ด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับน้อย (8.09 ± 2.49) และ 4) ด้านการประเมินค่าอยู่ในระดับน้อย (7.48 ± 1.76)

การใช้สื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย 1-2 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 56.80) มีการใช้สื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (13.68 ± 3.88) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า 1) การสร้างองค์ความรู้ การใช้ประโยชน์ และการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง (7.28 ± 1.74) 2) การประเมินสื่อ และความรู้ด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับน้อย (3.21 ± 1.25) และ 3) การเข้าถึงสื่อ และความรู้ด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับน้อย (3.16 ± 1.30)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.70) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า 1) ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (15.50 ± 3.61) 2) ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (14.80 ± 4.02) 3) ด้านความสามารถในการเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (14.78 ± 3.80) และ 4) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (13.18 ± 4.45)

ความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม หากมีปัญหาสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 56.80) เนื่องจากมีความต้องการตรวจรักษาสุขภาพช่องปาก เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต เช่น ปวดฟัน ฟันหัก ฟันโยก ทำฟันปลอม และเข้ารับการรักษาด้านทันตกรรมตามที่ทันตแพทย์นัด

ผลการวิเคราะห์สถิติ multiple regression พบว่า ปัจจัยลักษณะบุคคล ปัจจัยที่กำหนดสถานการณ์แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้สื่อด้านสุขภาพ สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้ร้อยละ 71.20 (adjusted $R^2 = .712$, $F = 49.009$, $p < .01$) โดยแรงสนับสนุนทางสังคม



ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม
ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

($\beta = .568, p < .01$) การใช้สื่อด้านสุขภาพ ($\beta = .266, p < .01$) และอายุ ($\beta = -.143, p < .05$) เป็นปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์อักเสบและระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ multiple regression ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (n = 176)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	β	t	p-value
ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ	-.586	.757	-.042	-.774	.440
ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน	-.078	.057	-.061	-1.373	.172
เพศชาย ¹					
เพศหญิง	.587	.943	.026	.623	.534
อายุ	-.148	.072	-.143	-2.063	.041*
ระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า ¹					
ระดับสูงกว่าประถมศึกษา	-.373	1.247	-.017	-.299	.765
ไม่มีอุปกรณ์เข้าถึง ¹					
มีอุปกรณ์เข้าถึง (โทรศัพท์)	.751	1.475	.032	.509	.611
ความสามารถเข้าถึง (ไม่สามารถใช้งานได้ หรือมีคนอื่นช่วยใช้งาน) ¹					
ความสามารถเข้าถึง (ใช้งานได้ด้วยตนเอง)	-.085	1.517	-.004	-.056	.955
แรงสนับสนุนทางสังคม	.954	.103	.568	9.181	<.001**
การใช้สื่อด้านสุขภาพ	.773	.191	.266	4.056	<.001**
ค่าคงที่ (Constant)	24.450	5.154		4.744	<.001**
R = .852, R ² = .727, Adjusted R ² = .712, S.E. = 6.046, F = 49.009, p-value < .001**					

หมายเหตุ กลุ่มอ้างอิง1, * p < .05, ** p < .01

ผลการวิเคราะห์ logistic regression พบว่า ปัจจัยลักษณะบุคคล ปัจจัยที่กำหนดสถานการณ์แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้สื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก สามารถอธิบายความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมได้ร้อยละ 51.10 นอกจากนี้เพศ ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีอิทธิพลต่อความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม 3.237 เท่าของเพศชาย ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมมีความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม 3.874 เท่าของผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า ผู้ที่มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นมีความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น 1.157 เท่า และผู้ที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นมีความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น 1.093 เท่า เมื่อควบคุมความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์อักเสบและระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ดังตารางที่ 2

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม
ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ logistic regression ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม (n = 176)

ปัจจัยทำนาย	B	S.E	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95% CI	
							Lower	Upper
ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ	-.215	.329	.430	1	.512	.806	.423	1.536
ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน	.011	.025	.202	1	.653	1.011	.963	1.061
เพศชาย ¹								
เพศหญิง	1.175	.438	7.183	1	.007*	3.237	1.371	7.642
อายุ	-.010	.032	.100	1	.752	.990	.930	1.054
ระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า ¹								
ระดับสูงกว่าประถมศึกษา	1.354	.540	6.278	1	.012*	3.874	1.343	11.174
ไม่มีอุปกรณ์เข้าถึง ¹								
มีอุปกรณ์เข้าถึง (โทรศัพท์)	.069	.648	.011	1	.915	1.072	.301	3.819
ความสามารถเข้าถึง (ไม่สามารถใช้งานได้หรือมีคนอื่นช่วยใช้งาน) ¹								
ความสามารถเข้าถึง (ใช้งานได้ด้วยตนเอง)	.139	.662	.044	1	.833	1.150	.314	4.208
แรงสนับสนุนทางสังคม	.146	.057	6.579	1	.010**	1.157	1.035	1.293
การใช้สื่อด้านสุขภาพ	-.129	.087	2.196	1	.138	.879	.741	1.043
ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	.089	.034	6.832	1	.009**	1.093	1.023	1.169
ค่าคงที่ (Constant)	-7.953	2.517	9.987	1	.002**	.000		

-2 Log likelihood = 156.282, Cox & Snell R² = .381, Nagelkerke R² = .511, p < .001**หมายเหตุ กลุ่มอ้างอิง¹, * p < .05, ** p < .01

การอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (56.07 ± 11.26) สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา เฟื่องฟู (Faumgfoo, 2021) ที่พบว่า ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมระดับปานกลาง (104.12 ± 19.50) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จบการศึกษาระดับประถม รายได้น้อย และมีโรคประจำตัวหลายโรค อาจมีข้อจำกัดด้านการอ่าน ทำความเข้าใจ การแสวงหาข้อมูล การพิจารณาและตัดสินใจเลือกใช้อุปกรณ์ด้านสุขภาพ ร่วมกับให้ความสนใจด้านสุขภาพน้อย ดังการศึกษาของ ไฮจ์แมนส์ และคณะ (Heijmans et al., 2015) ที่ศึกษาประชากรกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำ รายได้น้อย มีโรคประจำตัวหลายโรคจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ลดลงได้

ปัจจัยลักษณะบุคคลพบว่า เพศไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และไม่เป็นไปตามทฤษฎี กล่าวคือ เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเพศหญิงมีความรอบรู้และมีทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพดีกว่าเพศชาย ผลการศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์วิมล มานะศักดิ์ศิริกุล และคณะ (Manasaksirikul et al., 2024) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเบาหวาน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงและชายจำนวนใกล้เคียงกัน และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุเข้ารับบริการสุขภาพต่อเนื่องและมีการติดตามอาการ ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพ ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนดูแลจากครอบครัว ทำให้เพศหญิงและชายมีความสามารถจัดการตนเองได้เท่าเทียมกัน

ในส่วนอายุมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เป็นไปตามทฤษฎี กล่าวคือ อายุที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่ออายุมากขึ้นจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญชนก

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม
ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ชุมทอง และคณะ (Khumthong et al., 2016) ที่พบว่า อายุ มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน เมื่ออายุมากขึ้นจะมีข้อจำกัด เช่น อ่านเขียนไม่ได้ การได้ยินและการใช้สายตาลดลง ลืมง่าย สรุประเบิดไม่ได้ ส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ (Manasaksirikul et al., 2024) ระดับการศึกษา ไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้เป็นเบาหวาน (Supatip, 2024) ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามทฤษฎี กล่าวคือ ระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเป็นจุดเริ่มต้นการเข้าถึง เข้าใจข้อมูล ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้น้อย มีแรงสนับสนุนทางสังคม และมีการใช้สื่อด้านสุขภาพระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าถึงแม้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ แต่กลับมีแรงสนับสนุนทางสังคมและมีการใช้สื่อด้านสุขภาพระดับปานกลาง จึงทำให้ระดับการศึกษาอาจไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากได้

ปัจจัยที่กำหนดสถานการณ์พบว่า การมีอุปกรณ์เข้าถึงและความสามารถเข้าถึง ไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และไม่เป็นไปตามทฤษฎี กล่าวคือ ปัจจัยดังกล่าวมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเป็นตัวช่วยให้เข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า อุปกรณ์เข้าถึงและความสามารถเข้าถึงสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้เป็นเบาหวานได้ (Daradas, 2022) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้น้อย มีบุคคลช่วยเข้าถึงข้อมูลร่วมกับมีแรงสนับสนุนทางสังคม และการใช้สื่อด้านสุขภาพระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถรับข้อมูลด้านสุขภาพได้ในช่องทางอื่น ๆ เช่น บุคคลในครอบครัว บุคลากรด้านสุขภาพ ดังนั้น การมีอุปกรณ์เข้าถึงและความสามารถเข้าถึง จึงไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

ในส่วนการใช้สื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เป็นไปตามทฤษฎี กล่าวคือ การใช้สื่อมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเป็นการพัฒนาและเพิ่มองค์ความรู้ด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ที่ได้รับจะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จตุรงค์ สุภาทิพย์ (Supatip, 2024) ที่พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้เป็นเบาหวาน ในส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เป็นไปตามทฤษฎี กล่าวคือ แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคล เช่น ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรด้านสุขภาพ โดยช่วยกระตุ้นให้มีความรอบรู้ เนื่องจากมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ ทักษะคิด ความคิดเห็น และพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้เป็นเบาหวานได้ (Supatip, 2024)

ความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมหากมีปัญหาสุขภาพช่องปาก เกิดจากความต้องการตรวจรักษาและเข้ารับการรักษาทันตกรรมตามทันตแพทย์นัด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริภา คงศรี และ สดใส ศรีสะอาด (Kongsri & Srisaad, 2018) ที่พบว่า ผู้สูงอายุปวดฟัน หรือมีปัญหาเกี่ยวกับฟันปลอม บ่อยครั้งมักหาสาเหตุ และไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจรักษา ผู้สูงอายุมีความตั้งใจพบทันตแพทย์ทุกครั้งขณะปวดฟันในวันที่แพทย์นัดรับยาโรคประจำตัว และส่วนใหญ่มักพบทันตแพทย์เพื่อตรวจอาการปวดบวม (Kongsri & Srisaad, 2018)

ปัจจัยลักษณะบุคคลพบว่า ผู้เป็นเบาหวานเพศหญิงมีความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม 3.237 เท่าของเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เพศมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทันตกรรม (Watanaruangrong, 2018) และเพศหญิงยังคงมีอัตราการใช้บริการมากกว่าเพศชาย ในส่วนของอายุ ไม่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของ นิลุบล ดีพลกรัง (Deeponkrang, 2021) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมภาครัฐของผู้สูงอายุ แต่พบการศึกษาของ บุญเกียรติ วัฒนเรืองรอง

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม
ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

(Watanaruangrong, 2018) ที่พบว่า อายุมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทันตกรรม ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้อายุไม่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรพล วิวรรธน์ เถาว์พันธ์ และคณะ (Thaopan et al., 2022) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทางทันตกรรม และสอดคล้องกับผลวิจัยที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมผู้สูงอายุ โดยพบว่า การไม่ได้รับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านลบ หรือมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาอาจไม่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ยังพบว่า การมีระดับการศึกษาสูงย่อมมีความสามารถในการได้รับ ประมวลผล และเข้าใจสารสนเทศด้านสุขภาพมากกว่าการมีระดับการศึกษาต่ำกว่า (Thaopan et al., 2022)

ปัจจัยที่กำหนดสถานการณ์พบว่า การมีอุปกรณ์เข้าถึงและความสามารถเข้าถึงไม่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม และไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ปัจจัยดังกล่าวเป็นตัวช่วยในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น มีปัญหาสุขภาพช่องปากจะค้นหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตก่อนไปพบทันตแพทย์ นำไปสู่พฤติกรรมการเข้ารับบริการทันตกรรมได้ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้น้อย สามารถรับข้อมูลด้านสุขภาพในช่องทางอื่น ๆ เช่น บุคคลในครอบครัว บุคลากรด้านสุขภาพ มีแรงสนับสนุนทางสังคมและการใช้สื่อด้านสุขภาพระดับปานกลาง ดังนั้น การมีอุปกรณ์เข้าถึงและความสามารถเข้าถึงจึงไม่ส่งผลต่อความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม

ในส่วนการใช้สื่อด้านสุขภาพไม่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม พบการศึกษาที่ผ่านมาของ ปภาดา อธิชยธนาสิน และ อรพรรณ นามมนตรี (Atichayatanasin & Nammontri, 2023) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านทันตกรรมมีโอกาสไปใช้บริการทันตกรรมมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพ อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานจะทำให้เกิดการเรียนรู้ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินสื่อ เข้าถึงสื่อและความรู้ด้านข้อมูลข่าวสารระดับน้อย โดยมีการเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับผลกระทบเบาหวานที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากได้น้อย และเมื่อหาข้อมูลไม่ได้มีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับเบาหวานและโรคในช่องปากก่อนนำไปใช้จริง จึงทำให้ผู้เป็นเบาหวานขาดความรู้และมีการนำข้อมูลไปใช้ได้ไม่ถูกต้อง ดังนั้น การใช้สื่อด้านสุขภาพจึงไม่ส่งผลต่อความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้เป็นเบาหวานที่มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น มีความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมผู้เป็นเบาหวาน (Wiratgate, 2024) และการศึกษาของ นิลุบล ดีพลกรัง (Deeponkrang, 2021) ที่พบว่า แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ จากครอบครัว จากหน่วยงานรัฐสามารถทำนายการเข้ารับบริการทันตกรรมภาครัฐของผู้สูงอายุได้ อธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ ทักษะคิด ความคิดเห็น และพฤติกรรม โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและจัดบริการสุขภาพร่วมกับสหวิชาชีพ นอกจากจะเป็นผู้สอน แนะนำ ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และสุขภาพช่องปาก ประสานส่งต่อไปพบทันตกรรมหากพบว่า มีปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก เพื่อช่วยเพิ่มโอกาสการเข้ารับบริการทันตกรรมได้มากขึ้น (Nilnate & Rungchutiphopon, 2019)

ผู้เป็นเบาหวานที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น มีความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น เป็นไปตามทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อธิบายว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะนำไปสู่พฤติกรรมการเข้ารับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ เครือฟ้า ชาญจะโปะ และ รุจิรา ดวงสงค์ (Chanjapoh &



ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

Duangsong, 2019) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเข้าใจโรคปริทันต์ การเข้าถึงข้อมูล ทักษะการตัดสินใจและความตั้งใจดูแลรักษาโรคปริทันต์ ซึ่งทักษะการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลเป็นองค์ประกอบย่อยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะแสวงหาความรู้การดูแลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย และเข้าใจความรู้ด้านสุขภาพจนไปสู่การตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลได้เหมาะสมกับตนเอง (Kaeodumkoeng, 2018)

ข้อจำกัดของการนำผลวิจัยไปใช้

การวิจัยนี้ไม่สามารถอ้างอิงถึงผู้เป็นเบาหวานที่มารับบริการในแผนกอื่น ๆ เช่น แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลในระดับอื่น หรือประชากรในพื้นที่อื่นได้ เนื่องจากปัจจัยลักษณะบุคคล พื้นที่ การได้รับความรู้ และการบริการที่ต่างกันอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และความตั้งใจเข้ารับบริการทันตกรรม โดยมีนโยบายคัดกรองสุขภาพช่องปากเบื้องต้นสำหรับผู้เป็นเบาหวานในคลินิกเบาหวาน หากพบปัญหาด้านการรับประทานอาหาร หรือสุขภาพช่องปาก ควรประสานส่งต่อให้ได้รับความรู้ในการเลือกรับประทานอาหาร สิทธิการรักษาทันตกรรม หรือได้รับการตรวจรักษาด้านทันตกรรม และจัดกิจกรรมส่งเสริม เช่น สนับสนุนบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและการเข้ารับบริการทันตกรรม โดยให้บุคลากรด้านสุขภาพแนะนำผู้เป็นเบาหวานตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รวมถึงสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลโดยจัดทำโปสเตอร์ให้ความรู้ติดประชาสัมพันธ์ที่สถานบริการ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสร้างโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้เป็นเบาหวาน โดยวัดเป็นพฤติกรรมการเข้ารับบริการทันตกรรมจริง และศึกษาการเข้าถึงบริการทันตกรรมในผู้สูงอายุเบาหวานที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการการเข้ารับบริการทันตกรรม

References

- Ariyasit, J. (2021). Health literacy to control blood sugar level in type 2 diabetic patients. *Sawanpracharak Medical Journal*, 18(2), 142–155. (in Thai)
- Atichayatanasin, P., & Nammontri, O. (2023). Factors associated with dental service use among elderly in Subdistrict Health Promoting Hospitals, Lamplaimat District, Buriram Province. *Thai Dental Nurse Journal*, 34(1), 24–34. (in Thai)
- Bureau of Dental Health. (n.d.). *Oral health care guidelines for diabetic patients for dental personnel and public health personnel*. <https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/5x9c01a3d6e5539cf478715290ac946bee/tinymce/07/Dental%20Guideline%20for%20DM%20patients.pdf>
- Chanjapoh, K., & Duangsong, R. (2019). Association between health literacy and oral health care behavior of periodontitis patients age 60–74 years old in Wang Nam Khiow District Nakhon Ratchasima Province. *Khon Kaen University Journal for Public Health Research*, 12(3), 72–80. (in Thai)



- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Daradas, A. (2022). *Factors influencing health literacy among patients with uncontrolled type 2 diabetes*. [Unpublished master's thesis]. Naresuan University.
- Deeponkrang, N. (2021). Factor affection public sector dental services accessibility among the elderly in Waeng Yai District, Khon Kaen Province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 3(1), 1-19. (in Thai)
- Faumgfoo, K. (2021). *Predicting factors of health literacy in patients with type 2 diabetes, Uttaradit Province* [Master's thesis, Naresuan University]. <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/5204>
- Health Data Center. (2024). *Percentage of diabetic patients with good blood sugar control, Pathum Thani Province, fiscal year 2022 - 2024*. <https://hdc.moph.go.th/pte/public/standard-report-detail/137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac3>
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., van der Vaart, R., & Rijken, M. (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling*, 98(1), 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.006>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Scribd. <https://www.scribd.com/document/588747155/House-1981-Work-Stress-and-Social-Support>
- Kaeodumkoeng, K. (2018). *Health literacy: Access, understand and application* (2nd ed.). Amarin Printing and Publishing.
- Khamkor, S., Suwannachairob, C., Deeraksa, S., & Chaichit, R. (2020). Association between oral health literacy and tooth loss among adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 23(1), 63–73. (in Thai)
- Khumthong, T., Potisiri, W., & Kaedumkoeng, K. (2016). Factors influencing health literacy for people at risk of diabete mellitus and hypertension of Uthai Thani and Ang Thong. *Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University*, 3(6), 67–85. (in Thai)
- Kongsri, S., & Srisaad, S. (2018). The component of oral health literacy among elderly in Khon Kaen Province, Thailand. *Thai Dental Nurse Journal*, 29(2), 55–68. (in Thai)
- Koonkaew, A. (2023). *Selection of basic and advanced statistics for research, preliminary assumption experimentation, data analysis, and presentation of results*. Chulalongkorn University Press.
- Manasaksirikul, T., Wirojratana, V., & Wattanakijkirilert, D. (2024). Factors predicting health literacy in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Science Journal of Thailand*, 42(1), 58–68. (in Thai)
- Nilnate, W., & Rungchutipophon, W. (2019). Health literacy and nursing professionals. *Quality of Life and Law Journal*, 15(2), 1–18. (in Thai)



- SodSee, A. (2020). Oral health literacy and experience in dental treatments of grade 4-6 students in Suphanburi Province. *Journal of Council of Community Public Health*, 2(1), 18-28. (in Thai)
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Srisatidnarukul, B. (2020). *Effect size, power analysis, sample size calculation using G*POWER program*. Chulalongkorn University Press.
- Supatip, J. (2024). Factors influencing health literacy among diabetic patients in Nhong-aung Sub-district, Rasi Salai District, Sisaket Province. *Sisaket Journal of Research and Health Development*, 3(3), 80-93. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/article/view/3254/2417> (in Thai)
- Thangkratok, P., Boonpradit, P., & Palacheewa, N. (2022). Factors predicting health literacy among older adults with chronic diseases in community. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 33(1), 215-230. (in Thai)
- Thaopan, W. W., Phimpisan, J., Rittiron, P., & Rodwinid, R. (2022). Factors related to dental services utilization among working age people in the Corona Virus Disease-2019 (COVID-19) pandemic situation in Chokchai Sub-district Municipality, Chokchai District, Nakhon Ratchasima Province. *Thai Dental Nurse Journal*, 33(1), 57-75. (in Thai)
- Torrunguang, K. (2022). *Periodontitis: Causes and risk factors*. Parbpim Printing.
- Trongsakun, S. (2022). *Standardized Thai-Mini-Cog*. mini-cog. <https://mini-cog.com/wp-content/uploads/2022/09/THAI-Standardized-Thai-Mini-Cog.pdf>
- UNESCO. (2013). *Global Media and information literacy assessment framework: Country readiness and competencies*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000224655>
- Watanaruangrong, B. (2018). Factors influencing dental service selection in government hospitals in Samut Prakarn Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 12(28), 85 -101. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/242630/164934> (in Thai)
- Wiratgate, P. (2024). Factor associated with access to dental services among diabetes mellitus patients at Namon Hospital, Kalasin Province, Fiscal Year 2023. *Research and Development Health System Journal*, 17(1), 98-112. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/266331/182458> (in Thai)



The Development of an Innovative Fluid Alert Device for Patients Undergoing Abdominal Paracentesis การพัฒนานวัตกรรมเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำในผู้ป่วย ที่ได้รับการเจาะระบายสารน้ำในช่องท้อง

Thanairat Chaisiriphuwadol* ธนัยรัตน์ ชัยศิริภูวดล*
Siraphop Changpean** สิริภาพ ช่างเพียร**

Abstract

Ascites is a significant complication of liver cirrhosis that affects patients' health and quality of life. Patients with this condition often require paracentesis to drain the ascitic fluid from the abdominal cavity. This study aimed to develop an ascitic fluid alert device innovation for addressing the problems and the needs of healthcare personnel in managing ascitic fluid and to evaluate user satisfaction with the innovation. This research employed a research and development (R&D) design, conducted in three phases: 1) assessment of the current situation through a literature review and related studies, 2) development of a fluid alert device, and 3) pilot testing and evaluation of user satisfaction. The sample consisted of 34 participants, including registered nurses and nursing instructors. Data were collected using a general information questionnaire and a satisfaction questionnaire regarding the use of the innovation. Descriptive statistics were used for data analysis.

The developed innovation consisted of a fluid alert device for patients undergoing abdominal paracentesis. The results revealed that the fluid drainage alert device could accurately notify the volume of drained ascitic fluid. Overall user satisfaction was rated at the highest level ($M = 4.91$, $SD = 0.42$) in terms of usability and safety.

In conclusion, the developed fluid drainage alert device effectively enhanced patient care efficiency, reduced the workload of healthcare personnel, and demonstrated potential for implementation in healthcare settings to improve the quality of care for patients undergoing abdominal paracentesis.

Keywords: Ascites; Fluid alert device; Innovation

* Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College; e-mail: siraphop.crc@gmail.com

Received 15 July 2025; Revised 1 September 2025; Accepted 3 September 2025



บทคัดย่อ

ภาวะท้องมาน เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญของโรคตับแข็ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีภาวะนี้มักต้องได้รับการเจาะระบายสารน้ำจากช่องท้อง งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรมเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำในช่องท้อง เพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการของบุคลากรทางสุขภาพในการจัดการสารน้ำในช่องท้อง และประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ต่อนวัตกรรมดังกล่าว การศึกษาในครั้งนี้ ดำเนินการตามรูปแบบการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) การศึกษาสภาพปัญหา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การพัฒนานวัตกรรมเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำ 3) การทดลองใช้และประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรมเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพและอาจารย์พยาบาลจำนวน 34 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการพัฒนานวัตกรรมได้เครื่องแจ้งเตือนสารน้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะระบายสารน้ำในช่องท้อง พบว่าเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำสามารถแจ้งเตือนปริมาณสารน้ำที่ไหลออกมาได้อย่างแม่นยำ โดยกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.91$, $SD = .42$) ทั้งในด้านการใช้งาน ความปลอดภัย และความคุ้มค่า

โดยสรุป เครื่องแจ้งเตือนสารน้ำที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ลดภาระงานของบุคลากรทางสุขภาพ และมีศักยภาพในการนำไปใช้ในสถานพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะระบายสารน้ำในช่องท้องต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะท้องมาน เครื่องแจ้งเตือนสารน้ำ นวัตกรรม

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย e-mail: siraphop.crc@gmail.com



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะท้องมาน (ascites) เป็นภาวะที่ของเหลวสะสมในช่องท้องมากเกินไป เกิดจากการทำงานของตับที่ผิดปกติ ส่งผลให้หน้าท้องบวมโตและขยายใหญ่ขึ้น (Phetchawet Hospital, 2022) สาเหตุหลักของภาวะท้องมาน คือ โรคตับแข็ง ซึ่งเกิดจากการที่เนื้อเยื่อตับถูกทำลายจากการอักเสบเรื้อรัง (Muangpaisan, 2022) ส่งผลให้เกิดการสร้างคอลลาเจนที่ผิดปกติและเกิดเนื้อเยื่อเส้นใย (fibrous) แทนที่เซลล์ตับที่ถูกทำลาย กระบวนการนี้ทำให้เกิดแรงต้านต่อการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดดำที่ไหลเข้าสู่ตับเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ตับยังลดการสร้างสารไนตริกออกไซด์ (nitric oxide) ซึ่งมีหน้าที่ขยายหลอดเลือดเพื่อให้เลือดไหลเวียนได้สะดวก ส่งผลให้เกิดภาวะความดันในระบบหลอดเลือดพอร์ทัลสูงขึ้น (portal hypertension) ร่างกายจึงปรับตัวโดยการขยายหลอดเลือดทั่วร่างกาย โดยเฉพาะในช่องท้อง ซึ่งกระตุ้นการทำงานของระบบซิมพาเทติกและระบบควบคุมความดันโลหิต ส่งผลให้เกิดการคั่งของเกลือและน้ำในร่างกาย และการรั่วของพลาสมา และน้ำเหลืองเข้าสู่ช่องท้อง จนนำไปสู่ภาวะท้องมาน (Dipiro et al., 2019) ผู้ป่วยที่มีภาวะท้องมานจึงมีอาการบวมตามร่างกาย ท้องบวมโต และปวดท้อง (Duangduen, 2019) ผู้ป่วยโรคตับแข็งประมาณร้อยละ 50 มีโอกาสพัฒนาเป็นภาวะท้องมานภายใน 10 ปี (Mahmood et al., 2024)

การรักษาภาวะท้องมานยังคงเน้นที่การควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการใช้ยาขับปัสสาวะ เช่น Spironolactone และ Furosemide ยังเป็นแนวทางหลักในการรักษา (European Association for the Study of the Liver [EASL], 2018) สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะท้องมานรุนแรง การเจาะระบายสารน้ำในช่องท้องสามารถลดอัตราการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ถึงร้อยละ 30 (Seethapathy et al., 2020) การเจาะท้อง (abdominal paracentesis) เป็นการแทงเข็มเพื่อระบายของเหลวออกจากช่องว่างระหว่างเยื่อช่องท้อง บริเวณที่ใช้เจาะอยู่ระหว่างสะดือกับหัวเหน่า โดยใช้เข็มที่มีขนาด 14-16 เกจ ปลายเข็มจะคาอยู่บริเวณช่องท้อง เพื่อต่อสายระบายของเหลวให้ไหลออกมาอย่างต่อเนื่อง การเจาะท้องของผู้ป่วยแต่ละรายจะมีการระบายน้ำในช่องท้องในปริมาณที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วย ปริมาณของเหลวที่คั่งในช่องท้อง และวัตถุประสงค์ของแพทย์ (Raco et al., 2024)

พยาบาล มีหน้าที่ดูแล ตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยประเมินชีพจร การหายใจ สีผิว อาการเหงื่อออก และความรู้สึกของผู้ป่วยจากอาการหน้ามืด เป็นลม หมดสติ ระวังสายยางเลื่อนหลุด ดูแลไม่ให้ของเหลวไหลออกเร็วเกินไป และให้ได้จำนวนตามการรักษาของแพทย์ (Maha Sarakham Hospital, 2019) ปัญหาที่พบระหว่างการพยาบาล คือ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ต้องเฝ้าระวังสายระบายสารคัดหลั่ง โดยตรวจสอบเป็นระยะ เพื่อเปลี่ยนภาชนะในการรองรับสารน้ำที่ไหลออกมาจากตัวผู้ป่วย ทำให้ต้องใช้บุคลากรเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย และพบปัญหาการล้นของสารน้ำจากภาชนะรองรับสารน้ำจากตัวผู้ป่วย ที่อาจเป็นสาเหตุของการติดเชื้อตามมา (Kurapati et al., 2025; Lindsay et al., 2014) ประเด็นสำคัญ คือ ทำให้ไม่สามารถระบุปริมาณสารน้ำที่ระบายออกมาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้คิดค้นพัฒนานวัตกรรมเครื่องซึ่งช่วยเตือนสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะระบายสารน้ำในช่องท้อง เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาการไหลรั่ว ล้นทะลักของสารคัดหลั่ง และลดภาระงานของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ และได้จำนวนสารน้ำที่ไหลออกมามาตรตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และเกิดความพึงพอใจในการใช้บริการ



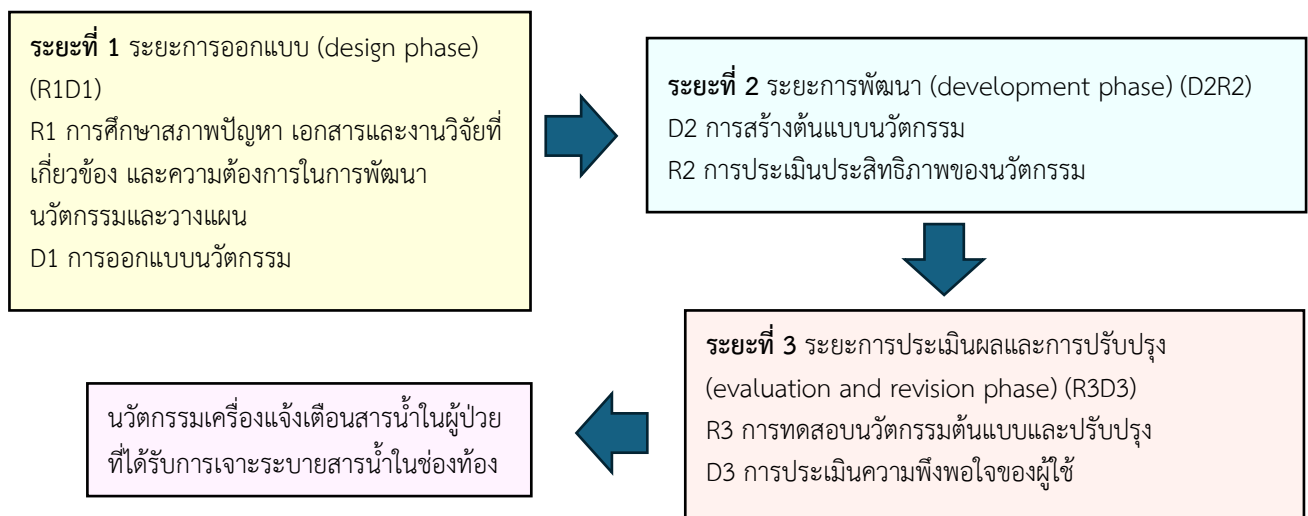
The Development of an Innovative Fluid Alert Device for Patients Undergoing Abdominal Paracentesis การพัฒนานวัตกรรมเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำในผู้ป่วย ที่ได้รับการเจาะระบายสารน้ำในช่องท้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนานวัตกรรมเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะระบายสารน้ำในช่องท้อง
2. เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรมเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะระบายสารน้ำในช่องท้อง
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจการใช้เครื่องแจ้งเตือนสารน้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะระบายสารน้ำในช่องท้อง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเรื่องนวัตกรรมเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะระบายสารน้ำในช่องท้อง กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development) ระยะการทำงานแบ่งออกเป็น 3 ระยะหลัก ดังนี้ ระยะการออกแบบ (design phase) ระยะการพัฒนา (development phase) ระยะการประเมินผลและการปรับปรุง (evaluation and revision phase) (Richey & Klein, 2007) ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ได้ดำเนินการตามรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการออกแบบ

1. ผู้วิจัยศึกษาสภาพปัญหา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (R1) ดำเนินการดังนี้

ศึกษาปัญหาและวิเคราะห์ข้อมูล โดยเลือกประชากรผู้ให้ข้อมูล โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล (inclusion criteria) คือ บุคลากรที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำหัตถการเจาะระบายสารน้ำในช่องท้อง ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 5 คน 2) พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 5 คน และ 3) อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ช่วยแพทย์ทำหัตถการเจาะระบายสารน้ำในช่องท้อง จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาสภาพปัญหา คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) เกี่ยวกับสภาพปัญหา และความต้องการ พัฒนาโดยผู้วิจัย ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยมีปัญหาในการช่วยแพทย์ทำหัตถการเจาะระบายสารน้ำในช่องท้องอย่างไร ระยะเวลาในการระบายสารน้ำเป็นอย่างไร ท่านคิดว่านวัตกรรมควรช่วยอำนวยความสะดวกในการทำหัตถการอย่างไร เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (focus group discussions) โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มอาจารย์พยาบาล ทำการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 1 ครั้ง โดยใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที และหลังจากมีการสนทนากลุ่มเสร็จทุกครั้ง ผู้วิจัยได้สรุปใจความสำคัญแล้วทวนสอบโดยผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และใช้แนวคิดการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ แคร็บทรี และ มิลเลอร์ (Crabtree & Miller, 1992)

จากการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการช่วยแพทย์ขณะทำการเจาะระบายสารน้ำในช่องท้อง พบว่า พยาบาลวิชาชีพประสบปัญหาการขาดการติดตามผลหลังทำการ บุคลากรมีจำนวนจำกัดและต้องปฏิบัติงานหลายหน้าที่พร้อมกัน อีกทั้งยังไม่มีอุปกรณ์ที่ช่วยตรวจสอบหรือแจ้งเตือนปริมาณสารน้ำทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ความต้องการที่สำคัญ คือ การมีนวัตกรรมที่ช่วยอำนวยความสะดวก ลดภาระงาน เพิ่มความแม่นยำ และเสริมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยออกแบบนวัตกรรม (D1) ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำผลจากการศึกษาสภาพปัญหาจากระยะที่ 1 มากำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนานวัตกรรมเครื่องแจ้งเตือน คือ นวัตกรรมที่สามารถตรวจวัดปริมาณสารน้ำได้อย่างแม่นยำ มีระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ ช่วยลดภาระงานบุคลากร และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

2.2 ผู้วิจัยออกแบบนวัตกรรมเครื่องแจ้งเตือน โดยใช้หลักความปลอดภัย สวยงาม สามารถใช้ประโยชน์ได้จริง และมีความคุ้มค่าคุ้มทุน

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนา

ผู้วิจัยได้สร้างต้นแบบ (prototype) (D2) นวัตกรรมเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำ ดำเนินการดังนี้

1. การเตรียมอุปกรณ์ในการสร้างเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำประกอบด้วย แบตเตอรี่สำรองไฟ ขนาดความจุ 3,600 mAh, แผงวงจรไมโครคอนโทรลเลอร์ (Arduino UNO R3), โหลดเซลล์เซนเซอร์น้ำหนัก ขนาด 10 กิโลกรัม (Load cell weight sensor 10 Kg), โมดูลแปลงสัญญาณสำหรับโหลดเซลล์ (HX711 รุ่น XFW), จอแสดงผลแอลซีดีสีฟ้าหลังสีน้ำเงิน (LCD blue screen), ไฟ LED ขนาด 5 mm สีเขียว, ไฟ LED ขนาด 5 mm สีแดง, อุปกรณ์ส่งสัญญาณเสียง (Buzzer) แบบโมดูล 3.3-5V รุ่น MH-FMD, ตัวต้านทานไฟฟ้าแบบค่าคงที่ 220 โอห์ม, ปุ่มกดไมโครสวิตช์ 4 ขา (Micro switch), สายเชื่อมต่อจัมเปอร์ชนิดผู้-เมีย (Jumper Wier), แผ่นอะคริลิกใส ขนาด 1x1.5 m หนา 5 mm, น็อตสกรู ขนาด 4 mm

2. การสร้างเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำ

2.1 สร้างมาตราชั่งวัดด้วย Load cell weight sensor ผ่านการทดสอบเขียนโค้ดลงบนบอร์ด Arduino Uno R3 และคาร์ดิเบต Load cell ให้อุปกรณ์มีความเที่ยงตรง

2.2 พัฒนาระบบที่ใช้สำหรับการควบคุมและประมวลผลของเครื่องแจ้งเตือน โดยใช้ไมโครคอนโทรลเลอร์ Arduino Uno R3 เป็นระบบประมวลผลการทำงานสอดคล้องกับ HX711 แปลงค่าสัญญาณ และ Load cell weight sensor ที่เป็นตัวรับค่าน้ำหนักให้มีเงื่อนไขตามน้ำหนักที่กำหนดตั้งแต่ 100 ถึง 1000 กรัม ตัวอย่างการเขียนโค้ดด้วยภาษา C++ ระบบการทำงานเป็นปุ่มกด มีทั้งหมด 4 ปุ่ม ปุ่มที่ 1: เปิด/ปิดระบบ ปุ่มที่ 2: ปรับน้ำหนักเป็นศูนย์ ปุ่มที่ 3: สำหรับเลือกเป้าหมายน้ำหนัก และปุ่มที่ 4: เริ่ม/หยุด ซึ่งภายหลังการเลือกปุ่ม 3 ดังภาพที่ 1


```

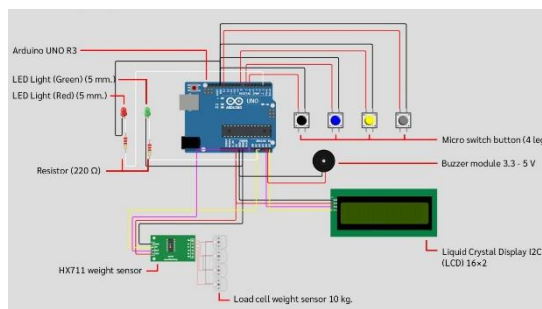
1 #include <Wire.h>
2 #include <LiquidCrystal_I2C.h>
3 #include "HX711.h"
4
5 // HX711
6 #define DOUT_A1
7 #define CLK_A0
8 HX711 scale;
9
10 // LCD I2C
11 LiquidCrystal_I2C lcd(0x27, 16, 2);
12
13 // Pins
14 #define BTN_POWER 6
15 #define BTN_CALIB 7
16 #define BTN_TARGET 8 // ใช้ปุ่มเดียวกดได้ 3 ปุ่ม
17 #define BTN_STOP 13
18
19 // LED & Buzzer
20 #define LED_GREEN 10
21 #define LED_RED 2
22 #define BUZZER A3
23
24 bool powerOn = false;
25 bool warned = false;
26 int targetWeight = 0;
27 int targetStep = -1; // เช็คน้ำหนัก
28
29 enum State {
30     IDLE,
31     TARGET_SELECTED,
32     MEASURING
33 };
34
35 State currentState = IDLE;
36
37 // Edge detection variables
38 bool lastPowerState = HIGH;
39 bool lastCalibState = HIGH;
40 bool lastStopState = HIGH;
41 bool lastTargetState = HIGH;
42
43 void setup() {
44     Serial.begin(115200);
45
46     pinMode(BTN_POWER, INPUT_PULLUP);
47     pinMode(BTN_CALIB, INPUT_PULLUP);
48     pinMode(BTN_TARGET, INPUT_PULLUP);
49     pinMode(BTN_STOP, INPUT_PULLUP);
50
51     pinMode(LED_GREEN, OUTPUT);
52     pinMode(LED_RED, OUTPUT);
53     pinMode(BUZZER, OUTPUT);
54     digitalWrite(LED_GREEN, LOW);
55     digitalWrite(LED_RED, LOW);
56     digitalWrite(BUZZER, LOW);

```

ภาพที่ 1 แสดงตัวอย่างโค้ดเบื้องต้นสำหรับการทำงาน

2.3 ตรวจสอบความถูกต้องและจำลองระบบให้เสมือนจริง เมื่อกำหนดเงื่อนไขตามที่ต้องการเสร็จสิ้น จะนำไปทดสอบกับระบบจำลองบนโปรแกรม WOKWI ดังภาพที่ 2

ยกตัวอย่าง เมื่อต้องการกำหนดให้สารน้ำออกจากร่างกาย 500 ml ให้ปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ให้กดปุ่ม เปิด/ปิด เพื่อเปิดระบบเครื่องชั่ง 2) นำภาชนะรองรับวางบนเครื่องชั่งและกดปุ่ม calibrate เพื่อให้ค่าเป็น 0 ก่อน 3) กดปุ่ม target เพื่อเลือกเป้าหมายน้ำหนัก ที่ 500 และ 4) กดปุ่ม start/stop เพื่อเริ่มการชั่งสารน้ำตามที่ต้องการ เมื่อทำการชั่งสารน้ำระบบจะแสดงค่าตัวเลขแสดงผลบนจอ LED โดยที่ถ้าน้ำหนักอยู่ในช่วง 0-450 ml จะแสดงไฟสีเขียว แต่เมื่อน้ำหนักอยู่ในช่วง 451-499 กรัม ไฟสีเขียวจะดับลงและแสดงไฟสีแดงแจ้งเตือนน้ำหนักใกล้ถึงเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อน้ำหนักถึง 500 ตามที่กำหนด จะมีเสียงจาก Buzzer ดังขึ้นและมีไฟแสดงสีแดงกระพริบ 5) หากต้องการให้หยุดการทำงาน กดปุ่ม start/stop ซ้ำอีกครั้งเพื่อหยุดการชั่ง และ 6) เมื่อต้องการปิดระบบให้กดปุ่ม เปิด/ปิด เพื่อปิดการทำงานของเครื่องชั่ง



ภาพที่ 2 แสดงแบบจำลองการต่อแผงวงจร

2.4 นำแผ่นอะคริลิกมาขึ้นรูป เพื่อใช้เป็นโครงสร้างของเครื่องชั่ง โดยใช้แผ่นอะคริลิกใส ขนาด 1x1.5 m หนา 5 mm มาตัดด้วยเครื่องตัดอะคริลิก ตามรูปแบบที่กำหนดไว้ จากนั้นประกอบขึ้นรูปด้วยน้ำยาเชื่อมประสานอะคริลิก

2.5 ติดตั้งระบบแจ้งเตือนโดยนำแผงควบคุมและอุปกรณ์ต่าง ๆ ไปใส่ไว้บนเครื่องชั่งแจ้งเตือนสารน้ำ และทดสอบประสิทธิภาพก่อนนำไปใช้จริง ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงขั้นตอนติดตั้งและลงมือปฏิบัติต่อระบบ

3. การประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรม (R2) โดยนำนวัตกรรมเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำไปตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านนวัตกรรม จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านนวัตกรรม จำนวน 2 ท่าน อาจารย์วิศวกรรมศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน จากนั้นนำคำแนะนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เช่น ควรมีฉนวนหุ้มสายไฟและการจัดเก็บสายที่เป็นระเบียบป้องกันกระแสไฟฟ้าลัดวงจร เพิ่มปุ่มกดที่ใช้งานง่ายและมีสัญลักษณ์ชัดเจน เป็นต้น จนผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่ามีความเหมาะสม และปลอดภัยกับผู้ใช้งานที่สุด

ระยะที่ 3 ระยะการประเมินผลและการปรับปรุง

ผู้วิจัยนำเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำไปทดลองใช้ และประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้เครื่องแจ้งเตือนสารน้ำ (R3D3) ดำเนินการดังนี้

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ อาจารย์พยาบาล โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีประสบการณ์เกี่ยวกับการช่วยแพทย์ทำหัตถการเจาะระบายสารน้ำในช่องท้อง และเกณฑ์การคัดออก คือ อยู่ระหว่างการลาหยุด ลาคลอด และลาศึกษาต่อ ไม่สะดวกในการให้ข้อมูลหรือไม่สนใจเข้าร่วมงานวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนด effect size ที่ 0.5 power ที่ 0.8 และค่า p-value ที่ .05 (Srisatidnarakul, 2020) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องแจ้งเตือนสารน้ำ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้เครื่องแจ้งเตือนสารน้ำ มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ (rating scale) การแปลผลระดับความพึงพอใจในการใช้งานนวัตกรรม คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 แสดงว่าความพึงพอใจระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 แสดงว่าความพึงพอใจระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แสดงว่าความพึงพอใจระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย โดยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ดัชนีความตรงตามเนื้อหาระดับเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกการพยาบาล 2 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วย 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านนวัตกรรม 2 ท่าน พบว่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหาระดับเครื่องมือเท่ากับ 0.95 และมีข้อเสนอแนะให้ปรับแก้



เมื่อปรับแก้ไขแบบประเมินความพึงพอใจแล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.93

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยเชียงราย (CRC.IRB No.048/2567) วันที่รับรอง 23 เมษายน 2568 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร โดยการให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยได้ทุกขั้นตอนโดยไม่มีผลใด ๆ ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังโครงการผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเชียงราย ดังนี้

1. จัดทำหนังสือผ่านอธิการบดี วิทยาลัยเชียงราย เพื่อขอดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียดในการทดลองใช้นวัตกรรม
2. ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เลือกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมวิจัย
3. กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้งานนวัตกรรมเครื่องซึ่งแจ้งเตือน มีวิธีการใช้งาน ดังนี้
 - 3.1 นำนวัตกรรมที่สร้างขึ้น มาตั้งค่าปริมาณสารน้ำในช่องท้อง ตามแผนการรักษาของแพทย์
 - 3.2 นำภาชนะที่ใช้รองรับสารน้ำในช่องท้อง วางบนนวัตกรรมเครื่องซึ่งแจ้งเตือนสารน้ำ จากนั้นกดตั้งค่าที่เครื่องให้เป็นศูนย์ เพื่อเตรียมพร้อมที่จะรับสารน้ำจากหุ่นจำลอง
 - 3.3 เมื่อสารน้ำที่ระบายออกจากหุ่นจำลองครบตามจำนวนที่ตั้งค่าไว้แล้ว เครื่องจะแจ้งเตือนด้วยเสียงและไฟกระพริบ
4. ประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมโดยใช้แบบสอบถาม ภายหลังการใช้นวัตกรรม โดยส่งแบบประเมินที่จุดที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ได้วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ และร้อยละ ส่วนข้อมูลที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ (continuous data) และข้อมูลจากแบบสอบถามความพึงพอใจที่อยู่ในรูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงค่ากลางและการกระจายของข้อมูลอย่างเหมาะสม

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ การช่วยแพทย์ทำหัตถการเจาะระบายสารน้ำในช่องท้อง ของผู้เกี่ยวข้อง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ

แหล่งผู้ให้ข้อมูล	ปัญหา	ความต้องการ
1. พยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วย	1. ไม่มีระบบติดตามและประเมินผลหลัง หัตถการอย่างเป็นระบบ เช่น การเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อน การรั่วของสารน้ำ เป็นต้น 2. มีข้อจำกัดด้านบุคลากรขณะทำหัตถการ 3. พยาบาลต้องปฏิบัติงานหลายหน้าที่พร้อม กัน ไม่สามารถเฝ้าระวังหรือดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ 4. ไม่มีอุปกรณ์ช่วยติดตามสารน้ำ หรือช่วย ตรวจสอบสารน้ำที่ออกจากตัวผู้ป่วย เสี่ยงต่อ อันตรายจากภาวะความดันโลหิตต่ำ 5. คาคะเนสารน้ำด้วยสายตาทำให้เกิดความ คลาดเคลื่อนของปริมาณสารน้ำ	ต้องการอุปกรณ์ที่ช่วยอำนวยความสะดวก ในการปฏิบัติงาน และช่วย เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ลด ภาระ และยังคงความปลอดภัยของ ผู้ป่วยและเป็นผลดีต่อผู้ใช้งาน
2. อาจารย์พยาบาล ที่มีประสบการณ์ใน การช่วยแพทย์ทำ หัตถการเจาะระบาย สารน้ำในช่องท้อง	1. ไม่มีอุปกรณ์ที่ใช้ในการแจ้งเตือนเมื่อได้สาร น้ำครบตามจำนวนที่ต้องการ 2. พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยหลายรายในเวลา เดียวกัน จึงไม่สามารถช่วยหัตถการได้เต็มที่ สารน้ำในช่องท้อง	ต้องการสิ่งที่จะช่วยแจ้งเตือนปริมาณ สารน้ำที่ออกมา เพื่อช่วยอำนวยความสะดวก ในการปฏิบัติงาน และ ใช้งานได้จริงมีความปลอดภัย

2. นวัตกรรมเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำ ที่พัฒนามาจากปัญหาและความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แสดงรูปแบบเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำที่พัฒนาขึ้น

3. ผลการประเมินความพึงพอใจ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 40 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 40.00) ส่วนใหญ่เป็น
เพศหญิง (ร้อยละ 70.00) และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาโท (ร้อยละ 80)

ความพึงพอใจต่อการใช้งานนวัตกรรมพบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.91$, $SD = .42$)
เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า นวัตกรรมมีความแม่นยำ และสามารถนำไปใช้งานได้จริงมากที่สุด ($M = 4.73$, $SD = .48$) รองลงมา นวัตกรรมมีความปลอดภัย ($M = 4.62$, $SD = .48$) ดังตารางที่ 2



The Development of an Innovative Fluid Alert Device
for Patients Undergoing Abdominal Paracentesis
การพัฒนานวัตกรรมเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำในผู้ป่วย
ที่ได้รับการเจาะระบายสารน้ำในช่องท้อง

ตารางที่ 2 การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้เครื่องแจ้งเตือนสารน้ำ (n = 34)

รายการประเมิน	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. เครื่องแจ้งเตือนสารน้ำที่พัฒนาขึ้นมีขนาดที่เหมาะสมในการใช้งาน	4.55	0.32	มากที่สุด
2. เครื่องแจ้งเตือนสารน้ำที่พัฒนาขึ้นมีความปลอดภัย	4.62	0.48	มากที่สุด
3. เครื่องแจ้งเตือนสารน้ำที่พัฒนาขึ้นมีความง่ายต่อการใช้งาน	4.55	0.48	มากที่สุด
4. เครื่องแจ้งเตือนสารน้ำที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้งานได้จริง	4.73	0.42	มากที่สุด
5. เครื่องแจ้งเตือนสารน้ำที่พัฒนาขึ้นมีความแม่นยำ	4.73	0.48	มากที่สุด
6. ความพึงพอใจโดยรวม	4.91	0.42	มากที่สุด
รวม	4.64	0.45	มากที่สุด

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่าง คือ มีความสะดวกในการใช้งานมาก สามารถใช้งานได้จริง

การอภิปรายผล

1. การพัฒนาเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย จากการพัฒนานวัตกรรมภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาพบว่า เครื่องแจ้งช่วยเพิ่มความแม่นยำในการควบคุมปริมาณสารน้ำที่ระบายออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีระบบแจ้งเตือนด้วยแสงไฟและเสียงเมื่อปริมาณสารน้ำถึงระดับที่แพทย์กำหนดไว้ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ เสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ และภาวะไตวายเฉียบพลัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคตับเรื้อรังที่มีภาวะท้องมาน น้ำมักเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ ลินเซ และคณะ (Lindsay et al., 2014) ที่พบว่า การระบายของเหลวจำนวนมากเกินโดยขาดการควบคุมที่เหมาะสม ก่อให้เกิดภาวะความผิดปกติของการไหลเวียนโลหิตสูงถึงร้อยละ 80 ดังนั้น นวัตกรรมนี้ช่วยแก้ปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เพียงป้องกันการล้น หก รั่ว หรือการระบายเกินกำหนด แต่ยังลดความเสี่ยงของการปนเปื้อนเชื้อโรคจากสารคัดหลั่งที่ไหลหรือหกออกจากภาชนะเก็บ ซึ่งอาจก่อให้เกิดการติดเชื้อทั้งในผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ได้ (Maha Sarakham Hospital, 2019) จึงนับว่าเป็นนวัตกรรมที่ช่วยเสริมความปลอดภัยทั้งในระดับบุคคล และระบบบริการสุขภาพ

2. การพัฒนานวัตกรรมเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำ ถือเป็นนวัตกรรมที่ตอบโจทย์ปัญหาการปฏิบัติงาน ช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องเฝ้าระวังภาวะสารน้ำระบายออกมากเกินกำหนด และไม่สามารถเก็บปริมาณสารน้ำได้ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ นวัตกรรมนี้ทำหน้าที่เป็นกลไกเสริมที่สอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยมนุษย์วิศวกรรม (Human Factor Engineering) ซึ่งอธิบายถึงข้อจำกัดในการจัดการภาระงานหลายอย่างพร้อมกันทำให้เกิดความผิดพลาดได้ (Carayon & Gurses, 2008) ความสามารถของนวัตกรรมมีการแจ้งเตือนเมื่อสารน้ำถึงระดับที่กำหนด ช่วยลดความเสี่ยงจากการละเลยหรือผิดพลาดจากการทำงานหลายหน้าที่ของพยาบาลได้

นอกจากนี้ นวัตกรรมเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำยังช่วยให้สามารถเก็บข้อมูลปริมาณสารน้ำที่ระบายได้อย่างแม่นยำ ตรงตามแผนการรักษา ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการดูแล และความปลอดภัยของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ กริฟฟิธส์ และ ดอลโลล่า (Griffiths & Dall'Ora, 2023) ที่ชี้ให้เห็นว่า การขาดแคลนพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราความผิดพลาดทางคลินิก และผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ การมีระบบหรือนวัตกรรมที่สามารถทำหน้าที่ช่วยเตือนและติดตามแทนในบางหน้าที่ จึงนับเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการเสริมสร้างระบบการดูแลที่มีความปลอดภัยในสถานการณ์ที่มีทรัพยากรบุคคลจำกัด คุณสมบัติเด่นของนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ ความง่ายในการใช้งาน การกำหนดปริมาณได้ยืดหยุ่นตามคำสั่งแพทย์ และระบบแจ้งเตือนที่มีทั้งเสียงและไฟกระพริบอย่างชัดเจน ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถบริหารจัดการเวลาและความสำคัญ

ของงานแต่ละด้านได้ดีขึ้น โดยไม่ลดทอนคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะระบายสารน้ำ

3. การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้เครื่องซึ่งแจ้งเตือนสารน้ำโดยภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.64$, $SD = 0.45$) โดยเฉพาะคะแนนเฉลี่ยในด้านความพึงพอใจโดยรวมมีค่าสูงที่สุด ($M = 4.91$, $SD = 0.42$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่านวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น สามารถตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านประโยชน์ใช้สอย ความปลอดภัย ความแม่นยำ ความสะดวก และความคุ้มค่าคุ้มทุน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ กันตพร ยอดไชย และ บุผา ส่งศรีบุญสิทธิ์ (Yodchai & Songsriboonsit, 2023) ที่พัฒนาอุปกรณ์เตือนการส่งสิ่งส่งตรวจที่เน้นความง่ายในการใช้งาน ความปลอดภัย และความเหมาะสมด้านการออกแบบ ส่งผลให้ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในระดับมากเช่นเดียวกัน

การพัฒนานวัตกรรมเครื่องซึ่งแจ้งเตือนสารน้ำ สามารถอภิปรายความพึงพอใจตามรายด้าน ดังนี้ 1) ด้านลักษณะของนวัตกรรม ผู้ประเมินให้ความเห็นว่านวัตกรรมมีขนาดเหมาะสมต่อการใช้งาน ($M = 4.55$, $SD = 0.32$) สามารถวางข้างเตียงผู้ป่วยโดยไม่รบกวนการปฏิบัติงานของพยาบาล อีกทั้งมีน้ำหนักเบา มีแบตเตอรี่ในตัวสามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวก และใช้งานในพื้นที่ที่จำกัดได้อย่างเหมาะสม 2) ด้านความปลอดภัยในการใช้งาน ($M = 4.62$, $SD = 0.48$) นวัตกรรมไม่ก่อให้เกิดความร้อนหรือความเสี่ยงจากการใช้งานที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย 3) ด้านความง่ายต่อการใช้งาน ($M = 4.55$, $SD = 0.48$) นวัตกรรมออกแบบให้มีระบบการตั้งค่าที่ชัดเจน ไม่ซับซ้อน เข้าใจง่าย ทำให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงานของบุคลากร 4) ด้านการใช้งานจริง ($M = 4.73$, $SD = 0.42$) เครื่องซึ่งแจ้งเตือนสารน้ำช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามและควบคุมปริมาณสารน้ำที่ระบายออกได้อย่างแม่นยำตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการระบายสารน้ำมากเกินไป 5) ด้านความแม่นยำในการแจ้งเตือน ($M = 4.73$, $SD = 0.48$) ถือเป็นจุดแข็งสำคัญของนวัตกรรม เนื่องจากเครื่องสามารถตั้งค่าปริมาณเป้าหมายได้ และแจ้งเตือนเมื่อถึงปริมาณที่กำหนดผ่านสัญญาณเสียงและแสงไฟ ทำให้พยาบาลสามารถรับรู้ได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการระบายสารน้ำ เช่น ความดันโลหิตต่ำ การเสียสมดุลของเกลือแร่ และภาวะไตวายเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จีเนส และคณะ (Ginès et al., 2021) ที่เน้นย้ำถึงความจำเป็นของการติดตามปริมาณสารน้ำอย่างแม่นยำในผู้ป่วย

ในภาพรวม ผู้ประเมินให้คะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($M = 4.91$, $SD = 0.42$) ซึ่งสะท้อนว่านวัตกรรมเครื่องซึ่งแจ้งเตือนสารน้ำสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างตรงจุด อีกทั้งยังมีต้นทุนในการผลิตเพียง 450 บาทต่อเครื่อง ซึ่งถือว่ามีความคุ้มค่าคุ้มทุนเมื่อเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ และนวัตกรรมเครื่องซึ่งแจ้งเตือนสารน้ำที่พัฒนาขึ้นนี้ยังสามารถประยุกต์ใช้ในหัตถการอื่น ๆ ทางทางพยาบาลต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถานบริการสุขภาพที่มีข้อจำกัดของบุคลากร สามารถนำนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นนี้ไปประยุกต์ใช้ในการทำหัตถการ เนื่องจากขั้นตอนในการผลิตไม่ยุ่งยาก มีต้นทุนต่ำ และสามารถได้จริง เพื่อนำไปลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ และสามารถระบุปริมาณสารน้ำที่ออกมาตามแผนการรักษาของแพทย์ สามารถควบคุมปริมาณสารน้ำที่ออกจากผู้ป่วย ทำให้การดูแลมีคุณภาพและผู้ป่วยปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำนวัตกรรมเครื่องซึ่งแจ้งเตือนสารน้ำต้นแบบไปทดลองใช้จริงในหอผู้ป่วย เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการใช้งานจริง ภายใต้สภาวะการทำงานจริงที่ซับซ้อนและหลากหลาย



2. ควรพัฒนานวัตกรรมให้สามารถเชื่อมต่อกับระบบแจ้งเตือนแบบไร้สาย (wireless alert system) ไปยังอุปกรณ์ของพยาบาล เช่น โทรศัพท์มือถือ หรือ nurse station เพื่อเพิ่มความสะดวกและช่วยให้บุคลากรสามารถบริหารเวลาได้ดีขึ้น

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นกับวิธีการดั้งเดิม เพื่อยืนยันประสิทธิผลของนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น

References

- Carayon, P., & Gurses, A. P. (2008). Chapter 30 nursing workload and patient safety- A human factors engineering perspective. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2657/>
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (Eds.). (1992). *Doing qualitative research*. SAGE.
- Dipiro, J. T., Talbert, R. L., Yee, G. C., Matzke, G. R., Wells, B. G., & Posey, L. M. (2019). *Pharmacotherapy: A pathophysiologic approach* (10th ed.). McGraw-Hill Education.
- Duangduen, Y. (2019). The role of nurses in caring for patients with complications of cirrhosis. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 12(2), 51–61. (in Thai)
- European Association for the Study of the Liver. (2018). EASL clinical practice guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *Journal of Hepatology*, 69(2), 406–460. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024>
- Ginès, P., Krag, A., Abraldes, J. G., Solà, E., Fabrellas, N., & Kamath, P. S. (2021). Liver cirrhosis. *The Lancet*, 398(10308), 1359–1376. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01374-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01374-X)
- Griffiths, P., & Dall'Ora, C. (2023). Nurse staffing and patient safety in acute hospitals: Cassandra calls again? *BMJ Quality & Safety*, 32(5), 241–243. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015578>
- Kurapati, R., Katta, S., Kurapati, R., & O'Rourke, M. C. (2025). *Paracentesis*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435998/>
- Lindsay, A. J., Burton, J., & Ray, C. E., Jr. (2014). Paracentesis-induced circulatory dysfunction: A primer for the interventional radiologist. *Seminars in Interventional Radiology*, 31(3), 276–278. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1382799>
- Maha Sarakham Hospital. (2019). *Caring for patients undergoing paracentesis*. Maha Sarakham Hospital Publishing. (in Thai)
- Mahmood, A., Zhayier, M., Shoaib, M., Jiang, T., Ruze, R., Abuduhelili, A., & Ruiqing, Z. (2024). Ascites after liver cirrhosis diagnosis and treatment. *Journal of Surgery & Anesthesia Research*, 5(5), 1–6. [https://doi.org/10.47363/JSAR/2024\(5\)181](https://doi.org/10.47363/JSAR/2024(5)181)
- Muangpaisan, P. (2022). Hyponatremia in cirrhosis. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 39(2), 243–249. (in Thai)
- Phetchawet Hospital. (2022). *Ascites: Causes and treatments*. Phetchawet Hospital. (in Thai)



The Development of an Innovative Fluid Alert Device
for Patients Undergoing Abdominal Paracentesis
การพัฒนานวัตกรรมเครื่องแจ้งเตือนสารน้ำในผู้ป่วย
ที่ได้รับการเจาะระบายสารน้ำในช่องท้อง

- Raco, J., Bufalini, J., Dreer, J., Shah, V., King, L., Wang, L., & Evans, M. (2024). Safety of abdominal paracentesis in hospitalised patients receiving uninterrupted therapeutic or prophylactic anticoagulants. *Internal Medicine Journal*, 55(1), 77-83. <https://doi.org/10.1111/imj.16572>
- Richey, R. C., & Klein, J. D. (2007). *Design and development research: Methods, strategies, and issues*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203826034>
- Seethapathy, H., Sharma, S., Zhao, S., Chung, R. T., Connor, M. J., Jr., Leaf, D. E., & Allegretti, A. S. (2020). Acute kidney injury following paracentesis among inpatients with cirrhosis. *Kidney International Reports*, 5(8), 1305–1308. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2020.05.014>
- Srisatidnarakul, B., (2020). Effect size, power analysis, optimal sample size calculation using G*power program. Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Yodchai, K., & Songsriboonsit, B. (2023). Development of alarm equipment for perioperative nurses in Songklanagarind Hospital: Prototype testing. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(2), 1-11. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/255865/176780>



Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program on Self-Management Behaviors and Functional Capacity Among Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง
และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*

Jiraporn	Yasueb**	จิราพร	ยะสีบ**
Decha	Tamdee***	เดชา	ทำดี***
Jittawadee	Rhiantong****	จิตตวดี	เหริญทอง****

Abstract

Elderly people with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) need to be encouraged to engage in self-management behaviors so that they can control the recurrence of the disease. The objective of this two-group, pre-posttest experimental research was to study the effects of a program to promote the self-management of individuals and families on self-management behavior and on the functional capacity of elderly people with COPD. The participants consisted of 56 elderly people in Mae Moh Subdistrict, Mae Moh District, Lampang Province who had been suffering from COPD for 6 months or more with disease severity levels of 3-4, and who were randomly assigned to a control and an experimental group with 28 per group. The study tools were divided into three components: 1) a sample screening tool, including the short portable mental status questionnaire (SPMSQ form), an assessment of ability to carry out daily activities, and a questionnaire on self-management behavior of elderly people with COPD; 2) research tools, including the program to promote self-management of individuals and families of elderly people with COPD; and 3) data collection tools, including a personal data interview form, a data recording form for physical function, and a self-management behavior questionnaire for elderly people with COPD. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and dependent t-test.

The results found that after completion of the program, the mean self-management behavior scores of the elderly with COPD who received the program ($M = 87.68$, $SD = 7.53$) were significantly higher than those receiving usual care ($M = 61.64$, $SD = 3.57$) ($t = -16.525$, $p < .001$) and higher than before receiving the program with statistical significance ($M = 63.11$, $SD = 9.19$) ($t = -12.689$, $p < .001$). Physical function among the group who received the program ($M = 377.64$, $SD = 17.88$) was greater than that of the group receiving usual nursing care with statistical significance ($M = 363.61$, $SD = 21.42$) ($t = -2.662$, $p = .010$) and significantly more than before the experimental group received the program ($M = 364.86$, $SD = 22.09$) ($t = -4.012$, $p < .001$).

The results of this research can be used as a guideline for health personnel to apply programs to promote the self-management of individuals and families in promoting self-management behavior so that elderly people with COPD have good self-management behavior and the ability to perform physical functions to control recurrence of the disease.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease; Functional capacity; Individual and family self-management; Older persons; Self-management behaviors

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

** Graduate student of Nursing Science Program in Gerontological 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

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

Received 23 January 2025; Revised 5 March 2025; Accepted 4 April 2025



Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program on Self-Management Behaviors and Functional Capacity Among Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง
และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อให้สามารถควบคุมอาการกำเริบของโรค การวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3-4 ในตำบลแม่มาะ อำเภอมะมาะ จังหวัดลำปาง จำนวน 56 ราย สุ่มแบบง่ายเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 28 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (SPMSQ form) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent t-test และ dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมฯ ($M = 87.68$, $SD = 7.53$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($M = 61.64$, $SD = 3.57$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -16.525$, $p < .001$) และมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($M = 63.11$, $SD = 9.19$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.689$, $p < .001$) ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมฯ ($M = 377.64$, $SD = 17.88$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($M = 363.61$, $SD = 21.42$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.662$, $p = .010$) และมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($M = 364.86$, $SD = 22.09$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.012$, $p < .001$)

ผลการวิจัยนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางให้บุคลากรสุขภาพนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม และมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ดี เพื่อควบคุมอาการกำเริบของโรคได้

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ผู้สูงอายุ พฤติกรรมการจัดการตนเอง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) หมายถึง โรคที่เกิดจากการที่ปอดได้รับการระคายเคืองเรื้อรังจากฝุ่น แก๊สพิษ และควันบุหรี่ ทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบที่ผิดปกติ ทั้งในปอดและระบบอื่น ๆ ของร่างกาย โดยมีลักษณะการอุดกั้นของทางเดินหายใจเรื้อรังซึ่งไม่สามารถทำให้กลับคืนสู่สภาพปกติได้ ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ป้องกันและรักษาได้ การมีโรคร่วมหรือการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันจะส่งผลต่อความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย โดยทั่วไปโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักหมายถึง 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักพบโรคทั้งสองดังกล่าวอยู่ร่วมกัน และแยกออกจากกันได้ยาก (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2022) ทั้งนี้ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก

จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกสูงถึงประมาณ 210 ล้านคน และมีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มมากขึ้นทุกปี จากการสำรวจขององค์การอนามัยโรคพบว่า ในปี พ.ศ. 2563 พบโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 3 ของโลกรองจากโรคหลอดเลือดสมอง (World Health Organization, 2020) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต อันดับที่ 6 ในสัดส่วน 40 ต่อ 100,000 ประชากร และเพิ่มขึ้นถึง 1.3 เท่าในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา (Health Data Center, Ministry of Public Health, 2019) ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 พบความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอยู่ทั่วทุกจังหวัดในประเทศไทย โดยเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนสูงที่สุด ในส่วนของจังหวัดลำปางในปีงบประมาณ 2561 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 169,722 คนป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 4,066 คน คิดเป็นร้อยละ 2.4 (Health Data Center, Ministry of Public Health, 2019)

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นและนำไปสู่การเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ด้านร่างกายจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกายตนเองลดลง ทั้งนี้ หากสมรรถภาพปอดลดลงมากขึ้นเรื่อย ๆ จะยิ่งส่งผลให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น และเกิดการกำเริบของโรคบ่อยขึ้นรวมถึงความเสี่ยงของการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นอีกด้วย (Simon et al., 2017) นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความไม่แน่นอนของโรค ทำให้เกิดอาการกำเริบเป็นระยะ ๆ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกวิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า ส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเองไม่เหมาะสมและไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเพิ่มความรุนแรงของโรคมามากขึ้น และการที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติทำให้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมลดลง ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นลดลง รวมถึงบทบาทของตนเองทั้งในครอบครัวและสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดการแยกตัว ยิ่งส่งผลให้ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบไปถึงครอบครัวด้วย กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อย ๆ ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกหงุดหงิดง่าย เนื่องจากมีความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี และการที่ผู้ป่วยมีความไม่ต่อเนื่องในการจัดการตนเอง จึงเป็นสาเหตุของการเพิ่มความรุนแรงของโรคมามากขึ้น (Fasai et al., 2016) ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวต้องใช้เวลาไปส่งผู้ป่วยที่สถานพยาบาล ทำให้ขาดรายได้ และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควบคุมอาการของโรคไม่ได้ เกิดการกำเริบบ่อย ๆ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ส่งผลต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศตามมาเช่นกัน จากการสำรวจพบว่า ในปี พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าใช้จ่ายจากการรักษาสูงถึง 12,735 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 0.14



Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program on Self-Management Behaviors and Functional Capacity Among Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ของรายได้ประชาชาติ (Chest Disease Institute, Department of Medicine, 2019)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลกระทบต่อหลาย ๆ ส่วนเป็นลูกโซ่ต่อเนื่องกัน ตั้งแต่ตัวผู้ป่วย ครอบครัว จนถึงระดับสังคมและประเทศชาติ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ส่วนหนึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การสูดพ่นยาไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย และการมีภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งการที่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ความจำ สติปัญญา การรับรู้เสื่อมลง เช่น การมองเห็นที่ไม่ดี การเคลื่อนไหวของร่างกายส่วนต่าง ๆ ลดลง อ่อนเพลีย เปรียบบาง รวมถึงความจำที่ลดลง หลง ๆ ลืม ๆ ความเข้าใจในการเรียนรู้ที่ลดลง ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นไปในทางที่แย่ขึ้น

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มที่ 3 และ 4 ซึ่งมีข้อจำกัดในการจัดการตนเอง ต้องการความช่วยเหลือในการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดการควบคุมอาการของโรคได้ดี ลดผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งหากครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถทำได้เอง เช่น การจัดเตรียมอาหาร การกดยา สูดพ่น การจัดเตรียมยา การไปรับการรักษาตามนัด รวมถึงการให้กำลังใจ จะทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ต่อเนื่อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่ตามมา นอกจากนี้ การที่ประเทศไทยมีแนวโน้มได้รับอิทธิพลจากตะวันตกมากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบหลาย ๆ อย่างต่อผู้สูงอายุ เช่น การขยายตัวของชุมชนเมือง การเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมลงช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เท่าเดิมมักจะถูกทอดทิ้ง รวมทั้งวัฒนธรรมอันดีงามในอดีตเริ่มเสื่อมถอย เช่น การเคารพนับถือผู้อาวุโส ผู้สูงอายุในปัจจุบันมักถูกมองว่าไม่ทันต่อเหตุการณ์ ถูกลดบทบาทความสำคัญ จนกลายเป็นภาระต่อสังคม ทั้งนี้ เป้าหมายของการรักษาจะสำเร็จได้ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะต้องมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ต่อเนื่องและเหมาะสมจากการมีส่วนร่วมของครอบครัว จึงจะนำไปสู่การมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่เพิ่มขึ้น

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional capacity) หมายถึง ประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยซึ่งแสดงถึงความสามารถในการนำออกซิเจนเข้าสู่ปอดและหัวใจของร่างกาย เพื่อนำไปใช้ในการทำงานของกล้ามเนื้อและอวัยวะต่าง ๆ ให้ทำงานได้ติดต่อกันยาวนานอย่างมีประสิทธิภาพ (Arena et al., 2007) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจเข้าและออกลดลง เนื้อเยื่อปอดสูญเสียความยืดหยุ่น ถุงลมปอดหนาตัวขึ้น ทำให้จำนวนถุงลมลดลง ส่งผลให้แลกเปลี่ยนก๊าซได้ลดลง ผู้ป่วยต้องออกแรงในการหายใจเพิ่มมากขึ้น มีอาการหายใจลำบาก โดยเฉพาะเมื่อมีการทำกิจกรรม ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ไม่กล้าเคลื่อนไหวเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้สมรรถภาพการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกายลดลง ไม่ว่าจะเป็นระบบทางเดินหายใจที่มีการนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายได้ลดลง ระบบไหลเวียนโลหิตและหัวใจมีการนำเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายได้ลดลง ระบบกล้ามเนื้อ เส้นใยกล้ามเนื้อชนิดที่มีความสามารถในการใช้ออกซิเจนในการผลิตพลังงานมีจำนวนลดลง (Berry & Woodard, 2003) ทำให้กล้ามเนื้อมีการใช้ออกซิเจนลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ซึ่งการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายใช้วิธีการประเมินเดียวกับการประเมินประสิทธิภาพในการใช้ออกซิเจนสูงสุด ซึ่งสามารถประเมินได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การทดสอบสมรรถภาพด้วยการเดิน (walk test) ซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น 12 Minute Walk Test (12MWT), 6 Minute Walk Test (6MWT) และ 3 Minute Walk Test (3MWT)



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง
และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เป็นการจัดการรายบุคคล หรือเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเท่านั้น เช่น การศึกษาเรื่อง โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ ปัทมาพร ชนะมาร (Chanaman, 2017) พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม และด้านแรงจูงใจ ส่วนการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ภาวะสุขภาพสูง จะมีส่วนร่วมและแรงจูงใจในการจัดการตนเองและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี

กลุ่มผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการเสื่อมสภาพของร่างกายตามช่วงวัยและมีความเปราะบางจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลและจัดการตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ส่งผลให้ความสามารถในการจัดการต่าง ๆ ลดลง ทั้งในเรื่องการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การใช้อาหาร การเตรียมอาหาร การจัดการกับอาการกำเริบของโรค ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่าวัยอื่น ๆ มีโอกาสเกิดหรือได้รับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่าวัยอื่น ๆ รวมทั้งมีอาการแทรกซ้อนของโรคที่มีความรุนแรงมากกว่าวัยอื่น ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลหรือสนับสนุนการดูแลจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะจากญาติผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการจัดการตนเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (individual and family self-management theory: IFSMT) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดย ไรอัน และ ซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) เป็นทฤษฎีที่มองว่าครอบครัวและผู้ป่วยเป็นหน่วยเดียวกัน มีอิทธิพลในการสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมและต่อเนื่อง รวมถึงมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้สูงอายุต่อการจัดการตนเองกับอาการเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ ชัยพงศ์ ชุยศ (Chuyod, 2004) พบว่า หนึ่งในตัวแปรที่มีอิทธิพลในการร่วมทำนายนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ สมาชิกครอบครัว การที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการจัดการตนเอง และทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของวิถีชีวิตของครอบครัวในสังคมไทย

ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วย 3 มิติหลัก ได้แก่ บริบท (context) กระบวนการ (process) และ ผลลัพธ์ (outcomes) ซึ่งส่งผลซึ่งกันและกันเป็นพลวัตร จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ในประเทศไทย มีการนำทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวมาศึกษาบ้างแล้ว เช่น การศึกษาของ อารีรัตน์ ชำนาญ และคณะ (Chamnan et al., 2021) เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสฟอรัส และผลคุณแคลเซียมและฟอสฟอรัสในผู้ป่วยที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสฟอรัสเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมใน



Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program on Self-Management Behaviors and Functional Capacity Among Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สัปดาห์ที่ 4, 6 และ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมที่มีผลคุณแคลเซียมและฟอสฟอรัสน้อยกว่า $55 \text{ mg}^2/\text{dl}^2$ สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่า มีงานวิจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่หลากหลาย อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เป็น การจัดการตนเองรายบุคคล หรือเป็นการศึกษาที่เกี่ยวกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ทั้งของ แคนเฟอร์ (Kanfer, 1980) และของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้กลยุทธ์ 5 เอ (5 A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support) ของ กลาสโกว์ (Glasgow et al., 2006) มาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่ยังทำให้การจัดการตนเองของผู้สูงอายุยังไม่มี ความต่อเนื่อง เนื่องจากข้อจำกัดต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว

นอกจากนี้ ยังมีการนำแนวคิดการสนับสนุนของครอบครัว (family support) มาส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่การจัดการตนเองของผู้สูงอายุยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากผู้สูงอายุรู้สึกถึงควมมีคุณค่าในตนเองลดลง เป็นภาระของผู้ดูแล ทำให้มีความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ทำให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่ต่อเนื่อง ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมระหว่างตัวผู้ป่วยและครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่อาจจะทำให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ ไรอัน และ ซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) มาปรับใช้ในการสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับตนเองตามบริบท รวมถึงสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่องที่อาจจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น ลดการเกิดอาการกำเริบของโรคที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งผลกระทบต่าง ๆ ตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวหลังการทดลองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว
3. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวหลังการทดลองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว



Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program on Self-Management Behaviors and Functional Capacity Among Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง
และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ
2. คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ
4. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (individual and family self-management theory: IFSMT) ของ ไรอัน และ ซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ใช้มิติที่ 1 และ 2 เป็นหลักในการพัฒนาโปรแกรมฯ ดังนี้ มิติที่ 1 บริบท ประกอบด้วย ปัจจัยเฉพาะโรค โดยการกำหนดระยะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มตัวอย่าง และปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ใช้แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประเมินผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนการวางแผนการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว และใช้แบบสอบถามการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประเมินครอบครัวก่อนการวางแผนการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว มิติที่ 2 กระบวนการ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลจริง หรือความรู้ และความเชื่อในภาวะสุขภาพ โดยผ่านกิจกรรมการให้ข้อมูลและความรู้ที่เป็นจริงแก่กลุ่มตัวอย่างและครอบครัว 2) ส่งเสริมทักษะและความสามารถในการควบคุมตนเองแก่กลุ่มตัวอย่างและครอบครัว โดยผ่านกิจกรรมการฝึกปฏิบัติทั้ง 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเองและการสะท้อนคิด การตัดสินใจ การวางแผนและการปฏิบัติ การประเมินตนเอง และการจัดการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัววางแผนร่วมกัน มีผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ และ 3) การอำนวยความสะดวกในสังคม โดยผู้วิจัยสนับสนุนข้อมูล แนะนำแหล่งประโยชน์ ตลอดจนการติดตามประเมินผล เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิต มีการดำเนินโปรแกรมในระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อส่งผลให้เกิดมิติที่ 3 ผลลัพธ์ ได้แก่ การมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม และส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้สามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคได้ในที่สุด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-posttest design) ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากแพทย์ ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3-4 ตามเกณฑ์ของสมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2560



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง
และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3-4 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคเรื้อรังแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2560 ในตำบลแม่เกาะ อำเภอแม่เกาะ จังหวัดลำปาง และสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักมีอายุน้อยกว่า 60 ปี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้บ้าง ต้องได้ 5 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ประเมินโดยแบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire: SPMSQ) ฉบับภาษาไทยของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiangmai Provincial Public Health, 2018) ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ต้องได้ 6 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน 3) มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ-ปานกลาง 4) ไม่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร และสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ 5) อาศัยอยู่กับครอบครัว และมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก 6) มีความสนใจให้มีส่วนร่วมในการวิจัย 7) สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ต้องไม่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และมีความสนใจให้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สำหรับเกณฑ์คัดออก มีดังนี้ 1) มีอาการกำเริบเฉียบพลัน เช่น หายใจเหนื่อยมากขึ้น ไอมากขึ้น มีเสมหะเพิ่มมากขึ้นและเสมหะเปลี่ยนสี มีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่า 200 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท 2) มีข้อจำกัดในการเดิน ได้แก่ ติดเตียง พักการขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง 3) สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ไม่ได้อยู่บ้านหลังเดียวกับผู้สูงอายุ

เกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อยุติกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (discontinuation criteria) มีดังนี้ 1) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) เสียชีวิต 3) ขอลถอนตัวการวิจัย หรือไม่สามารถติดต่อได้ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย 4) สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ขาดการร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 5

ผู้วิจัยรับสมัครผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่เกาะ โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านพยาบาลที่รับผิดชอบคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาล เมื่อมีผู้สมัครแล้วทำการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ เมื่อผ่านเกณฑ์การคัดกรองแล้วจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย (simple random assignment) จากรายชื่อผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สมัครเข้าร่วมวิจัย โดยให้เลขกำกับแก่ผู้สมัครแต่ละคน และทำการสุ่มจับสลากตัวเลข หลังจากนั้น ทำการสุ่มแบบง่ายอีกครั้ง โดยการจับสลากหมายเลข เพื่อจัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยกำหนดให้หมายเลขที่เป็นกลุ่มควบคุมและหมายเลขคู่เป็นกลุ่มทดลอง

มีผู้สมัครสมัครตามเกณฑ์ จำนวน 56 ราย เข้าร่วมโปรแกรมครบตามกำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 28 ราย และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลในครอบครัวเท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง คือ 28 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiangmai Provincial Public Health, 2018) คะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน โดยคะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป ถือว่ามีการรู้คิดปกติ

2. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) พัฒนาโดย สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ (Neurological Institute of Thailand, 2019) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยคะแนนตั้งแต่ 5 ขึ้นไป ถือว่าสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง



Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program on Self-Management Behaviors and Functional Capacity Among Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การใช้ยา 3) การฝึกการหายใจ 4) การออกกำลังกาย และ 5) การจัดการกับอาการกำเริบของโรค แบบสอบถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน/ทุกครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกวัน/เกือบทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางวัน/นาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 27-108 คะแนน กำหนดระดับคะแนน ดังนี้

27-54	คะแนน	พฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ
54.01-81.01	คะแนน	พฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
81.02-108	คะแนน	พฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (IFSMT) ของ ไรอัน และ ซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) โดยกิจกรรมประกอบด้วย แผนกิจกรรม คู่มือการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สมุดบันทึกการติดตามการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว สื่อการสอน Power Point และแบบสอบถามสำหรับครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้สำหรับประเมินครอบครัวผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและระหว่างการดำเนินวิจัย เกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล โดยผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยข้อคำถามครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การใช้ยา 3) การฝึกการหายใจ 4) การออกกำลังกาย และ 5) การจัดการกับอาการกำเริบของโรค ลักษณะแบบสอบถามแต่ละข้อ มีคำตอบให้เลือกเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน/ทุกครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกวัน/เกือบทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางวัน/นาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน คะแนนสูงอยู่ในช่วงคะแนน 48.02-64 คะแนน ถือว่ามีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง คะแนนต่ำอยู่ในช่วงคะแนน 16-32 คะแนน ถือว่ามีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน จำนวนโรคประจำตัว ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวนยาที่ใช้ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยประเมินจากข้อมูลเกี่ยวกับการทดสอบการเดินบนทางราบใน 6 นาที (6MWD)

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยข้อคำถามครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การใช้ยา 3) การฝึกการหายใจ 4) การออกกำลังกาย และ 5) การจัดการกับอาการกำเริบของโรค ลักษณะแบบสอบถามแต่ละข้อ มีคำตอบให้เลือกเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน/ทุกครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกวัน/เกือบทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางวัน/นาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 27-108 คะแนน กำหนดระดับคะแนน ดังนี้



Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program on Self-Management Behaviors and Functional Capacity Among Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

27-54	คะแนน	พฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ
54.01-81.01	คะแนน	พฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
81.02-108	คะแนน	พฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

ซึ่งแบบสอบถามนี้เป็นชุดเดียวกันกับแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน สำหรับโปรแกรมฯ ผู้วิจัยได้นำไปปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้นำมาคำนวณค่า CVI ได้เท่ากับ 0.99 และได้นำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 10 ราย ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งผ่านการรับรองเลขที่โครงการ: 036/2567 รหัสโครงการ: EXP125 ลงวันที่ 12 มีนาคม 2567 และนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่เมาะ จังหวัดลำปาง ภายหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย สิทธิในการถอนตัวจากงานวิจัย การวิจัยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการได้รับบริการทางสุขภาพ และข้อมูลส่วนตัวรวมถึงข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างถูกปกปิดเป็นความลับเปิดเผยในภาพรวมของการนำเสนอและอภิปรายเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมที่เข้าร่วมในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมหรือพิมพ์ลายนิ้วมือเพื่อเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเมื่อได้รับหนังสืออนุมัติการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นขอความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในใบยินยอม ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และทำการทดสอบการเดินบนทางราบใน 6 นาที เพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายก่อนเข้าร่วมวิจัย ณ โรงพยาบาลแม่เมาะ ภายใต้การดูแลใกล้ชิดจากผู้วิจัย

ก่อนการทดสอบ มีการประเมินผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการเตรียมสถานที่ทดสอบเป็นทางตรงพื้นราบ ระยะทางประมาณ 20 เมตร ไม่มีสิ่งกีดขวาง อากาศถ่ายเทสะดวก มีการกำหนดจุดเริ่มต้นชัดเจน มีเก้าอี้ให้นั่งพักระหว่างทางเดิน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเหนื่อย ให้สวมใส่เสื้อผ้าหลวม ๆ สวมรองเท้าที่สามารถเดินได้สะดวก ระหว่างทางสามารถใช้ไม้เท้าได้หากจำเป็น รับประทานอาหารได้ตามปกติ รับประทานอาหารเบา ๆ ได้ ก่อนการทดสอบไม่ควรออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่หนักอย่างน้อย 2 ชั่วโมง โดยก่อนการทดสอบให้กลุ่มตัวอย่างนั่งพักก่อน 10 นาที ระหว่างนี้ผู้วิจัยทำการวัดสัญญาณชีพ หลังจากนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างเริ่มเดินจากจุดเริ่มต้นที่กำหนดไว้ จนครบ 6 นาที โดยสามารถหยุดพักได้หากรู้สึกเหนื่อยขณะเดิน และสามารถเดินต่อได้เมื่อยเหนื่อย ภายในเวลา 6 นาที หลังจากนั้น วัดระยะทางที่เดินได้ แล้วบันทึกระยะทางเป็นเมตร ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคนละวันกัน ดำเนินการกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้



Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program on Self-Management Behaviors and Functional Capacity Among Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง
และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเก็บข้อมูลเบื้องต้น ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองและประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยทำการทดสอบการเดินบนทางราบใน 6 นาที

สัปดาห์ที่ 2-8 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันตามปกติ ตามคำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่เมาะ

สัปดาห์ที่ 9 ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายซ้ำ หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้มอบคู่มือการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้กับกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 (ใช้เวลาประมาณ 2-3 ชั่วโมง) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่ต้องใช้ในการดำเนินการวิจัยอีกครั้ง หลังจากนั้น เก็บข้อมูลเบื้องต้น ณ โรงพยาบาลแม่เมาะ และประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และทำการทดสอบการเดินบนทางราบใน 6 นาที เพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายก่อนเข้าร่วมวิจัย รวมถึงประเมินการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจ ทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจากนั้น ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (โดยต้องมีครอบครัวร่วมกิจกรรมทุกครั้ง) ผ่านกิจกรรม “ทบทวนความหลัง” โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยทักทายเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง นำเข้าสู่ประเด็นชี้แจงวัตถุประสงค์ และหัวข้อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้แก่ ความหมายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการ อาการแสดง

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการ อาการแสดง ทั้งในส่วนของผู้สูงอายุและครอบครัว

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการ อาการแสดงแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว โดยใช้สื่อการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว ชักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการ อาการแสดง

ขั้นที่ 5 ผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจจากกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว และสรุปเนื้อหาอีกครั้ง หลังจากนั้น นัดหมายวันเวลาเพื่อดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 (ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง) ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (โดยต้องมีครอบครัวร่วมกิจกรรมทุกครั้ง) ณ โรงพยาบาลแม่เมาะ ผ่านกิจกรรม “ทบทวนความหลัง” โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยทักทายเรื่องทั่วไปสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง นำเข้าสู่ประเด็นชี้แจงวัตถุประสงค์ และหัวข้อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้แก่ การจัดการตนเองในเรื่องของการรับประทานอาหาร ยา การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย และการจัดการกับอาการกำเริบของโรค

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวถึงความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองในเรื่อง การรับประทานอาหาร ยา การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย และการจัดการกับอาการกำเริบของโรค ทั้งในส่วนของผู้สูงอายุและครอบครัว



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง
และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองในเรื่อง การรับประทานอาหาร ยา การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย และการจัดการกับอาการกำเริบของโรค แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว โดยใช้สื่อการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว ชักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองในเรื่อง การรับประทานอาหาร ยา การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย และการจัดการกับอาการกำเริบของโรค

ขั้นที่ 5 ผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจจากกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว และสรุปเนื้อหาอีกครั้ง หลังจากนั้น นัดหมายวันเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 3 (ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง) ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ณ บ้านของกลุ่มตัวอย่าง (โดยต้องมีครอบครัวร่วมกิจกรรมทุกครั้ง) มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ทักทาย เกริ่นนำเรื่องทั่วไป สอบถามอาการของผู้สูงอายุในปัจจุบันจากตัวผู้สูงอายุและครอบครัว ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเนื้อหาจากการเข้าร่วมกิจกรรม 2 ครั้งที่ผ่านมา จากกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว

ขั้นที่ 2 ฝึกปฏิบัติความสามารถในการจัดการตนเองผ่านกิจกรรม “บันได 6 ขั้นพิชิตโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเองและการสะท้อนคิด การตัดสินใจ การวางแผนและการปฏิบัติ การประเมินตนเอง และการจัดการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยอธิบายความหมายในแต่ละขั้นตอน ยกตัวอย่างประกอบ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัว พูดคุย วางแผนร่วมกัน ในการกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง เพื่อพิชิตโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของตนเองที่ผ่านมาที่เป็นปัจจัยขัดขวางการจัดการตนเอง เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติในการจัดการตนเอง หลังจากนั้น ให้ผู้สูงอายุและครอบครัววางแผนกิจกรรมที่จะปฏิบัติในแต่ละวัน เพื่อนำไปสู่การจัดการตนเองที่เหมาะสมและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ รวมถึงการประเมินตนเองและการจัดการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยใช้สมุดบันทึกการติดตามการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นเครื่องมือในการดำเนินกิจกรรมและมีผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ

ขั้นที่ 3 แนะนำสิ่งเอื้ออำนวยการจัดการตนเองทางสังคมผ่านกิจกรรม “มีไว้ อุ่นใจ” โดยผู้วิจัยสนับสนุนข้อมูล แนะนำแหล่งประโยชน์ ตลอดจนการติดตามประเมินผล เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในการดำเนินชีวิต โดยการสนับสนุนของครอบครัว (family support) และมอบคู่มือการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสมุดบันทึกการติดตามการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว

สัปดาห์ที่ 2 โทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน เพื่อทบทวนสอบถามการจัดการตนเอง ค้นหาปัญหาของแต่ละบุคคลและครอบครัว และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขครั้งที่ 1 ใช้เวลา 15 นาที

สัปดาห์ที่ 3-4 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 5 ติดตามกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน เพื่อทบทวนสอบถามการจัดการตนเอง ค้นหาปัญหาของแต่ละบุคคลและครอบครัว และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ครั้งที่ 2 และประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ รวมถึงประเมินการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อนำข้อมูลมาปรับแผนการจัดการตนเองของแต่ละบุคคลและครอบครัว ใช้เวลา 45-60 นาที

สัปดาห์ที่ 6-8 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวที่บ้าน



สัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลแม่เมาะ เพื่อทำการทดสอบการเดินบนทางราบใน 6 นาที และประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างซ้ำ หลังจากนั้น กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเข้าร่วมการวิจัย พร้อมแจ้งสิ้นสุดการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ chi-square test หรือสถิติ Fisher exact probability test ตามลักษณะข้อมูล

ในส่วนของการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ independent t-test เนื่องจากมีการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศชาย (ร้อยละ 64.3 และ 57.1 ตามลำดับ) มีอายุอยู่ในช่วง 71-80 ปี โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 73.57 ปี (SD = 7.38) และกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 72.93 ปี (SD = 7.05) เกินครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 57.1 ของกลุ่มควบคุม และ 53.6 ของกลุ่มทดลอง) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 39.3 ของกลุ่มควบคุม และ 46.5 ของกลุ่มทดลอง) และเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 39.3 ของกลุ่มควบคุม และ 42.9 ของกลุ่มทดลอง) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มากกว่า 5,000 บาท มีรายได้เฉลี่ย 5,232.14 บาท (SD = 2283.12) ในกลุ่มควบคุม และ 6,482.14 บาท (SD = 1997.60) ในกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรค (ร้อยละ 53.6 ของกลุ่มควบคุม และ 46.4 ของกลุ่มทดลอง) ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ที่ 1-5 ปี ในกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 1.61 ปี (SD = 1.03) และในกลุ่มทดลองอยู่ที่ 1.57 ปี (SD = 0.92) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มียาที่ใช้ยามากกว่า 1 ชนิด เฉลี่ยอยู่ที่ 4 ชนิดทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 32.1 และ 39.3 ตามลำดับ) และมากกว่าหนึ่งในสี่ของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 คน (ร้อยละ 28.6 และ 32.1 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง 61.21 (SD = 4.25) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 63.11 (SD = 9.19) และหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง 61.64 (SD = 3.57) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 87.68 (SD = 7.53) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -16.525, p < .001$) ดังตารางที่ 1



Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program on Self-Management Behaviors and Functional Capacity Among Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง
และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและ
หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 56)

พฤติกรรมการ จัดการตนเอง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	61.21	4.25	63.11	9.19	-0.989	.327
หลังการทดลอง	61.64	3.57	87.68	7.53	-16.525	<.001

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการ
ทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลอง 87.68 (SD = 7.53) มากกว่าก่อนการ
ทดลอง 63.11 (SD = 9.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.689, p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการ
ทดลอง (n = 28)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง ของกลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง	63.11	9.19	87.68	7.53	-12.689	<.001

4. เปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า
ค่าเฉลี่ยระยะทางที่เดินได้บนทางราบใน 6 นาที ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 363.54 เมตร (SD =
20.60) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 364.86 เมตร (SD = 22.09) และหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 363.61
เมตร (SD = 21.42) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 377.64 เมตร (SD = 17.88) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่าเฉลี่ย
ระยะทางที่เดินได้บนทางราบใน 6 นาที ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าไม่แตกต่างกันอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยระยะทางที่เดินได้บนทางราบใน 6 นาทีของกลุ่มทดลอง มีค่า
มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.662, p = .010$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะทางที่เดินได้บนทางราบใน 6 นาที ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อน
และหลังการทดลอง (n = 56)

ระยะทางที่เดินได้ บนทางราบใน 6 นาที	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	363.54	20.60	364.86	22.09	-0.232	.818
หลังการทดลอง	363.61	21.42	377.64	17.88	-2.662	.010

5. เปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง
พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะทางที่เดินได้บนทางราบใน 6 นาทีหลังการทดลองมีค่ามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($t = -4.012, p < .001$) ดังตารางที่ 4



Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program on Self-Management Behaviors and Functional Capacity Among Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง
และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะทางที่เดินได้บนทางราบใน 6 นาทีของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n = 28)

ระยะทางที่เดินได้บนทางราบใน 6 นาที	ก่อนการทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ระยะทางเฉลี่ย	364.86	22.09	377.64	17.88	-4.012	<.001

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย สมมติฐานการวิจัยได้รับการยอมรับทุกสมมติฐาน คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ และมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการจัดการตนเองในเรื่องของการรับประทานอาหาร ยา การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย และการจัดการกับอาการกำเริบของโรค ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นจริงมากขึ้น ซึ่งการให้ความรู้ที่ถูกต้องทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการจัดการพฤติกรรมตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ ไรอัน และ ซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) ในมิติกระบวนการที่กล่าวว่า ปัจจัยด้านความรู้และความเชื่อในภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมของบุคคล และนำไปสู่การจัดการตนเองได้ต่อไป สอดคล้องกับที่ ชูลีกร ดานยูทสิลเป (Danyuthasilpe, 2017) ได้กล่าวว่า การส่งเสริมพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ประสบความสำเร็จนั้น ผู้ป่วยควรมีความรู้ด้านต่าง ๆ ที่ครอบคลุมการดำเนินของโรค นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ ปัทมาพร ชนะมาร (Chanaman, 2017) ซึ่งพบว่า ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเอง ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเองจะมีส่วนร่วมและแรงจูงใจในการจัดการตนเองและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี เมื่อเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ดี จะส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

นอกจากนั้น ในโปรแกรมนี้ยังมีกิจกรรมที่ช่วยฝึกปฏิบัติความสามารถในการจัดการตนเองแก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย ซึ่งการที่ผู้สูงอายุและครอบครัวได้เป็นผู้ที่วางแผนกิจกรรมการจัดการตนเองร่วมกัน ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง 2) การติดตามตนเองและการสะท้อนคิด โดยในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยมีการติดตามประเมินผลผ่านทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองตามแผนที่วางไว้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง รวมถึงช่วยชี้แนะในการแก้ปัญหาต่าง ๆ เมื่อพบปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวไม่สามารถดำเนินกิจกรรมที่วางไว้ได้ ซึ่งในขั้นตอนนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวค้นเจอปัญหาและอุปสรรค หรือสิ่งที่เป็นปัจจัยส่งเสริมที่มีผลต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง

นอกจากนี้ การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้ให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและครอบครัว ทำการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และได้มีการติดตามคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 5 ภายหลังการได้รับความรู้และปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมที่บ้านซึ่งพบว่า มีแนวโน้มดีขึ้น และก่อนเข้าร่วม



Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program on Self-Management Behaviors and Functional Capacity Among Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โปรแกรมผู้วิจัยได้มีการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและครอบครัวพบว่า คะแนนอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง แต่หลังการดำเนินการวิจัยมีการติดตามคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของครอบครัวในสัปดาห์ที่ 5 พบว่า มีแนวโน้มดีขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน จึงอธิบายได้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว มีผลทำให้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองดีขึ้น

การดำเนินการตาม 6 ขั้นตอน ดังกล่าว ทำให้เห็นว่าการศึกษาที่สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของตนเองและเกิดความต่อเนื่องในการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คารา คาซิกชี และ อัลเบร์โต (Kara Kaşikçi & Alberto, 2007) ซึ่งพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชระ เกียนตะ (Kiantah, 2017) เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีสัดส่วนของระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$)

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลองแล้ว ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มมากขึ้น อธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ต่อเนื่องและเหมาะสม ในเรื่องของการรับประทานอาหาร ยา การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย และการจัดการกับอาการกำเริบของโรค ตามบริบทของแต่ละครอบครัวที่วางแผนร่วมกันในขั้นตอนของการฝึกปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง โดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้เอง เช่น การจัดเตรียมอาหาร การกดยา สูดฟั่น การจัดเตรียมยา การไปรับการรักษาตามนัด รวมถึงการให้กำลังใจ และกำกับติดตามอย่างใกล้ชิด จึงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น ซึ่งการที่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้ดี แสดงถึงความสามารถในการนำออกซิเจนเข้าสู่ปอดและหัวใจ เพื่อนำไปใช้ในการทำงานของกล้ามเนื้อและอวัยวะต่าง ๆ ให้ทำงานได้ติดต่อกันยาวนานอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการของตนเองต่อความรู้สึกในการทำหน้าที่ของร่างกาย การเกิดการกำเริบเฉียบพลันและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ ปราณี สายรัตน์ และคณะ (Sairat et al., 2014) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเอง 8 สัปดาห์ มีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รวมถึงมีการศึกษาของ วันดี อภิรักษ์วรกุล และคณะ (Apirukworakul et al., 2008) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายแบบฟอนเจิง มข. ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ค่าเฉลี่ยระยะทางจากการเดินในทางราบเป็นเวลา 6 นาที (6MWT) ของกลุ่มทดลองภายหลังออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากผลการวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จึงสรุปได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ส่งผลให้มีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองดีขึ้น มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น



Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program on Self-Management Behaviors and Functional Capacity Among Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง
และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี และมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวในระยะยาว เพื่อประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการนำทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

References

- Apirukworakul, W., Khampolsiri, T., & Lasuka, D. (2008). Effects of Fawn Jerng Mor Chor exercise on functional capacity and dyspnea among elders with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Journal*, 36(4), 85-95. (in Thai)
- Arena, R., Myers, J., Williams, M. A., Gulati, M., Kligfield, P., Balady, G. J., Collins, E., Fletcher, G., American Heart Association Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention of the Council on Clinical Cardiology., & American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing. (2007). Assessment of functional capacity in clinical and research settings: A scientific statement from the American Heart Association committee on exercise, rehabilitation, and prevention of the council on clinical cardiology and the council on cardiovascular nursing, *Circulation*, 116(3), 329-343. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.184461>
- Berry, M., & Woodard, C. M. (2003). Chronic obstructive pulmonary disease. In J. K. Ehrman, P. M. Gordon, P. S. Visich, & S. J. Keteyian (Eds.), *Clinical exercise physiology* (pp.339-365). Human Kinetics.
- Chamnan, A., Kitsripisarn, S., & Tasanarong, A. (2021). Impact of individual and family self-management programme on hemodialysis-treated patients' adherence to phosphorus control and on their calcium x phosphorus product. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 36(2), 49-65. (in Thai)
- Chanaman, P. (2017). A causal model of factors affecting self-management behavior among old-aged chronic obstructive pulmonary disease. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 1(2), 75-86. (in Thai)
- Chest Disease Institute, Department of Medicine. (2019). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Chest Disease Institute.



Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program
on Self-Management Behaviors and Functional Capacity Among
Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง
และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- Chiangmai Provincial Public Health. (2018). *Health screening guide for the elderly with health promotion*. https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/main_section.php?info_id=4197
- Chuyod, C. (2004). *Factors affecting self-care behaviors in patients with chronic obstructive pulmonary disease at the Chest Disease Institute* [Unpublished master's thesis]. Kasetsart University.
- Danyuthasilpe, C. (2017). Promoting self-management for patient with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 11(2), 97-104. (in Thai)
- Fasai, S., Pinyokham, N., & Sittisombut, S. (2016). Factors related to pulmonary rehabilitation practices among persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Journal*, 43(Suppl.), 48-58. (in Thai)
- Glasgow, R. E., Emont, S., & Miller, D. C. (2006). Assessing delivery of five 'AS' for patient-centered counseling. *Health Promotion International*, 21(3), 245-255.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2022). *Global strategy for prevention, diagnosis, and management of COPD: 2022 report*. <https://goldcopd.org/2022-gold-reports/>
- Health Data Center, Ministry of Public Health. (2019). *Chronic obstructive pulmonary diseases (COPD), central chest institute of Thailand development model treatment for patients with COPD*. <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf>
- Kanfer, F. H. (1980). *Helping people change* (2rd ed.). Pergamon.
- Kara Kaşıkçı, M., & Alberto, J. (2007). Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1468-1478. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01782.x>
- Kiantah, W. (2017). *Development of family participation program for promoting health care behaviors among persons with chronic obstructive pulmonary disease* [Master's thesis, Chiang Mai University]. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:126266> (in Thai)
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Neurological Institute of Thailand. (2019). *Clinical practice guidelines for ischemic stroke*. Tana Press & Graphic. <https://shorturl.asia/T7mAC> (in Thai)
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>
- Sairat, P., Wattana, C., & Takviriyannun, N. (2014). Effects of a self-management training program on functional performance, acute exacerbation and quality of life among patients chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Journal*, 41(4), 23-35. (in Thai)



Effects of an Individual and Family Self-Management Promotion Program
on Self-Management Behaviors and Functional Capacity Among
Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง
และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Simon, S. T., Altfelder, N., Alt-Epping, B., Bausewein, C., Weingärtner, V., Voltz, R., Ostgathe, C., Radbruch, L., Lindena, G., & Nauck, F. (2017). Characteristics of patients with breathlessness. *Pneumologie (Stuttgart, Germany)*, 71(1), 40–47. <https://doi.org/10.1055/s-0042-112837>

World Health Organization [WHO]. (2020). *The top 10 causes of death*. World Health Organization.



Factors Predicting Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Older Adults*

ปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง*

Atchamat	Pandang**	อัชฌามาต	ปานแดง**
Phanida	Juntasopeepan***	พนิดา	จันทโสภิพันธ์***
Kanjana	Thana****	กาญจนา	ธนาะ****

Abstract

Providing care for bedridden older adults is complex and time-consuming, often impacting the physical and mental health of caregivers, leading to caregiver burden. This correlational predictive study aimed to assess caregiver burden among caregivers of bedridden older adults, and examine factors predicting caregiver burden, including social support, stress, and hours of care per day. Using purposive sampling, the study included 120 caregivers of bedridden older adults who: identified as the primary caregiver, were family members, had been providing unpaid care for at least three months, and resided in Nakhonsawan Province. The research instruments included a personal information questionnaire, the Zarit Burden Interview (ZBI), the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and the Perceived Stress Scale (PSS). Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression analysis.

The results showed that caregivers of bedridden older adults had an average caregiver burden score that was mild to moderate ($M = 24.89$, $SD = 15.27$). Social support, stress, and hours of care per day collectively predicted 29% of the variance in caregiver burden among caregivers of bedridden older adults. Stress was the strongest predictor of caregiver burden ($\beta = 0.51$, $p < 0.01$), followed by social support ($\beta = -0.17$, $p = 0.03$). However, hours of care per day did not significantly predict caregiver burden ($\beta = -0.05$, $p = 0.54$).

The results of this study can provide essential information for nurses, medical personnel, and public health policymakers in designing and developing healthcare services. These services aim to improve access to social support for caregivers of bedridden older adults, helping them manage stress and reduce caregiving burden, ultimately ensuring that bedridden older adults receive effective care.

Keywords: Bedridden older adults; Caregiver burden; Hours of care per day; Social support; Stress

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

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

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

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

Received 5 February 2025; Revised 13 May 2025; Accepted 19 May 2025



บทคัดย่อ

การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เป็นการดูแลที่ย่างยากและใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลกระทบให้ผู้ดูแลหลักเกิดปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต จนเกิดเป็นภาระการดูแล การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และศึกษาอำนาจการทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาการดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่เป็นสมาชิกครอบครัว ปฏิบัติหน้าที่หลักในการดูแลแล้วอย่างน้อย 3 เดือน ในจังหวัดนครสวรรค์ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล จำนวน 120 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาระการดูแล (ZBI) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (MSPSS) และแบบประเมินความเครียด (PSS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ multiple linear regression analysis

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ($M = 24.89$, $SD = 15.27$) การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาในการดูแล สามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 29 โดยความเครียด สามารถทำนายภาระการดูแลได้มากที่สุด ($\beta = 0.51$, $p < 0.01$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาระการดูแลได้ ($\beta = -0.17$, $p = 0.03$) ในขณะที่ระยะเวลาการดูแลในหนึ่งวันไม่สามารถทำนายภาระการดูแลได้ ($\beta = -0.05$, $p = 0.54$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ออกแบบนโยบายสาธารณสุข เพื่อออกแบบและพัฒนาการให้บริการสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคม และสามารถจัดการกับความเครียด เพื่อลดภาระการดูแล ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุติดเตียง ภาระการดูแล ระยะเวลาการดูแลในหนึ่งวัน การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: phanida.j@cmu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 5 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่แก้ไขบทความ 13 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 19 พฤษภาคม 2568

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2544-2643 เป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 1,082 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.7 ของประชากรโลกทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีประชากรจำนวน 66,090,475 คน มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12,519,229 คน คิดเป็นร้อยละ 18.94 ของประชากรทั้งหมดในประเทศไทย (The Bureau of Registration Administration, 2022) จากสถานการณ์การเพิ่มจำนวนประชากรวัยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดปัญหาการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุตามมา ซึ่งปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงวัยด้วยความเสื่อมของสภาพร่างกายและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยทางกาย และทางจิตใจได้ง่าย มีความรุนแรง เรื้อรัง และฟื้นฟูสภาพได้ยากขึ้น ส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (Institute for Population and Social Research, 2019) เมื่ออาการของโรครุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุพพลภาพจนสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง

ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ทำให้ต้องนอนติดเตียงอยู่ตลอดเวลา เป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัว และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ (Kaewpipob et al., 2018) การที่ผู้สูงอายุต้องนอนบนเตียงตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ แผลกดทับ ทพโภชนาการ ขาดน้ำ กล้ามเนื้อฝ่อลีบ และข้อติดแข็ง ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบติดเชื้อ ท้องผูก รวมทั้งการเกิดปัญหาด้านสังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดจากความสามารถทางร่างกายของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง จนทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตัวเองมีคุณค่าน้อยลง เป็นภาระของผู้อื่น ไม่สามารถยอมรับ และปรับตัวกับการมีความจำกัดด้านการมีสัมพันธภาพกับสังคม

ภาระการดูแล คือ การรับรู้อารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตทางสังคม และสถานะการเงินของผู้ดูแล ที่เป็นผลมาจากการดูแลญาติ (Zarit et al., 1980) โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงภายในบ้านอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพที่แย่ลง ความเครียด และปัญหาทางเศรษฐกิจที่เพิ่มมากขึ้น การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่แย่ลง อีกทั้งส่งผลต่อการเกิดภาระทางอารมณ์ ความเครียด จากการเปลี่ยนแปลงการใช้ชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแล ความไม่พร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ และการมีภาระทางเศรษฐกิจซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่เพิ่มเติมมากขึ้นจากการดูแล ซึ่งความเครียดอาจเปลี่ยนแปลงไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Chawbol et al., 2022) กล่าวได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้น ผู้ดูแลได้รับผลกระทบอันก่อให้เกิดเป็นภาระการดูแลเป็นอย่างมาก ซึ่งต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยต้องปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลที่หนักและซับซ้อนเป็นระยะเวลายาวนาน จนส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาทางสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดความรู้สึกถึงภาระการดูแลที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อภาระการดูแลในผู้ดูแลจำนวนมาก เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เป็นต้น โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่สามารถปรับแก้ไขได้ (modifiable variables) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล โดยเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียงเป็นอย่างมากในการช่วยเหลือสนับสนุนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแล ให้สามารถเผชิญกับความเครียด การปรับตัว และช่วยในการรับมือกับปัญหา หากผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมก็อาจจะส่งผลให้เกิดเป็นปัญหาภาระการดูแลที่ไม่สามารถจัดการได้ จากการศึกษาของ เนมซิกอวา และคณะ (Nemcikova et al., 2023) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระการดูแลในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.52, p < 0.01$) โดยสามารถ

ทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.33, p < 0.01$) กล่าวคือ หากผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะทำให้เกิดภาระการดูแลลดลง

ทั้งนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการดูแล หากผู้ดูแลเกิดความเครียด มีภาวะทางอารมณ์ที่ไม่ดีโดยไม่สามารถการเผชิญกับปัญหา และความเครียดได้ อาจกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้น (Loo et al., 2022) รวมทั้ง หากผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลต่อเนื่องเป็นเวลานานจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จนก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ ดังการศึกษาของ ศิรินทิพย์ นิมิตรภูวดล และคณะ (Nimitphuwadon et al., 2022) ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลในผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุ กล่าวคือ หากผู้ดูแลใช้ระยะเวลาในการดูแลเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดภาระการดูแลเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มเฉพาะโรค เช่น โรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน แต่ยังมีการศึกษาในผู้ดูแลเฉพาะผู้สูงอายุติดเตียงน้อยทั้งในและต่างประเทศ อีกทั้งปัญหาภาระการดูแลในผู้ดูแลมักเป็นปัญหาที่ถูกมองข้ามในบทบาทการทำงานจริงของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพ ที่มักจะมุ่งเน้นไปที่การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพียงอย่างเดียว ผู้วิจัย ในฐานะพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องที่สามารถทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการปัญหาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้อง เช่น การวางแผนการเยี่ยมบ้าน และจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และส่งเสริมจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เป็นต้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษา ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง แนวคิดภาระในการดูแลของผู้ดูแล (Zarit et al., 1980) ซึ่งเป็นการรับรู้อารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตทางสังคม และสถานะการเงินของผู้ดูแล ที่เป็นผลมาจากการดูแลญาติ ซึ่งเป็นภาระที่ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรต้นเพื่อศึกษาอำนาจการทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแล 3 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาในการดูแล กล่าวได้ว่า ในการผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ดูแล โดยการสนับสนุนทางสังคมถือเป็นทรัพยากรที่จำเป็นของผู้ดูแลที่ช่วยแก้ปัญหา ช่วยเบี่ยงเบนปัญหา จัดการความเครียด ช่วยให้ผู้ดูแลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลในผู้ดูแลลดลง ทั้งนี้ ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหากผู้ดูแลประเมินว่าการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเป็นความเครียด และการดูแลนั้นเกินขีดจำกัดทางทรัพยากรที่ผู้ดูแลมีอยู่ จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งการเกิดภาวะเครียดนั้นจะมีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลในผู้ดูแลสูงขึ้น ผนวกกับหากผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานนั้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย และสุขภาพจิตของผู้ดูแล จนส่งผลถึงการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยระยะเวลาในการดูแลที่สูงทำให้การรับรู้ภาระการดูแลในผู้ดูแลสูงขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational descriptive design)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living: ADL) ได้คะแนนระหว่าง 0-4 คะแนน โดยปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน และไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้คะแนนระหว่าง 0-4 คะแนน โดยปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน และไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล ในอำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ

1. เป็นสมาชิกในครอบครัวอายุ 20 ปีขึ้นไป ทำหน้าที่หลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุติดเตียง (ADL ระหว่าง 0-4 คะแนน) เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน

2. มีสติสัมปชัญญะ การรับรู้ปกติ สามารถเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้

3. มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้ 1 ตัวแปรต่อขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 เท่า (Osborne, 2000) ในการศึกษานี้ มีจำนวนตัวแปรต้นที่ศึกษาเท่ากับ 3 เมื่อคำนวณแล้วจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 120 คน ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยผู้วิจัยติดต่อประกาศรับสมัครกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ดูแลหลัก

- 1.1 กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระยะเวลาในการนอนติดเตียง และคะแนน ADL ของผู้สูงอายุในเวชเรเปียน

- 1.2. กลุ่มผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ โรคประจำตัว ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ (ปี) และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุใน 1 วัน โดยประเมินจากข้อคำถาม 1 ข้อ “ภายใน 1 วัน ท่านใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนานกี่ชั่วโมง?” และให้ผู้ดูแลระบุเวลาในการดูแลผู้สูงอายุเป็นจำนวนชั่วโมงภายใน 1 วัน และระบุชนิดกิจกรรมการดูแล

2. แบบประเมินภาระการดูแล (Zarit Burden Interview) พัฒนาโดย ซาริท และคณะ (Zarit et al., 1980) ฉบับแปลภาษาไทยลิขสิทธิ์สถาบัน Mapi Research Trust ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบ Likert Scale 5 ระดับ คือ ไม่เคยเลย (0 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) บ่อยครั้ง (3 คะแนน) และประจำ (4 คะแนน) แปลผล ดังนี้

0.00 – 20.00 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นภาระถึงระดับต่ำ

21.00 – 40.00 คะแนน หมายถึง ภาระการดูแลระดับต่ำถึงปานกลาง

41.00 – 60.00 คะแนน หมายถึง ภาระการดูแลระดับปานกลางถึงสูง

61.00 – 88.00 คะแนน หมายถึง ภาระการดูแลระดับสูง

3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ของ ซิมเมต และคณะ (Zimet et al., 1988) ซึ่งมีการนำมาแปลเป็นภาษาไทย โดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ คือ รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างมาก (1 คะแนน) รู้สึกไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) รู้สึกค่อนข้างไม่เห็นด้วย (3 คะแนน) รู้สึกเฉย ๆ (4 คะแนน) รู้สึกค่อนข้างเห็นด้วย (5 คะแนน) รู้สึกเห็นด้วย (6 คะแนน) และรู้สึกเห็นด้วยอย่างมาก (7 คะแนน) นำมาหาค่าเฉลี่ย และแปลผล ดังนี้

1.00 - 2.90 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมต่ำ

3.00 - 5.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

5.10 - 7.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมสูง

4. แบบประเมินความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS) ของ โคเฮน และ วิลเลียมสัน (Cohen & Williamson, 1988) ซึ่งมีการแปลเป็นภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ (ข้อ 4, 5, 7 และ 8) และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 6 ข้อ (ข้อ 1, 2, 3, 6, 9 และ 10) แบบสอบถามเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ คือ เคย (0 คะแนน) เกือบไม่เคย (1 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) บ่อย (3 คะแนน) และบ่อยมาก (4 คะแนน) คะแนนรวมของแบบสอบถามการรับรู้ความเครียด แปลผล ดังนี้

0.00 - 13.00 หมายถึง ความเครียดระดับต่ำ

14.00 - 26.00 หมายถึง ความเครียดระดับปานกลาง

27.00 - 40.00 หมายถึง ความเครียดระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินทั้ง 3 ฉบับ ได้แก่ แบบประเมินภาระการดูแล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความเครียด ได้ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ในญาติผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย (Hertzog, 2008) ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87, 0.96 และ 0.88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 102/2566 วันที่อนุมัติ 26 กันยายน พ.ศ. 2566 และได้รับการต่ออายุการรับรองโครงการวิจัย เอกสารที่ อว.8393(7.15.2)/จร.370 วันที่อนุมัติ 26 กันยายน 2567 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลของงานวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง สิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ต่อผู้วิจัย และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกปกปิดเป็นความลับ โดยเปิดเผยในภาพรวมของการนำเสนอและอภิปรายเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมหรือพิมพ์ลายนิ้วมือเพื่อเข้าร่วมวิจัย และขอความยินยอมขอเข้าถึงระบบฐานข้อมูลทางการแพทย์ในสถานบริการ (medical record) ของผู้สูงอายุติดเตียง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการประกาศรับสมัครกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ด้วยวิธีการประชาสัมพันธ์ผ่านโปสเตอร์ เสียงตามสาย และไลน์ ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เขตอำเภอเมืองนครสวรรค์ จำนวน 28 แห่ง เป็นระยะเวลา 1 เดือน พร้อมแจ้งคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด หากมีผู้ประสงค์เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ให้ติดต่อกลับผู้วิจัยหรือแจ้งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ประชาสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วมือในเอกสารแสดง

ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุติดเตียงโดยการซักถามตามข้อคำถามที่กำหนดในแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที และรวบรวมข้อมูลของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามข้อคำถามที่กำหนดในแบบสอบถาม 4 ส่วน ใช้เวลาประมาณ 50 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และผู้สูงอายุติดเตียง ข้อมูลระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ข้อมูลภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และความเครียด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์อำนาจในการทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยใช้ multiple regression analysis ของตัวแปรต้นที่ใช้ศึกษา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งผ่านการตรวจสอบลักษณะของข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ 1) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ 2) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กัน ได้ค่า tolerance มีค่าอยู่ระหว่าง 0.959-0.987 และค่า VIF = 1.016-1.043, 3) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (homoscedasticity) พิจารณาจาก scatter plot 4) การแจกแจงของความคลาดเคลื่อน Normal P-P Plot มีการกระจายปกติ และ 5) ความสัมพันธ์ระหว่างค่าความคลาดเคลื่อน (autocorrelation) ได้ค่า Durbin Watson test = 1.59

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 120 คน มีอายุเฉลี่ย 57.44 ปี (SD = 12.11) โดยมีสัดส่วนผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย คือ ร้อยละ 73.30 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 41.70 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 55.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.20 ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 32.50 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุตร/ธิดา ร้อยละ 52.50 รองลงมา คือ สามเณร/ภรรยา ร้อยละ 24.20 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.70 โดยส่วนใหญ่มีโรค คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.30 และปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะเวลาเฉลี่ย 3.95 ปี (SD = 2.94)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุติดเตียง

ผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 120 คน มีอายุเฉลี่ย 77.03 ปี (SD = 9.95) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 40.80 โดยมีสัดส่วนผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย คือ ร้อยละ 65.80 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 45.80 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงมีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.80 โดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรค ร้อยละ 37.61 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 84.40 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 47.70 ระยะเวลาในการนอนติดเตียงของผู้สูงอายุ คิดเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 4.08 ปี (SD = 2.97) ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่ได้คะแนน 4 คะแนน ร้อยละ 39.20 รองลงมา 0 คะแนน ร้อยละ 21.70

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาในการดูแล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเท่ากับ 24.89 คะแนน (SD = 15.27) จัดอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 5.26 คะแนน (SD = 1.06) จัดอยู่ในระดับระดับสูง คะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 17.07 คะแนน (SD = 5.08) จัดอยู่ในระดับระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1 และระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุใน 1 วัน โดยเฉลี่ย คือ 6 ชั่วโมง 50 นาที



ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน จำนวน และร้อยละ ของภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การสนับสนุนทางสังคม และความเครียด จำแนกตามระดับ (n = 120)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ภาระการดูแล (M = 24.89, SD = 15.27)			
ระดับไม่เป็นภาระถึงต่ำ	0.00-20.00	50	41.70
ระดับต่ำถึงปานกลาง	21.00-40.00	50	41.70
ระดับปานกลางถึงสูง	41.00-60.00	17	14.10
ระดับสูง	61.00-80.00	3	2.50
การสนับสนุนทางสังคม (M = 5.26, SD = 1.06)			
ระดับต่ำ	1.00-2.90	4	3.30
ระดับปานกลาง	3.00-5.00	48	40.00
ระดับสูง	5.10-7.00	68	56.70
ความเครียด (M = 17.07, SD = 5.08)			
ระดับต่ำ	00.00-13.00	26	21.70
ระดับปานกลาง	14.00-26.00	94	78.30
ระดับสูง	27.00-40.00	0	0.00

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงกับการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาในการดูแล

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Pearson's product moment correlation coefficient พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ($r = -0.25, p = 0.01$) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล ($r = 0.53, p < .01$) และพบว่า ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ($r = 0.01, p = 0.47$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงกับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (n = 120)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. การสนับสนุนทางสังคม	1			
2. ความเครียด	-0.14	1		
3. ระยะเวลาในการดูแล	0.03	0.12	1	
4. ภาระการดูแล	-0.25*	0.53**	0.01	1

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

ส่วนที่ 5 อำนาจการทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาในการดูแล สามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(3,116) = 17.47, p < .01$ พบว่า ความเครียดสามารถทำนายภาระการดูแลมากที่สุด ($\beta = 0.51, p < .01$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาระการดูแลได้ ($\beta = -0.17, p = 0.03$) ในขณะที่ระยะเวลาในการดูแลไม่สามารถทำนายภาระการดูแลได้ ($\beta =$

-0.05, $p = 0.54$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ($n = 120$)

ตัวแปรอิสระ	B	Std. Error	β	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	-0.21	0.09	-0.17	0.03*
ความเครียด	1.39	0.21	0.51	< 0.01**
ระยะเวลาในการดูแล	-0.00	0.00	-0.05	0.54

หมายเหตุ R Square = 0.31, Adjusted R Square = 0.29, $F(3,116) = 17.47$

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

การอภิปรายผล

1. ภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ถึงแม้ว่าระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุใน 1 วัน โดยเฉลี่ยประมาณ 7 ชั่วโมง การรับรู้ภาระการดูแลที่ต่ำถึงปานกลางในกลุ่มผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้หลายเหตุผล ดังต่อไปนี้

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่นั้นมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมาเป็นระยะเวลานาน เฉลี่ยประมาณ 4 ปี โดยประสบการณ์ในการดูแลนั้นส่งผลต่อการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และช่วยเพิ่มประสบการณ์ในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลมากขึ้น ซึ่งในช่วงแรกของการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลอาจเกิดความไม่มั่นใจ และความกังวลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ แต่เมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้นผู้ดูแลจะเริ่มเกิดการเรียนรู้ และปรับตัวจนสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้อย่างชำนาญ (Puangkarn et al., 2020) โดยระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ยประมาณ 3 ปี เป็นระยะเวลาที่นานเพียงพอต่อการปรับตัวของผู้ดูแลทำให้เข้าใจตอบทบทวนหน้าที่ รวมถึงการพัฒนาความสามารถในการดูแลซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาระการดูแลในระดับต่ำ (Suttasri et al., 2021)

อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานะเป็นบุตรหรือธิดา ร้อยละ 52.50 ซึ่งตามบริบทของครอบครัวในสังคมไทยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวแบบขยาย โดยผู้สูงอายุมักอยู่ร่วมกับครอบครัวขนาดใหญ่ สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยเหลือเกื้อกูลกัน บุตรสามารถดูแลเลี้ยงดูบิดามารดาได้ (Phuphaibul et al., 2018) เป็นความสัมพันธ์ที่มีการดูแลในระบบเครือญาติที่เหนียวแน่น มีความกตัญญูพื้นฐานของความเชื่อ (Wiseto & Sarapat, 2019) โดยความกตัญญูนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว มีส่วนช่วยส่งเสริมกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ และผู้ดูแล (Puraya et al., 2021) ซึ่งบริบททางวัฒนธรรมด้านการความกตัญญู กตเวทินั้นมีผลต่อระดับการรับรู้ภาระการดูแลที่ลดลง (Pan et al., 2022)

รวมถึงการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.20 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการยึดถือหลักคำสอนของศาสนา และดำเนินชีวิตประจำวันโดยยึดหลักปฏิบัติของพุทธศาสนิกชนที่กล่าวว่า ลูกหลาน และผู้สืบเชื้อสายควรปฏิบัติกิจในชีวิตเพื่อส่งเสริมให้เกียรติ ยกย่อง และให้ความสำคัญต่อบิดามารดา หากลูกหลานคนใดละเลย หรือเพิกเฉยในการดูแลเอาใจใส่ต่อบิดามารดาอาจถือได้ว่าเป็นคนอกตัญญูต่อบุพการี (Watana, 2017) กล่าวได้ว่า ความเชื่อทางศาสนามีผลต่อการเกิดทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุ ช่วยจัดการความวิตกกังวล และลดความรู้สึกภาระการดูแลของผู้ดูแล (Okamura et al., 2018)

นอกจากนี้ในการศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 32.50 อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวนั้นมักมีหน้าที่รับผิดชอบที่หลากหลาย ทั้งด้านการหารายได้ การดูแลผู้ป่วย และคนอื่น ๆ ในครอบครัวจนไม่มีเวลาพักผ่อน และเกิดความเหนื่อยล้า สำหรับผู้ดูแลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพนั้นทำให้มีเวลาใน

การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุมากขึ้น รวมทั้งสามารถแบ่งเวลาให้เหมาะสมในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนมากขึ้น ส่งผลให้ลดความเหนื่อยล้า และสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ (Khueansombat, 2017) หากผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก จนไม่มีเวลาในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย และจิตใจนั้น มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และภาระการดูแลที่สูงขึ้น (Vespa et al., 2021)

2. ปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาการดูแลในหนึ่งวัน)

การศึกษาค้นคว้า การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาการดูแลในหนึ่งวัน สามารถทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเครียดมีอำนาจการทำนายสูงที่สุด และการสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจการทำนายรองลงมา ในขณะที่ระยะเวลาในการดูแลไม่สามารถทำนายภาระการดูแลได้

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผลของความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยความเครียดสามารถทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.51, p < 0.01$) หมายความว่า เมื่อผู้ดูแลมีความเครียดจะทำให้ความรู้สึกเป็นภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้น โดยผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยกิจกรรมการดูแลก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าจนส่งผลให้เกิดความเครียดจากการที่ต้องแบกรับหน้าที่ในการดูแลเป็นระยะเวลานาน (Songsri & Chankeaw, 2019) หากผู้ดูแลเกิดความเครียดจะกระตุ้นให้เกิดภาระการดูแล กล่าวได้ว่าการรับรู้ความเครียดที่สูงขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาระของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประเมินสุขภาพของตัวผู้ดูแลที่ลดลง และคุณภาพชีวิตที่แย่ลง (Loo et al., 2022)

การศึกษานี้พบว่า ผลของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.17, p = 0.03$) หมายความว่า หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่น้อยจะส่งผลทำให้ความรู้สึกเป็นภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้น ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ ย่อมช่วยให้ผู้ดูแลนั้นสามารถเผชิญ และรับมือกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Srinaphrom, 2024) อีกทั้งในประเทศไทยมีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (long term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และให้ครอบครัวผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chaiyason et al., 2022) โดยผู้ดูแลสามารถเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอ ความเสี่ยงต่อการเกิดความรู้สึกภาระของผู้ดูแลก็ลดลง หากผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว เพื่อน และชุมชน นั้น ก็จะมีความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว มีความเครียดจนเกิดภาระในการดูแล (Huertas-Domingo et al., 2021)

การศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในหนึ่งวันโดยเฉลี่ยคือ 6 ชั่วโมง 50 นาทีต่อวัน ซึ่งระยะเวลาในการการดูแลไม่สามารถทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงครั้งนี้ได้ สอดคล้องในการศึกษาของ อาหมัด ซูไบดี และคณะ (Ahmad Zubaidi et al., 2020) ที่พบว่า ชั่วโมงในการดูแลที่ยาวนานมากกว่า 14 ชั่วโมงต่อวัน มีแนวโน้มให้ผู้ดูแลเกิดภาระการดูแลมากขึ้น ในการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้ดูแลนั้นใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเฉลี่ยเพียง 7 ชั่วโมง อีกทั้งลักษณะของครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้ดูแลหลักมีผู้ช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ และไม่ได้การรับหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างหนักคนเดียว อีกทั้งการศึกษานี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเฉลี่ย 4 ปี ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัว และสามารถจัดการกับปัญหารวมทั้งยอมรับกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ (Namlao, 2016)



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพเพื่อช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ดังนี้

1. การจัดการความเครียด โดยพัฒนากลยุทธ์เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การสนับสนุนทางสังคม โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และปรับปรุงการเข้าถึงระบบสนับสนุนทางสังคม
3. การพัฒนาระบบบริการ โดยสนับสนุนการเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และพัฒนาบริการการดูแลชั่วคราวระยะสั้น (respite care) ซึ่งเป็นบริการทางเลือกเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถฝากผู้สูงอายุไว้ในสถานที่ที่มีความปลอดภัย และมีบุคลากรช่วยดูแลอย่างมีคุณภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักผ่อน ตลอดจนลดภาระของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียด และส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อการช่วยลดภาระการดูแล และศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อการทำนายภาระการดูแล

References

- Ahmad Zubaidi, Z. S., Ariffin, F., Oun, C. T. C., & Katiman, D. (2020). Caregiver burden among informal caregivers in the largest specialized palliative care unit in Malaysia: A cross sectional study. *BMC Palliative Care*, 19(1), 186. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00691-1>
- Chaiyason, S., Sankongt, N., Saramunee, K., Kalapat, R., Malasai, Yutipan, N., Rattanapakorn, P., & Phuworakij, M. (2022). Social return on investment of long-term care for dependent older persons: A case study of Sa-Ard Subdistrict, Namphong, Khon Kaen. *Journal of Health Systems Research*, 16(1), 16-33.
- Chawbol, M., Wirojratana, V., & Wattanakitkriear, D. (2022). Factors predicting depressive symptoms among caregivers of dependent elderly. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(3), 90-104.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health: Claremont symposium on applied social psychology*. (pp. 31-67). Sage.
- 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>
- Huertas-Domingo, C., Marquez-Gonzalez, M., Cabrera, I., Barrera-Caballero, S., Pedroso-Chaparro, M. D. S., Romero-Moreno, R., & Losada-Baltar, A. (2021). Sociocultural influences on the feeling of loneliness of family caregivers of people with dementia: The role of kinship. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4700. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094700>



- Institute for Population and Social Research, Mahidol University & Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. (2019). *Situation of the Thai elderly 2017* (1st ed.). Deuan Tula Printing House. <https://thaitgri.org/?wpdmpo=situation-of-the-thai-elderly-2017>
- Kaewpipob, P., Jirapornkul, C., & Maneenin, N. (2018). Factors related to mental health of caregiver in bed-bound elders in Wapipathum District, Mahasarakham Province. *Journal of Health Education*, 41(1), 76-89.
- Khueansombat, T. (2017). *Experiences of nurses as a family caregiver of elderly relatives with dementia* [Master's thesis, Chulalongkorn University]. <https://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/58397>
- Loo, Y. X., Yan, S., & Low, L. L. (2022). Caregiver burden and its prevalence, measurement scales, predictive factors and impact: A review with an Asian perspective. *Singapore Medical Journal*, 63(10), 593-603. <https://doi.org/10.11622/smedj.2021033>
- Namlao, W. (2016). *Factors affecting burden among caregivers of patients with schizophrenia in Sakaeoratchnakarinda Psychiatric Hospital* [Master's thesis, Burapha University]. <https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/11628/1/53920654.pdf>
- Nemcikova, M., Katreniakova, Z., & Nagyova, I. (2023). Social support, positive caregiving experience, and caregiver burden in informal caregivers of older adults with dementia. *Frontiers in Public Health*, 11, 1104250. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1104250>
- Nimitphuwadon, S., Jullamate, P., & Pipatvanitcha, N. (2022). Factors related to burden among male caregivers of older adults with stroke, Samutsakhon Province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 30(4), 1-12.
- Okamura, T., Shimmei, M., Takase, A., Toishiba, S., Hayashida, K., Yumiyama, T., & Ogawa, Y. (2018). A positive attitude towards provision of end-of-life care may protect against burnout: Burnout and religion in a super-aging society. *PLOS ONE*, 13(8), e0202277. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202277>
- Osborne, J. W. (2000). Prediction in Multiple Regression. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 7(1), 2. <https://doi.org/10.7275/7j20-gg86>
- Pan, Y., Chen, R., & Yang, D. (2022). The relationship between filial piety and caregiver burden among adult children: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric Nursing*, 43, 113-123. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.10.024>
- Phuphaibul, R., Jongudomkarn, D., Nieamsup, T., Tejagupta, C., Kumhom, R., Wacharasin, C., Thayansin, S., Patrayotin, N., Portawin, T., Deoisres, W., Patumwan, A., & Ityasuddhi, D. (2018). Structural change of Thai families, according to family life cycle: A preliminary study. *Journal of Demography*, 34(1), 58-71. <https://digital.car.chula.ac.th/cgi/viewcontent.cgi?article=1303&context=jdm>
- Puangkam, A., Suwansri, D., Yamsri, T., Saengrueang-eak, M., & Towannang, R. (2020). The impact of patients and caregivers: Relevant factors and needs of relatives who care for chronic end-stage illnesses at home. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 35(2), 303-316. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/240063/166210>



- Puraya, A., Piyakong, D., Wongwiggan, S., & Boonpracom, R. (2021). Exploring the elderly care system: A view from community in Thailand. *Journal Ners*, 16(1), 89-95. <https://doi.org/10.20473/jn.v16i1.24918>
- Songsri, C., & Chankeaw, J. (2019). Stress and needs among caregivers of chronic disease patients, Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 27(1), 1-11. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/186678/131196>
- Srinaphrom, S. (2024). The results of the program to promote self-efficacy and social support in caring for bed-ridden elderly people in Thung Khlong Subdistrict, Kham Muang District, Kalasin Province. *Academic Journal for Primary Care and Public Health Development*, 2(1), 117-128.
- Suttasri, K., Nanasilp, P., & Pungchompoo, W. (2021). Caregiving burdens and quality of life among caregivers of older adults receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nursing Journal*, 48(2), 119-131.
- The Bureau of Registration Administration. (2022). *Statistics of the Thai older persons 2022*. <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159>
- Vespa, A., Spatuzzi, R., Fabbietti, P., Penna, M., & Giulietti, M. V. (2021). Association between care burden, depression and personality traits in Alzheimer's caregiver: A pilot study. *PLOS ONE*, 16(9), e0251813. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251813>
- Watana, S. (2017). Care-giving for elder parents of Thai Buddhist families according to the six directions in Buddhism. *Academic Journal of Humanities and Social Sciences Burapha University*, 25(49), 147-164.
- Wisoso, W., & Sarapat, P. (2019). Focused ethnographic research and understanding of Thai family caregiving in Thai sociocultural context. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(2), 122-134.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial Medicine*, 4, 6. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-6>
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). A revised Thai multi-dimensional scale of perceived social support. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1503-1509. https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n3.39434
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Peterson, J. B. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontology*, 20(6), 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 51(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2



Life Perspectives, Hopes, and Adaptation of Elderly Akha: A Case Study of an Akha Community in Northern Thailand

มุมมองชีวิต ความหวัง และการปรับตัวของผู้สูงอายุชาวอาข่า: กรณีศึกษา
ชุมชนอาข่าแห่งหนึ่งทางภาคเหนือของประเทศไทย

Pimrat	Boonyapuk*	พิมพ์รัตน์	บุญยะภักดิ์*
Waraphorn	Yaemmisri**	วราภรณ์	แย้มมีศรี**
Onnalin	Singhorn**	อรณลิน	สิงhorn**

Abstract

Elderly individuals from ethnic minority groups inevitably face social and economic changes that affect their mental well-being. Understanding their lived experiences is therefore essential for developing appropriate care. This qualitative case study aimed to understand the experiences of life perspectives, hope, and adaptation among the Akha elderly in a community in Northern Thailand. The informants were twelve purposively selected Akha elders (six males, six females) who participated in three focus groups. Data were collected through semi-structured interviews and non-participant observation, and analyzed using thematic analysis.

The findings revealed four key themes: 1) acceptance of fate and living in peace; 2) hope tied to the future of the next generation; 3) creating self-worth through work and family responsibilities; and 4) faith and inner strength through endurance. The findings indicate that while the elderly face vulnerabilities, their resilience is deeply rooted in familial roles, community responsibilities, and spiritual beliefs. Their hope is collectivist in nature, focusing on the well-being of their descendants rather than personal goals.

These findings highlight the necessity of developing mental health care models that are culturally sensitive, transcend Western concepts, and support and reinforce the existing sociocultural sources of strength within the Akha community, recognizing the value of caregiving roles and integrating spiritual beliefs into care plans.

Keywords: Adaptation; Cultural sensitivity; Elderly Akha; Hope; Life perspectives

* Corresponding author, Lecturer, School of Nursing, Mae Fah Luang University; e-mail: pimrat@mfu.ac.th

** Assistant Professor, School of Nursing, Mae Fah Luang University



บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุชนเผ่าชาติพันธุ์เผ่าชิโยความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจ การเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จึงสำคัญต่อการพัฒนาการดูแลที่เหมาะสม การวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์เกี่ยวกับมุมมองชีวิต ความหวัง และการปรับตัวของผู้สูงอายุในชุมชนชาวอาข่าแห่งหนึ่งทางภาคเหนือของประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุชาวอาข่า 12 คน (ชาย 6 คน, หญิง 6 คน) ที่คัดเลือกแบบเจาะจง เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม 3 กลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ

ข้อค้นพบที่สำคัญ 4 แก่นเรื่องหลัก ได้แก่ 1) การยอมรับในโชคชะตาและการดำรงชีวิตอยู่อย่างสงบ 2) ความหวังที่ผูกโยงกับอนาคตของคนรุ่นหลัง 3) การสร้างคุณค่าผ่านการทำงานและการทำหน้าที่ในครอบครัว และ 4) ศรัทธาและความเข้มแข็งจากความอดทน ข้อค้นพบชี้ว่า แม้ผู้สูงอายุจะเผชิญความเปราะบาง แต่ความสามารถในการฟื้นพลังนั้นยังรากลึกในบทบาททางครอบครัว ความรับผิดชอบต่อส่วนรวม และความเชื่อทางจิตวิญญาณ ความหวังของผู้สูงอายุมีลักษณะเป็นแบบคิรรมหมูซึ่งมุ่งเน้นไปที่สุขภาวะของลูกหลานมากกว่าเป้าหมายส่วนตน

ข้อค้นพบนี้ ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม ก้าวข้ามแนวคิดแบบตะวันตก สนับสนุนและเสริมสร้างแหล่งพลังใจทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีอยู่เดิมในชุมชนชาวอาข่า ตระหนักถึงคุณค่าของบทบาทผู้ดูแล และการบูรณาการความเชื่อทางจิตวิญญาณเข้ากับแผนการดูแล

คำสำคัญ: การปรับตัว ความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม ผู้สูงอายุชาวอาข่า ความหวัง มุมมองชีวิต

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง e-mail: pimrat@mfu.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของชนกลุ่มน้อยบนพื้นที่สูงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุชาวอาข่า ซึ่งเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีระบบความเชื่อและวัฒนธรรมเฉพาะตัว และยังคงดำรงชีวิตแบบชุมชนที่เน้นบทบาทของครอบครัวและเครือญาติ โดยการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและการย้ายถิ่นของคนรุ่นใหม่ ได้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความเป็นอยู่และสุขภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ (Thipprakmas, 2021) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุชาวอาข่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 39.10 (Singkhorn et al., 2021) ซึ่งสูงกว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั่วไปในประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญ (Siriwankulthorn et al., 2020) สถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มชาติพันธุ์ ที่เกี่ยวข้องกับมิติของวัฒนธรรม ชุมชน และความเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัว กลุ่มผู้สูงอายุชาวอาข่าจึงนับเป็นกลุ่มเปราะบาง (special vulnerable group) กลุ่มหนึ่ง ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต การสูญเสียบทบาททางสังคม และความเสื่อมถอยของคุณภาพชีวิตได้ (Chen et al., 2021)

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุชาวอาข่าประกอบด้วยหลายมิติ ทั้งด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีข้อจำกัดเนื่องจากอุปสรรคด้านภาษา การเดินทาง และฐานะทางเศรษฐกิจ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวอันเนื่องมาจากการย้ายถิ่นของคนรุ่นใหม่ ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ขาดบทบาทในชุมชนและครอบครัว ซึ่งเดิมเคยเป็นแหล่งความภาคภูมิใจและเป็นตัวกำหนดคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ การศึกษาของ พรวิวัฒน์ คำหลวง และ สุภาภรณ์ สุดหนองบัว (Khamluang & Sudhongbua, 2020) ยังชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยทางวัฒนธรรมและความเชื่อมีอิทธิพลต่อรูปแบบการแสดงออกของอารมณ์และกลไกการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ แม้ว่าข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความเปราะบางทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ แต่องค์ความรู้เชิงคุณภาพที่สามารถอธิบายประสบการณ์ชีวิต และความหมายของการดำรงอยู่จากมุมมองของผู้สูงอายุเองยังขาดหายไป โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องมุมมองชีวิต (life perspectives) ความหวัง (hope) และการปรับตัว (adaptation) ของผู้สูงอายุชาวอาข่าภายใต้บริบทของวัฒนธรรมที่เฉพาะเจาะจง

การขาดองค์ความรู้ดังที่ได้กล่าวมา ส่งผลให้พยาบาลหรือผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพจิตยังไม่มีข้อมูลเชิงลึกที่เพียงพอในการออกแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม นำไปสู่การออกแบบการช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตที่อาจไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ได้ ทั้งนี้ งานวิจัยส่วนใหญ่ในอดีตมักเป็นการศึกษาเชิงปริมาณที่เน้นความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Cai et al., 2023) แต่ไม่ได้ลงลึกถึงมิติภายในจิตใจ และการให้ความหมายของชีวิตจากมุมมองของผู้สูงอายุเอง ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักแสดงอาการซึมเศร้าในรูปแบบอาการทางกาย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร หรือปวดเมื่อยเรื้อรังมากกว่าการแสดงอาการทางอารมณ์ (Devita et al., 2022) ซึ่งความแตกต่างนี้ทำให้การประเมินสุขภาพจิตด้วยเครื่องมือมาตรฐานทั่วไปมีโอกาสคลาดเคลื่อนสูง และอาจนำไปสู่การช่วยเหลือที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า “ความหวัง” เป็นองค์ประกอบทางด้านจิตใจที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับบุคคลในการเผชิญกับความเปราะบางและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมความหวังสามารถลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความสามารถในการปรับตัว และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ (Hernandez & Overholser, 2021) อย่างไรก็ตาม โมเดลทางจิตวิทยาที่ใช้อธิบายความหวังส่วนใหญ่ถูกพัฒนาขึ้นจากบริบทวัฒนธรรมตะวันตกที่เน้นความเป็นปัจเจกนิยม (individualism) ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ในสังคมที่มีรากฐานแบบคฤหัสถ์ (collectivism) อย่างชาวอาข่าได้อย่างสมบูรณ์ แนวคิดเรื่องคุณค่าในตนเอง (self-worth) หรือความหวังที่ขับเคลื่อนจากพลังภายใน (internal agency) อาจมีความหมายแตกต่างออกไปในวัฒนธรรมที่ให้คุณค่ากับ “สถานะที่ยอมรับในชุมชน” (communal



standing) และการพึ่งพิงซึ่งกันและกันในครอบครัวและชุมชน

การนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในบริบทของวัฒนธรรมคณาธิปไตย (collectivist culture) ที่มีระบบคุณค่าและความเชื่อเรื่องจิตวิญญาณอย่างชาวอาข่ายังไม่ใช่ที่ประจักษ์ชัดนัก การศึกษาที่ผ่านมาซึ่งขาดการสำรวจหรือทำความเข้าใจว่า ผู้สูงอายุชาวอาข่ามีมุมมองชีวิต ความหวัง และการปรับตัวของตนเองอย่างไรเมื่อต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลง ดังนั้นการวิจัยนี้จึงใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา (qualitative case study) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุชาวอาข่า โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่ยังขาดจากวัฒนธรรม นำไปสู่การอภิปรายเปรียบเทียบกับทฤษฎีที่มีอยู่เดิม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอแนะสำหรับแนวทางการดูแลสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม (culturally sensitivity care) และสนับสนุนบทบาทของพยาบาลในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ เสริมสร้างสุขภาพจิตและพลังใจให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ได้อย่างเหมาะสมและตรงกับบริบท

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษามุมมองชีวิต ความหวัง และการปรับตัวของผู้สูงอายุชาวอาข่าแห่งหนึ่งทางภาคเหนือของประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา ตั้งอยู่บนฐานคิดของกระบวนทัศน์แบบสังคมนิยมเชิงโครงสร้าง (constructivist paradigm) ที่เชื่อว่าความจริงถูกสร้างขึ้นผ่านประสบการณ์และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของแต่ละบุคคล (Creswell & Poth, 2018) โดยผู้วิจัยใช้เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์เกี่ยวกับมุมมองชีวิต ความหวัง และการปรับตัวของผู้สูงอายุชาวอาข่า ผ่านการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูลเอง ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้เริ่มต้นด้วยกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่กำหนดไว้ล่วงหน้า (pre-defined theoretical framework) เพื่อขึ้นการเก็บข้อมูลหรือการวิเคราะห์ในเบื้องต้น อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีที่มีอยู่เดิมในบทบาทของ “เลนส์ในการวิเคราะห์” (analytical lens) เพื่ออภิปรายข้อค้นพบที่ได้หลังจากสกัดแก่นเรื่องที่เกิดขึ้นจากข้อมูลแล้ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ในการศึกษาเป็นชุมชนชาวอาข่าแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และยังคงรักษาวัฒนธรรมประเพณีดั้งเดิมไว้ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่คนรุ่นใหม่ย้ายถิ่นฐานเข้าไปทำงานในเมืองมากขึ้น

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุชาวอาข่าที่คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ศึกษาอย่างน้อย 5 ปี 3) สามารถสื่อสารได้ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอาข่าได้เข้าใจ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการให้ข้อมูลอย่างสมัครใจ ทั้งนี้ เกณฑ์การคัดออก คือ มีภาวะสมองเสื่อมหรือความผิดปกติทางจิตเวชรุนแรงที่ทำให้สื่อสารไม่ได้ โดยในการศึกษานี้ ข้อมูลมีความอึดตัวที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 คน (เพศชาย 6 คน และเพศหญิง 6 คน) ซึ่งเป็นจำนวนที่เพียงพอต่อการสร้าง “พลังของข้อมูล” (information power) สำหรับงานวิจัยที่มีเป้าหมายเฉพาะเจาะจง (Malterud et al., 2016)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส 2) แนวคำถามการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่ มุมมองชีวิต ความหวัง และการปรับตัวของผู้สูงอายุ และผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิต จำนวน 3 ท่าน และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยคำถามที่ใช้เป็นคำถามปลายเปิด (open-ended questions) มีทั้งคำถามหลัก (prompt) และคำถามขยาย (probe) เพื่อเจาะลึกประสบการณ์ ตัวอย่างคำถามหลัก



เช่น “ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ท่านมีเป้าหมายในการใช้ชีวิตทั้งในปัจจุบัน และอนาคตเป็นอย่างไร” “ความหวังในการใช้ชีวิตของท่านคืออะไร” “ท่านมีความรู้สึกต่อตนเองอย่างไร” และ “ท่านมีมุมมองต่อตนเองในปัจจุบัน และอนาคตอย่างไร” คำถามขยาย เช่น “ช่วยเล่าตัวอย่างให้ฟังได้ไหมว่าท่านเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงนั้นอย่างไร” หรือ “การที่ลูกหลานย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยมีผลต่อท่านอย่างไรบ้าง” โดยคำถามทั้งหมดครอบคลุมถึงประสบการณ์ชีวิต มุมมองชีวิต ความหวัง และการปรับตัวของผู้สูงอายุชาวอาข่าในมิติต่าง ๆ ทั้งนี้ หากผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ผู้วิจัยใช้ล่ามที่ผ่านการอบรมเพื่อช่วยแปลภาษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ CRPPHO No.47/2565 วันที่อนุมัติ 5 กรกฎาคม 2565 และได้รับการต่ออายุใบรับรองโครงการวิจัย เลขที่ CRPPHO No.92/2566 วันที่อนุมัติ 4 กรกฎาคม 2566 ก่อนเริ่มกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง ประโยชน์ สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับ ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อบุคคลหรือชื่อชุมชน ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เสียสิทธิใด ๆ และเอกสารจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัยภายในระยะเวลา 5 ปี การชี้แจงนี้ได้ดำเนินการทั้งภาษาไทย และภาษาอาข่าผ่านล่าม ก่อนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมและลงนามความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลดำเนินการ ณ ศาลาประชาคมหมู่บ้าน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุชาวอาข่าอาศัยอยู่จริงและมีความคุ้นเคย เพื่อให้บรรยากาศการสนทนาเป็นธรรมชาติและเอื้อต่อการเปิดเผยข้อมูลเชิงลึก สามารถสะท้อนบริบทและประสบการณ์ที่สามารถอธิบายหรือเปรียบเทียบกับชุมชนลักษณะใกล้เคียงได้ (transferability)

การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (focus group) โดยจัดผู้ให้ข้อมูลเป็น 3 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 4 คน ด้วยการคละเทศ เพื่อสะท้อนความหลากหลายของประสบการณ์ชีวิต การจัดกลุ่มย่อยพร้อมกันมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายจากมุมมองที่แตกต่างกันในเวลาเดียวกัน และสามารถตรวจสอบความสอดคล้องกันของข้อมูลข้ามกลุ่ม (cross-group consistency) ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) จึงใช้การตรวจสอบจากหลายแหล่งของข้อมูล (data source triangulation using multiple sources) ประกอบด้วย 1) ข้อมูลหลักที่ได้จากการสนทนากลุ่ม 2) บันทึกภาคสนามที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมและบริบทระหว่างการสนทนา และ 3) ข้อมูลจากหลายกลุ่มย่อยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (between group comparison) เพื่อยืนยันความสอดคล้อง (consistency) ของข้อมูล

การสนทนาแต่ละกลุ่มใช้เวลา 90-120 นาที โดยคณะผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สัมภาษณ์และผู้สังเกตการณ์ พร้อมใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง ก่อนเริ่มการสนทนา ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิในการถอนตัว และขอความยินยอมในการบันทึกเสียง รวมถึงความยินยอมในการให้มีล่ามช่วยในการสื่อสาร โดยล่ามที่ผ่านการอบรมเรื่องการถ่ายทอดข้อมูล ไม่แทรกแซงความคิดเห็นของตนเองขณะแปล และรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลเพื่อสร้างความเป็นกลางและตรวจสอบย้อนกลับได้ (confirmability) นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังได้จดบันทึกข้อมูลเชิงพฤติกรรม (field note) และมีการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) เพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์เชิงลึก พร้อมทั้งบันทึกขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อให้สามารถตรวจสอบความสม่ำเสมอของข้อมูลและกระบวนการวิจัย (dependability)

ภายหลังการสนทนาในแต่ละกลุ่ม ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับ (member checking) โดยสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสนทนาให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มฟัง เพื่อยืนยันความถูกต้อง หรือปรับแก้ข้อมูลที่ทันที การดำเนินการทั้งหมดเป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และออกแบบตามเกณฑ์ความน่าเชื่อถือ



(trustworthiness) ของ ลินคอล์น และ กูบา (Lincoln & Guba, 1985) โดยเน้นการเคารพศักดิ์ศรี ความสนใจ และการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลอย่างเคร่งครัด

วิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากเทปบันทึกเสียงที่ถอดแบบคำต่อคำ และบันทึกภาคสนาม ได้รับการวิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ตามแนวทาง 6 ขั้นตอน ของ บริน และ คลาร์ก (Braun & Clarke, 2006) ซึ่งเป็นกระบวนการเชิงอุปนัย (inductive) โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากทั้ง 3 กลุ่มไปพร้อมกัน เพื่อค้นหาแก่นสาระที่ปรากฏขึ้นอย่างสม่ำเสมอและมีความสอดคล้องกันในทุกกลุ่ม ซึ่งช่วยยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบโดย 1) คณะผู้วิจัยแต่ละคนอ่านข้อมูลที่ถอดเทปซ้ำหลายครั้งเพื่อทำความคุ้นเคย (familiarizing yourself with the data) 2) สร้างรหัสของข้อมูลเบื้องต้น (generating initial codes) 3) นำรหัสที่สร้างขึ้นมากลึงเปรียบเทียบ และจัดกลุ่มรหัสที่มีความหมายใกล้เคียงกันเพื่อพัฒนาเป็นแก่นสาระเบื้องต้น (searching for themes) 4) ทำการตรวจสอบและทบทวนแก่นสาระกับข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปอีกครั้ง (reviewing themes) และ 5) หาข้อสรุป และกำหนดชื่อของแก่นสาระ (defining and naming themes)

ตารางที่ 1 ตัวอย่าง แสดงการตรวจสอบเชื่อมโยง สอดคล้องกันของข้อมูลระหว่างแก่นสาร และหัวข้อย่อย

แก่นสาระ (theme)	หัวข้อย่อย (sub-themes)	ตัวอย่างคำพูดสะท้อนประสบการณ์
ความหวังที่ผูกโยงกับอนาคตของคนรุ่นหลัง	ความหวังด้านการศึกษา	“อยากเห็นหลานรับปริญญา ก่อนจะตาย” (ชาย)
	ความหวังการเป็นคนดีและมีอนาคตที่มั่นคง	“อยากเห็นเขาเรียนหนังสือดี ๆ ... ให้เป็นคนดี ๆ” (ชาย)

หมายเหตุ ข้อมูลแสดงการตรวจสอบเชื่อมโยงของแก่นสาระ (theme) และหัวข้อย่อย (sub-themes) กับคำพูดสะท้อนประสบการณ์ของผู้สูงอายุชาวอาข่า

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล/ ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามเกณฑ์ของ ลินคอล์น และ กูบา (Lincoln & Guba, 1985) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทปทันที โดยแยกการถอดเทปแบบอิสระต่อกัน มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล พร้อมตรวจสอบและเปรียบเทียบความสอดคล้องของเนื้อหา จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และตรวจสอบความถูกต้องของการตีความโดยการนำผลการวิเคราะห์เบื้องต้นกลับไปสอบถามกับผู้ให้ข้อมูล มีการจัดทำบันทึกขั้นตอนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบตั้งแต่การวางแผน การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การสัมภาษณ์ การถอดเทป และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้สามารถตรวจสอบความสอดคล้องและความเป็นระบบของกระบวนการวิจัยย้อนหลังได้ ใช้วิธีการตรวจสอบจากหลายแหล่งของข้อมูล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลหลักที่ได้จากการสนทนากลุ่ม 2) บันทึกภาคสนามที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมและบริบทระหว่างการสนทนา และ 3) ข้อมูลจากหลายกลุ่มย่อยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เพื่อหลีกเลี่ยงอคติส่วนบุคคลในการตีความข้อมูล และสร้างความเป็นกลางในการสรุปผล

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุชาวอาข่า จำนวน 12 คน ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นเพศชายจำนวน 6 คน เพศหญิงจำนวน 6 คน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 91.67 จากการสนทนากลุ่ม พบแก่นเรื่องที่สะท้อนถึงประสบการณ์เกี่ยวกับมุมมองชีวิต ความหวัง และการปรับตัวในบั้นปลายชีวิต วิเคราะห์ได้ 4 แก่นเรื่องหลัก



และ 8 หัวข้อย่อย ดังนี้

1. การยอมรับในโชคชะตาและการดำรงชีวิตอยู่อย่างสงบ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองชีวิตในปัจจุบันด้วยการยอมรับต่อสถานการณ์และข้อจำกัดของวัย พวกเขาไม่ได้ตั้งเป้าหมายที่ยิ่งใหญ่เพื่อตนเองอีกต่อไป แต่มุ่งเน้นการใช้ชีวิตไปทีละวันอย่างสงบสุข การละทิ้งเป้าหมายส่วนตัวไม่ได้ถูกมองว่าเป็นความล้มเหลว แต่เป็นสภาวะของการปล่อยวางและยอมรับความจริงของชีวิต ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการปรับตัว

1.1 การยอมรับในโชคชะตา ละทิ้งเป้าหมายส่วนตัว

ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งสะท้อนว่า พวกเขาไม่ได้คาดหวังสิ่งใหม่ ๆ ให้กับชีวิตของตนเอง แต่ยอมรับความจริงที่ว่าเป้าหมายใหญ่ในชีวิตไม่มีแล้ว ดังที่ ผู้ให้ข้อมูลบางรายสะท้อนว่า

“เป้าหมายนี้ มันไม่ได้แล้ว...ไม่มีเป้าหมายอะไร...ไม่วางแล้ว” (ชาย)

“อยู่ไปวัน ๆ ลูกไม่กลับก็ไม่ใช่ไร ขอแค่หลานมีกิน” (หญิง)

1.2 การดำรงชีวิตอยู่อย่างสงบ ใช้ชีวิตวันต่อวัน

ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งสะท้อนผ่านมุมมองการใช้ชีวิตที่เรียบง่ายและมุ่งเน้นเพียงการประคับประคองตนเองให้ผ่านพ้นไปในแต่ละวัน โดยผู้ให้ข้อมูลบางรายสะท้อนว่า

“ชีวิตก็เท่านั้น ไม่คิดอะไรแล้ว ขออยู่อย่างสงบ” (ชาย)

“ตอนนี้ เราแค่ออยู่ไปวัน ๆ เอาวันนี้ให้รอดก่อน ส่วนพรุ่งนี้ ก็ค่อยว่ากัน คิดมากไปก็เท่านั้น” (ชาย)

สิ่งเหล่านี้สะท้อนว่าผู้สูงอายุชาวอาข่าเผชิญวัยชราโดยยอมรับข้อจำกัดของตนเอง เลือกปล่อยวางเป้าหมายใหญ่ และใช้ชีวิตเรียบง่ายในแต่ละวันเพื่อคงไว้ซึ่งความสงบทางใจ

2. ความหวังที่ผูกโยงกับอนาคตของคนรุ่นหลัง

แม้ว่าเป้าหมายส่วนตัวจะค่อย ๆ เลือนหายไป แต่สิ่งที่ยังคงอยู่ มีความชัดเจนและสำคัญมากขึ้น คือ “ความหวัง” ที่ผูกโยงกับอนาคตของลูกหลาน ซึ่งกลายเป็นแรงผลักดัน และเหตุผลสำคัญที่สุดในการมีชีวิตอยู่ต่อไป เป็นพลังใจในการเผชิญความเปลี่ยนแปลงของชีวิตของผู้สูงอายุ โดยปรากฏการณ์ “ความหวังเพื่อผู้อื่น” สะท้อนออกมาอย่างเด่นชัดผ่านคำพูดของผู้ให้ข้อมูลหลายท่าน

2.1 ความหวังด้านการศึกษา

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ สะท้อนถึงความปรารถนาที่จะได้เห็นลูกหลานได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น เพราะมองว่าเป็นสัญลักษณ์ของความสำเร็จและความภาคภูมิใจของครอบครัว ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“อยากเห็นหลานรับปริญญา ก่อนจะตาย” (ชาย)

“อยู่ให้ถึงวันรับปริญญาของหลานได้ก็ดีใจแล้ว” (หญิง)

2.2 ความหวังด้านการเป็นคนดีและมีอนาคตที่มั่นคง

นอกจากความหวังด้านการศึกษาแล้ว ผู้สูงอายุบางรายยังสะท้อนให้เห็นถึงความหวังที่อยากให้ลูกหลานเติบโตขึ้นเป็น “คนดีของสังคม” และสามารถเลี้ยงดูตนเองได้อย่างมั่นคง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการให้คุณค่าทางด้านศีลธรรม และความรับผิดชอบในวัฒนธรรมของชาวอาข่า ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“อยากเห็นเขาเรียนหนังสือดี ๆ เขานี้แหละ เขาเป็นคนดีใจ ให้เรียนหนังสือออกมาให้เป็นคนดี ๆ” (ชาย)

“ถ้าเราล้ม หลานก็ลำบาก ต้องอยู่ไว้ให้เขา” (หญิง)

ข้อมูลสะท้อนว่าความหวังของผู้สูงอายุไม่ได้มุ่งเพื่อตนเอง แต่ถูกถ่ายทอดไปยังลูกหลาน ทั้งในมิติของการศึกษา ความเป็นคนดี และการมีชีวิตที่มั่นคง ซึ่งกลายเป็นแรงผลักดันสำคัญให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีความหมาย



3. การสร้างคุณค่าผ่านการทำงานและการทำหน้าที่ในครอบครัว

แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงพยายามรักษาคุณค่าและความภาคภูมิใจของตนเองท่ามกลางความเสื่อมถอยของร่างกายและความรู้สึกไม่แน่นอน ผู้สูงอายุบางคนยังคงพยายามที่จะสร้างคุณค่าให้ตนเองผ่านการทำงานและการทำหน้าที่ในครอบครัว เพื่อต่อสู้กับความรู้สึกหุ้ดนิ่งหรือไร้ความหมาย

3.1 การทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่อยืนยันคุณค่าในตนเอง

การมีรายได้จากการทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น การเลี้ยงไก่ เลี้ยงหมู หรือการปลูกผัก ไม่เพียงแต่เป็นแหล่งรายได้ แต่ยังเป็นสิ่งยืนยันว่าพวกเขายังสามารถพึ่งพาตนเองได้และไม่เป็นภาระแก่ใคร โดยผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่า

“ปลูกผักไว้ขายที่ตลาดนัด ยังพอมีรายได้” (ชาย)

“อยู่เฉย ๆ ก็ไม่ดี ต้องขยับตัวบ้าง จะได้ไม่เป็นภาระ” (ชาย)

3.2 การทำหน้าที่ในการดูแลครอบครัว

นอกจากการทำงาน ผู้สูงอายุหลายคนยังคงมีบทบาทในการดูแลหลานและทำงานบ้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความภาคภูมิใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-worth) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่า

“เรายังทำงานได้นะ ถึงจะไม่มากก็ยังทำกับข้าว ดูแลหลานได้” (หญิง)

“ตอนนี้ เราหาเงินเอง เลี้ยงไก่ เลี้ยงหมูขาย ลูกไม่ค่อยได้ส่งเงินมาให้” (ชาย)

จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุยังพยายามยืนยันคุณค่าในตนเองผ่านงานเล็ก ๆ น้อย ๆ และการทำหน้าที่ในครอบครัว การมีบทบาทเหล่านี้ช่วยลดความรู้สึกไร้ความหมายและทำให้รู้ว่าเป็นที่พึ่งของครอบครัวได้

4. ศรัทธาและความเข้มแข็งจากความอดทน

เมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์ยากทั้งทางกายและใจ ผู้สูงอายุได้ใช้กลไกการปรับตัวที่สำคัญสองประการ คือ ศรัทธาและความเชื่อทางศาสนา และความอดทนอดกลั้นต่อความทุกข์ยาก เป็นเสาหลักในการประคับประคองชีวิต

4.1 ศรัทธาและความเชื่อทางศาสนา

ความศรัทธาต่อพระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และการปฏิบัติศาสนากิจ เป็นที่พึ่งทางใจที่สำคัญ พวกเขาเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์จะคอยช่วยเหลือและนำพาความสงบมาให้ยามเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือความเจ็บป่วย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ว่า

“เราก็กวอดมนต์ทุกเช้า อยู่กับพระ อยู่กับธรรมะ ใจก็สงบ” (หญิง)

“ถ้าลูกหลานไม่ช่วยเรา ก็พระเจ้าจะเข้ามาช่วย” (ชาย)

4.2 ความอดทนและการไม่ยอมแพ้ต่อความทุกข์ยาก

การอดทนอดกลั้นต่อความเจ็บป่วย ความเหงา หรือปัญหาต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เป็นคุณสมบัติสำคัญที่ทำให้พวกเขาสามารถยืนหยัดอยู่ได้โดยไม่ยอมแพ้ต่อโชคชะตา ดังที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่า

“พูดตรง ๆ ก็เหงา แต่ก็ต้องอยู่ให้ได้” (หญิง)

“เจ็บป่วยก็ต้องอดทน ทำใจ ไม่ให้หลานเห็นเราอ่อนแอ” (หญิง)

“อยู่บ้านเฉย ๆ มันเครียด ต้องออกไปขายหมูหน่อย ถึงจะเจ็บขาที่ต้องทน” (ชาย)

ข้อมูลสะท้อนว่า ผู้สูงอายุใช้ศรัทธาทางศาสนาและการอดทนอดกลั้น เป็นกลไกหลักในการประคับประคองชีวิต เพื่อเผชิญกับความทุกข์ยาก ความเจ็บป่วย และความเหงา โดยยังคงยืนหยัดและดำรงอยู่ได้

นอกเหนือจากประเด็นดังกล่าวข้างต้น ผู้ให้ข้อมูลยังสะท้อนถึงความต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจและทางสังคม บางรายให้ข้อมูลระบุถึงความรู้สึกขาดที่พึ่งทางใจ ไม่มีผู้ให้คำปรึกษา หรือคนคอยรับฟังอย่างจริงจัง นอกจากนี้ ยังพบช่องว่างในการเข้าถึงระบบสนับสนุนด้านสุขภาพจิต และกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลายรายได้กล่าวไว้



“ถ้ามีคนมาคุยด้วยบ่อย ๆ ใจก็คงไม่เหงาแบบนี้” (หญิง)

“เราอยากมีคนมาสอนทำอะไร สนุก ๆ บ้าง ไม่อยากนั่งเฉยอยู่คนเดียว” (หญิง)

“วันไหนเครียด ๆ ก็เดินออกไปคุยกับคนแถวบ้าน แค่นั่งฟังคนอื่นก็รู้สึกดี” (หญิง)

การอภิปรายผล

การวิจัยกรณีศึกษานี้ ได้สำรวจประสบการณ์เกี่ยวกับความหวังและการปรับตัวของผู้สูงอายุชาวอาข่า ข้อค้นพบเผยให้เห็นถึงกลไกการปรับตัวที่ซับซ้อนซึ่งหยั่งรากลึกในบริบททางวัฒนธรรมและสังคมสามารถนำมาอภิปรายได้ ดังนี้

1. มุมมองชีวิตที่ยอมรับในโชคชะตา: รากฐานของความหวังและการปรับตัว

ผู้สูงอายุชาวอาข่ามีมุมมองต่อชีวิตและความหวัง จากแก่นเรื่อง “การยอมรับในโชคชะตาและการดำรงชีวิตอยู่อย่างสงบ” ซึ่งให้ถึงมุมมองชีวิตที่สำคัญซึ่งเป็นรากฐานของประสบการณ์ทั้งหมดของผู้สูงอายุ พวกเขาใช้ชีวิตในปัจจุบันด้วยการยอมรับในสถานการณ์ ใช้ชีวิตไปทีละวัน และไม่ได้ตั้งเป้าหมายที่ยิ่งใหญ่เพื่อตนเองอีกต่อไป มุมมองชีวิตเช่นนี้ไม่ได้สะท้อนถึงความสิ้นหวัง แต่เป็นกลไกการปรับตัวเชิงจิตวิทยาที่ซับซ้อนและสอดคล้องกับทฤษฎีการสูงวัยที่สำคัญหลายประการ

ประการแรก มุมมองดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีการเลือกสรรทางอารมณ์และสังคม (socioemotional selectivity theory: SST) ที่ระบุว่า เมื่อบุคคลรับรู้เวลาที่เหลือในชีวิตมีจำกัดลงโดยเฉพาะในวัยสูงอายุ พวกเขาจะเปลี่ยนเป้าหมายจากการแสวงหาความรู้หรือสร้างเครือข่ายทางสังคมใหม่ ๆ ไปสู่การให้ความสำคัญกับเป้าหมายที่สร้างความพึงพอใจทางอารมณ์ในปัจจุบัน (Carstensen, 2021) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุชาวอาข่าละทิ้งเป้าหมายส่วนตัวในอนาคตจึงอาจไม่ได้หมายถึงการยอมแพ้ แต่เป็นการเลือกอย่างมีเหตุผลในสิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับพวกเขาในปัจจุบัน

ประการที่สอง ในมุมมองของจิตวิทยาการปรับตัว กระบวนการนี้สามารถอธิบายโดยผ่านทฤษฎีการปรับเป้าหมาย (goal adjustment theory) ที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับเป้าหมายที่ไม่อาจบรรลุได้ บุคคลจะมีกลไกในการปรับตัว 2 กลไก คือ การปลดปล่อยตนเองออกจากเป้าหมายเดิม (goal disengagement) และการผูกพันตนเองกับเป้าหมายใหม่ (goal reengagement) (Wrosch & Scheier, 2020) ซึ่งอาจสะท้อนได้ว่าผู้สูงอายุชาวอาข่าได้ปลดปล่อยตนเองออกจากเป้าหมายเชิงวัตถุหรือความสำเร็จส่วนตัว และได้ผูกพันตนเองเข้ากับเป้าหมายใหม่ที่สร้างความหมายทางใจ นั่นคือ ความสุขและความสำเร็จของลูกหลาน ซึ่งการปรับเปลี่ยนเป้าหมายเช่นนี้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจในวัยสูงอายุ (Barlow et al., 2020)

นอกจากนี้ ยังอาจสะท้อนถึงพัฒนาการสู่ภาวะข้ามพ้นวัย (gerotranscendence) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้สูงอายุค่อย ๆ เปลี่ยนมุมมองจากโลกทางวัตถุและเหตุผล ไปสู่มุมมองเชิงอภิปรัชญาและจักรวาลมากขึ้น โดยจะมีความสนใจในวัตถุหรือสถานะทางสังคมลดลง และให้ความสำคัญกับความสงบภายในและความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งกับคนเพียงไม่กี่คนมากขึ้น (Pamuk et al., 2025) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุชาวอาข่าแสดงออกถึงการปล่อยวางและมุ่งหวังช่วงบั้นปลายชีวิตที่สงบสุขจึงอาจเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการตามธรรมชาติ

อย่างไรก็ตาม การตีความ “การยอมรับในโชคชะตา” ของผู้สูงอายุชาวอาข่าจำเป็นต้องเชื่อมโยงกับประวัติศาสตร์การปรับตัวของคนรุ่นก่อน การศึกษาของ วู (Wu, 2022) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าชาวอาข่าได้มีชีวิตอยู่เพียงด้วยการยอมจำนน แต่กลับมีการปรับตัวเชิงรุกที่ซับซ้อนเพื่อความอยู่รอด เช่น การเปลี่ยนศาสนาเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายและเพื่อเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในการดำรงชีวิต เช่น ที่ดินและสัญชาติ โดยการเลือกดังกล่าวไม่ใช่การยอมแพ้แต่เป็นวิธีการในการสร้างรากฐานใหม่ให้แก่ครอบครัวและชุมชน ซึ่งรากฐานนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุชาวอาข่าในปัจจุบันสามารถ “ยอมรับ” และ “ปล่อยวาง” ได้ในวัยชรา เพราะได้ผ่านกระบวนการต่อสู้ดิ้นรนและสร้างความ



มั่นคงมาในระดับหนึ่งแล้ว ดังนั้น การปล่อยวางของผู้สูงอายุจึงเป็นผลสืบเนื่องมาจากระบวนการปรับตัวที่ยาวนานและซับซ้อน เปิดโอกาสให้พวกเขาหันมาให้ความสำคัญกับความสงบ ความเรียบง่าย และความหวังที่ส่งต่อให้คนรุ่นหลังได้อย่างมีความหมาย (Wu, 2022) สะท้อนให้เห็นการผสมผสานกันทั้ง “การปล่อยวางเชิงจิตวิทยา” และ “การปรับตัวเชิงวัฒนธรรมที่ซับซ้อน” รวมกันเป็นรากฐานสำคัญในการผลักดันให้ “ความหวัง” ของพวกเขาเปลี่ยนทิศทางจากการมุ่งเน้นที่ตนเองไปสู่ลูกหลานและชุมชนอย่างมีความหมาย

2. การตีความ “ความหวัง” ของชาวอาข่า: มุมมองแบบองค์รวม

เมื่อมุมมองชีวิตไม่ได้ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ความหวังของผู้สูงอายุจึงถูกส่งผ่านไปยังคนรุ่นหลังอย่างเด่นชัด ซึ่งข้อค้นพบนี้ได้ท้าทายและขยายความทฤษฎีความหวังของ สไนเดอร์ (Snyder et al., 1991) ที่พัฒนาขึ้นมาจากบริบทของวัฒนธรรมตะวันตก และได้รับการวิจารณ์ว่ามีมุมมองที่เน้นปัจเจกบุคคลมากเกินไป (Colla et al., 2022) ทฤษฎีเดนิยามความหวังว่า ประกอบด้วย พลังใจ (agency) และหนทาง (pathways) เพื่อบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคล แต่สำหรับผู้สูงอายุชาวอาข่า ความหวังกลับมีลักษณะเป็น “ความหวังเพื่อผู้อื่น” (other-directed hope) อย่างชัดเจน พลังใจและหนทางของพวกเขาไม่ได้ถูกขับเคลื่อนด้วยความสำเร็จส่วนตัว แต่เกิดจากความรู้สึกรับผิดชอบและปรารถนาดีต่ออนาคตของลูกหลาน

ปรากฏการณ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีความหวังที่เรียกว่า “Locus-of-Hope (LOH) model” ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายความหวังในวัฒนธรรมครอบครัวโดยเฉพาะ โดยแนวคิดนี้ระบุว่าแหล่งที่มาของความหวังไม่ได้มีเพียง “ภายใน” (internal) หรือจากตนเองเท่านั้น แต่ยังมาจาก “ภายนอก” (external) เช่น ครอบครัวและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นแหล่งพลังใจและหนทางที่สำคัญในวัฒนธรรมที่เน้นความสัมพันธ์แบบพึ่งพาอาศัยกัน (Bernardo & Ramos, 2024) ซึ่งมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างชาวเอเชียที่สนับสนุนความคิดที่ว่า “ความหวังจากครอบครัว” (external-family locus-of-hope) เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาวะทางใจ (Bernardo et al., 2018) ยิ่งไปกว่านั้น ข้อค้นพบนี้ยังสะท้อนถึงแนวคิด “familism” หรือค่านิยมครอบครัวนิยม ที่มองว่าการสนับสนุนและความเสียสละมักมีทิศทางจากรุ่นพ่อแม่สู่รุ่นลูกหลาน (descending familism) ซึ่งเป็นลักษณะเด่นในหลายวัฒนธรรมเอเชีย (Zhao & Huang, 2021)

ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุชาวอาข่ามีความหวังผูกติดอยู่กับอนาคตของคนรุ่นหลัง จึงไม่ใช่แค่ความรู้สึกส่วนตัว แต่เป็นภาพสะท้อนของโครงสร้างทางวัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็นศูนย์กลางอันเนื่องมาจากรากฐานจากความยากลำบากของคนรุ่นก่อน รวมถึงปัญหาการไร้สัญชาติเมื่อตั้งถิ่นฐานในประเทศไทย ทำให้ลูกหลานต้องเผชิญข้อจำกัดในการเข้าถึงการศึกษาและตลาดแรงงาน ความยากลำบากเหล่านี้กลายเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุปรารถนาอนาคตที่ดีกว่าสำหรับลูกหลาน ผ่านการแสดงออกถึงการเสียสละและการลงทุน เช่น การส่งลูกหลานไปเรียนในเมืองเพื่อสร้างโอกาสทางการศึกษาที่จะช่วยให้พวกเขามีชีวิตที่มั่นคงและสามารถแข่งขันได้ (Wu, 2022)

3. การตีความ “การปรับตัว” ของชาวอาข่า: การปรับตัวเชิงวัฒนธรรม

สำหรับการปรับตัวของผู้สูงอายุชาวอาข่า สามารถอธิบายโดยผ่านมุมมองของ ซาเทียร์ โดยเฉพาะในมิติของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-worth) และความสอดคล้องกลมกลืน (congruence) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของโมเดลนี้ (Satir et al., 1991)

ประการแรก จากแก่นเรื่อง “การสร้างคุณค่าผ่านการทำงานและการทำหน้าที่ในครอบครัว” พบว่าแหล่งที่มาของคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุชาวอาข่าแตกต่างจากแนวคิดแบบปัจเจกนิยมตะวันตก คุณค่าในตนเองของพวกเขาไม่ได้มาจากการสมบูรณ์ของศักยภาพแห่งตน (self-actualization) แต่มาจากการ “ทำหน้าที่” ตามบทบาททางวัฒนธรรมและครอบครัวให้สมบูรณ์ การที่ยังสามารถทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือดูแลหลานได้ คือ สิ่ง

ยืนยันว่าพวกเขายังมีคุณค่าและไม่ได้เป็นภาระ ปรากฏการณ์นี้สะท้อนถึงค่านิยม “ครอบครัวนิยม” (familism) ที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และคุณค่าของบุคคลมักถูกวัดจากความสามารถในการอุทิศตนเพื่อส่วนรวม (Zhao & Huang, 2021) การศึกษาในบริบทของประเทศไทยยังยืนยันว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับบทบาทและการยอมรับจากคนในครอบครัว (Sadjapong & Thongtip, 2023) ดังนั้น กลไกการปรับตัวของผู้สูงอายุชาวอาข่าจึงอาจสะท้อนถึงการธำรงรักษาคุณค่าในตนเองผ่านการปฏิบัติหน้าที่ตามความคาดหวังทางวัฒนธรรม

ประการที่สอง แนวคิดเรื่อง “ความสอดคล้องกลมกลืน” (congruence) ซึ่งในโมเดลของ ซาเทียร์ หมายถึงความสอดคล้องกันระหว่างความรู้สึกภายใน การรับรู้ และการแสดงออกภายนอก (Satir et al., 1991) จะต้องถูกตีความใหม่ในบริบททางวัฒนธรรมนี้ จากแก่นเรื่อง “ศรัทธาและความเข้มแข็งจากความอดทน” พบว่า การแสดงออกของผู้สูงอายุไม่ได้เป็นไปตามอุดมคติของตะวันตกที่เน้นการเปิดเผยความรู้สึกอย่างตรงไปตรงมา แต่เป็นการแสดงออกที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่สำคัญกว่า นั่นคือ “การรักษาความปรองดองในความสัมพันธ์” (relational harmony) ซึ่งเป็นค่านิยมหลักในหลายวัฒนธรรมเอเชีย (Tseng et al., 2020) การอดทนต่อความเจ็บป่วยเพื่อไม่ให้หลานกังวล (“เจ็บป่วยก็ต้องอดทน ทำใจ ไม่ให้หลานเห็นเราอ่อนแอ”) จึงไม่ใช่การสื่อสารที่ไม่สอดคล้อง (incongruent) แต่เป็นความสอดคล้องกลมกลืนในระดับที่สูงขึ้น กล่าวคือ เป็นการกระทำที่สอดคล้องอย่างยิ่งกับคุณค่าภายในที่ให้ความสำคัญกับความผาสุกทางอารมณ์ของครอบครัวมากกว่าความรู้สึกเจ็บปวดของตนเอง การปรับตัวในลักษณะนี้เป็นวิธีที่ใช้ในการเผชิญปัญหาที่เน้นอารมณ์เป็นศูนย์กลาง (emotion-focused coping) โดยใช้การยอมรับ (acceptance) และการใช้ความเชื่อทางศาสนาเป็นที่พึ่ง ซึ่งเป็นกลไกที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก (Abreu et al., 2021; Tomás et al., 2020) ดังนั้นการจะนำทฤษฎีต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้จึงควรคำนึงถึงความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาการใช้โมเดลซาเทียร์ในบริบทเอเชียที่ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับแนวคิดให้เข้ากับวัฒนธรรมท้องถิ่น (Cheung & Chan, 2002)

4. นัยยะต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่ละเอียดอ่อนต่อวัฒนธรรม

จากข้อค้นพบข้างต้นนำมาสู่ข้อเสนอแนะที่สำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลและงานทางด้านสุขภาพจิต โดยชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการดูแลที่มุ่งเน้นการแก้ไขข้อบกพร่อง (deficit-based model) ไปสู่การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีความปลอดภัยทางวัฒนธรรม (culturally safe, patient-centered care) ซึ่งต้องอาศัยการบูรณาการแนวคิดที่สำคัญ โดยพยาบาลหรือผู้ปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพจิตควรให้ความสำคัญกับความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม โดยก้าวข้ามแนวคิดเรื่อง “ความสามารถทางวัฒนธรรม” (cultural competence) ซึ่งอาจสื่อถึงการเรียนรู้จนเชี่ยวชาญและมีจุดสิ้นสุด ไปสู่แนวคิดเรื่อง “ความอ่อนน้อมถ่อมตนทางวัฒนธรรม” (cultural humility) ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่เน้นการทบทวนตนเอง (self-reflection) การตระหนักถึงอคติที่อาจมี และการยอมรับว่าผู้ป่วย คือ ผู้เชี่ยวชาญในประสบการณ์ของตนเอง (Lekas et al., 2020) การปรับเปลี่ยนมุมมองนี้จะทำให้พยาบาลเปลี่ยนบทบาทจาก “ผู้รักษา” (healer) ไปสู่ “ผู้อำนวยความสะดวก” (facilitator) ที่สร้างพื้นที่ปลอดภัยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแหล่งพลังใจภายในของตนเองได้

นอกจากนี้ พยาบาลหรือผู้ปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพจิต ควรนำความอ่อนน้อมถ่อมตนทางวัฒนธรรมมาสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม โดย “เน้นจุดแข็ง” (strengths-based approach) มากกว่าการมองหา “ปัญหา” หรือ “พยาธิสภาพ” ซึ่งการเน้นที่จุดแข็งนี้จะมุ่งไปสู่การค้นหาและใช้ประโยชน์จาก “สินทรัพย์” และ “ทรัพยากร” ที่บุคคลและชุมชนมีอยู่แล้ว (Pulla, 2017) โดยจากกรณีศึกษานี้ แทนที่จะพยายามปรับเปลี่ยนความหวังของผู้สูงอายุให้เป็นไปตามแนวคิดปัจเจกนิยมตะวันตก พยาบาลและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตควรยอมรับว่า



“ความหวังที่ผูกพันกับครอบครัว” คือ แหล่งพลังใจที่สำคัญและทรงพลังในบริบทวัฒนธรรมแบบคตธรรมหมู่ การดูแลจึงควรมุ่งเน้นที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นว่าการดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงนั้น เป็นหนทาง (pathway) ที่จะทำให้พวกเขาสามารถอยู่เพื่อดูความสำเร็จของลูกหลานได้ยาวนานขึ้น เป็นการเชื่อมโยงกับเป้าหมายการรักษาและกับแหล่งความหวังเดิมของบุคคลนั้น ตลอดจนเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุผ่านบทบาททางสังคม เช่น การทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือการดูแลหลาน ซึ่งการดังกล่าวไม่ใช่ภาระ แต่เป็นกิจกรรมที่สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ในการวางแผนการดูแลจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับมิติทางจิตวิญญาณ มีการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ และทำงานร่วมกับครอบครัวหรือผู้นำทางความเชื่อในชุมชน เพื่อให้การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณเป็นส่วนหนึ่งของแผนการดูแลอย่างเป็นทางการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ความเชื่อเป็นกลไกการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพเมื่อเผชิญกับความทุกข์

กล่าวคือ การดูแลผู้สูงอายุชาวอาข่าอย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องการพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะ “ผู้อำนวยความสะดวกในการเยียวยาจากภายใน” (facilitator of inner healing) โดยใช้ความอ่อนน้อมถ่อมตนทางวัฒนธรรมเป็นพื้นฐาน และใช้แนวทางที่เน้นจุดแข็งเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติ ซึ่งแนวทางดังกล่าวไม่เพียงแต่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล แต่ยังเป็นการส่งเสริมความยุติธรรมทางสุขภาพ (health equity) และนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาในการตีความและประยุกต์ใช้ผลการวิจัย ดังนี้

1. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกรณีศึกษาเชิงคุณภาพในชุมชนชาวอาข่าเพียงแห่งเดียว ทำให้ผลการวิจัยมีลักษณะขึ้นอยู่กับบริบทและไม่มีเป้าหมายเพื่อการสรุปอ้างอิงเชิงสถิติ ดังนั้นการประยุกต์ใช้จึงควรพิจารณาถึงความคล้ายคลึงทางวัฒนธรรมและสังคม
2. การเก็บข้อมูลหลักผ่านการสนทนากลุ่มอาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่สะดวกใจที่จะเปิดเผยความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่เปราะบางส่วนบุคคลได้อย่างเต็มที่
3. การดำเนินงานสนทนากลุ่มพร้อมกันทำให้ไม่สามารถใช้กระบวนการเก็บข้อมูลแบบวนซ้ำ เพื่อนำข้อมูลที่เกิดขึ้นใหม่จากกลุ่มแรกไปใช้ปรับแนวคำถามเพื่อเจาะลึกในกลุ่มถัดไปได้
4. การแปลภาษาอาข่าเป็นภาษาไทยอาจมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียความหมายเชิงอารมณ์หรือความแตกต่างเล็กน้อยทางภาษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

แม้ว่าเป็นกรณีศึกษาของผู้สูงอายุชาวอาข่าเพียงชุมชนเดียว แต่ได้สะท้อนบทเรียนสำคัญที่เกี่ยวข้อง ควรพิจารณาเกี่ยวกับนโยบายการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ จากเดิมที่เน้นการคัดกรองปัญหา ไปสู่การใช้ทุนทางวัฒนธรรมเป็นปัจจัยปกป้อง หน่วยงานท้องถิ่นสามารถต่อยอดในการออกแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมบทบาททางครอบครัวและชุมชนของผู้สูงอายุ และสร้างเครือข่ายอาสาสมัครผู้ดูแลจากชุมชน เพื่อลดอุปสรรคด้านภาษาและวัฒนธรรม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาล

พยาบาลควรปรับมุมมองในการประเมินสุขภาพจิตโดยใช้การประเมินที่มีความละเอียดอ่อนต่อวัฒนธรรมและเปลี่ยนบทบาทจาก “ผู้รักษา” ไปสู่ “ผู้อำนวยความสะดวกในการเยียวยาจากภายใน” โดยออกแบบกิจกรรมที่เสริมสร้างแหล่งพลังใจที่ผู้สูงอายุมีอยู่แล้ว รวมทั้งสนับสนุนบทบาทผู้ดูแลและบูรณาการความเชื่อทางจิตวิญญาณ



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบในชุมชนอาข่าอื่น หรือในกลุ่มชาติพันธุ์อื่น เพื่อทำความเข้าใจความเหมือนและความแตกต่างของประสบการณ์และความหวัง ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ที่ครอบคลุมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กว้างขวางยิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาวิจัยและพัฒนาเครื่องมือจากข้อค้นพบ “ความหวังที่มุ่งเน้นครอบครัว” (family-oriented hope) ในบริบทของสังคมไทย
3. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) เพื่อให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

References

- Abreu, T., Ribeiro, O., & Araújo, L. (2021). Gerotranscendence, religiosity, and life satisfaction: A study with clergy and consecrated religious individuals. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 35*(2), 92–111. <https://doi.org/10.1080/15528030.2021.1978366>
- Barlow, M. A., Wrosch, C., & McGrath, J. J. (2020). Goal adjustment capacities and quality of life: A meta-analytic review. *Journal of Personality, 88*(2), 307–323. <https://doi.org/10.1111/jopy.12492>
- Bernardo, A. B. I., & Ramos, S. D. A. (2024). Culturalizing theory and research on cognitive models of hope. *Frontiers in Psychology, 15*, 1457725. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1457725>
- Bernardo, A. B. I., Khan, A., & Salanga, H. (2018). Hope and satisfaction with life: Testing the mediating roles of self-esteem in three Asian cultures. *Acción Psicológica, 15*(2), 69–82. <https://doi.org/10.5944/ap.15.2.23456>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cai, H., Jin, Y., Liu, R., Zhang, Q., Su, Z., Ungvari, G. S., Tang, Y. L., Ng, C. H., Li, X. H., & Xiang, Y. T. (2023). Global prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys. *Asian Journal of Psychiatry, 80*, 103417. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103417>
- Carstensen, L. L. (2021). Socioemotional selectivity theory: The role of perceived endings in human motivation. *Gerontologist, 61*(8), 1188–1196. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab116>
- Chen, L., Guo, W., & Perez, C. (2021). Social support and life satisfaction of ethnic minority elderly in China. *The International Journal of Aging and Human Development, 92*(3), 301–321. <https://doi.org/10.1177/0091415019896224>
- Cheung, G., & Chan, C. (2002). The Satir model and cultural sensitivity: A Hong Kong reflection. *Contemporary Family Therapy, 24*(1), 199–215. <https://doi.org/10.1023/A:1014338025464>
- Colla, R., Williams, P., Oades, L. G., & Camacho-Morles, J. (2022). “A new hope” for positive psychology: A dynamic systems reconceptualization of hope theory. *Frontiers in Psychology, 13*, 809053. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.809053>



- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). Sage. https://pubhtml5.com/enuk/cykh/Creswell_and_Poth,_2018,_Qualitative_Inquiry_4th/
- Devita, M., De Salvo, R., Ravelli, A., De Rui, M., Coin, A., Sergi, G., & Mapelli, D. (2022). Recognizing depression in the elderly: Practical guidance and challenges for clinical management. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 18, 2867–2880. <https://doi.org/10.2147/NDT.S347356>
- Hernandez, S. C., & Overholser, J. C. (2021). A Systematic review of interventions for hope/hopelessness in older adults. *Clinical Gerontologist*, 44(2), 97-111. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1711281>
- Khamluang, P., & Sudnongbua, S. (2020). The elderly Tai Lue ethnic group and stress that should not be overlooked. *Sukhothai Thammathirat Open University Journal*, 33(2), 19-34. (in Thai)
- Lekas, H. M., Pahl, K., & Fuller Lewis, C. (2020). Rethinking cultural competence: Shifting to cultural humility. *Health Services Insights*, 13. 1178632920970580. <https://doi.org/10.1177/1178632920970580>
- Lincoln, Y. S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry* (Vol. 75). Sage. [http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767\(85\)90062-8](http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767(85)90062-8)
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Pamuk, D., Asadi Faezi, S., & Efe, M. (2025). Quo vadis gerotranscendence? A systematic literature network analysis of existing themes and emerging trends in gerotranscendence theory with a focus on international applications. *Journal of Religion and Health*. *Journal of Religion and Health*, 64(5), 3646-3672. <https://doi.org/10.1007/s10943-025-02349-9>
- Pulla, V. (2017). Strengths-based approach in social work: A distinct ethical advantage. *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, 3(2), 97-114.
- Sadjapong, U., & Thongtip, S. (2023). Association between self-esteem and health-related quality of life among elderly rural community, Northern Thailand. *Cogent Social Sciences*, 9(2), 2282410. <https://doi.org/10.1080/23311886.2023.2282410>
- Satir, V., Banmen, J., Gerber, J., & Gomori, M. (1991). *The satir model: Family therapy and beyond*. Science and Behavior Books.
- Singkhorn, O., Apidechkul, T., Pitchalard, K., Moonpanane, K., Hamtanon, P., Sunsern, R., Leangsomnana, Y., & Thepsaw, J. (2021). Prevalence of and factors associated with depression in the hill tribe population aged 40 years and older in northern Thailand. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00487-7>



- Siriwankulthorn, I., Jiraporncharoen, W., Pinyapornpanish, K., Angkurawaranon, C., Rojanasumapong, A., Inpa, C., & Nantsupawat, N. (2020). Prevalence and factors associated with depression in elderly patients in family medicine outpatient clinic, Chiang Mai University. *Journal of Mental Health of Thailand*, 29(1), 1-11. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/244111/168163> (in Thai)
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
- Thipprakmas, R. (2021). Social protective factors in depression among the elderly: The role of family, social and community supports. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 15(37), 339-351. (in Thai)
- Tomás, J. M., Sancho, P., Oliver, A., & Cummins, R. D. (2020). Predicting well-being among the elderly: The role of coping strategies. *Frontiers in Psychology*, 11, 616. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00616>
- Tseng, C. F., Wittenborn, A. K., Blow, A. J., Chao, W., & Liu, T. (2020). The development of marriage and family therapy in East Asia (China, Taiwan, Japan, South Korea, and Hong Kong): Past, present, and future. *Journal of Family Therapy*, 42(4), 477-498. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12285>
- Wrosch, C., & Scheier, M. F. (2020). Adaptive self-regulation, subjective well-being, and physical health: The importance of goal adjustment capacities. In J. Kuhl & J. Heckhausen (Eds.), *Advances in Motivation Science* (Vol. 7, pp. 199-238). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/bs.adms.2019.07.001>
- Wu, J. (2022). Indigeneity and fluid ethnic identity: Recognition of Akha group in Thailand. *Journal of Language and Culture*, 41(2), 144-169. https://research-management.mq.edu.au/ws/portalfiles/portal/423793042/Publisher_version.pdf
- Zhao, Y., & Huang, Y. (2021). The mobility of the elderly and family-based care: A case study of Chinese migrant (grand) parents. In O. Ryndyk., B. Suter., & G. Odden (Eds.), *Migration to and from Welfare States* (pp. 15-32). IMISCOE Research Series, Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-67615-5_2



Resilience of Nurses in Nakornping Hospital, Chiang Mai Province* ความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่*

Chanita	Ramyothin**	ชนิตา	รามโยธิน**
Thitinut	Akkadechanunt***	ฐิติณัฐ	อัคคะเดชอนันต์***
Petsunee	Thungjaroenkul****	เพชรสุนีย์	ทั้งเจริญกุล****

Abstract

Resilience is significant for nurses to cope with stress. The resilience of nurses enables them to persist with hard work and adapt to changes that affect intention to stay, while reducing turnover rates. Therefore, it is necessary to foster resilience in nurses. The purpose of this descriptive research was to examine the resilience of nurses in Nakornping Hospital. The participants included 297 nurses who have at least one year of working experience, randomly selected from 17 nursing departments. The research instruments consisted of 1) a personal data form, and 2) the Thai version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-25). The data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that:

1. The resilience of nurses at Nakornping Hospital, Chiang Mai was at a moderate level ($M = 76.79$, $SD = 11.25$).
2. The median resilience score of nurses at Nakornping Hospital, Chiang Mai was 75, with quartile 1, quartile 2, quartile 3, and quartile 4 ranges being 47-70, 71-75, 76-84, and 85-100.

The results of this study can raise awareness for nursing administrators and can be used as information to determine strategies to strengthen the resilience of nurses at Nakornping Hospital.

Keywords: Nakornping hospital; Nurse; Resilience

* Master's Independent Study, 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;
e-mail: thitinut.a@cmu.ac.th

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



บทคัดย่อ

ความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสำคัญต่อพยาบาลในการเผชิญกับความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลทำให้สามารถสู้งานหนัก ปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะส่งผลต่อความตั้งใจคงอยู่ในงานและลดอัตราการออก ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาล วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้ เพื่อศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลในโรงพยาบาลนครพิงค์ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 297 คน ที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี ทำการสุ่มเลือกจากกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลจำนวน 17 กลุ่มงานการพยาบาล เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความแข็งแกร่งในชีวิตของคอนเนอร์ เดวิดสัน (CD-RISC-25) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาล ในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 76.79$, $SD = 11.25$)

2. ค่ามัธยฐานของคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาล ในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เท่ากับ 75 และค่าพิสัยของควอไทล์ที่ 1 ควอไทล์ที่ 2 ควอไทล์ที่ 3 และควอไทล์ที่ 4 เท่ากับ 47-70, 71-75, 76-84 และ 85-100

ผลการศึกษานี้ สามารถเพิ่มความตระหนักให้กับผู้บริหารพยาบาล และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดกลยุทธ์เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลที่โรงพยาบาลนครพิงค์

คำสำคัญ: โรงพยาบาลนครพิงค์ พยาบาลวิชาชีพ ความแข็งแกร่งในชีวิต

* การค้นคว้าอิสระ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พยาบาล เป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทในการให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ทั่วโลก ต้องเผชิญปัญหาของการขาดแคลนพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในปี ค.ศ. 2020 องค์การอนามัยโลก รายงานว่าทั่วโลก มีพยาบาลวิชาชีพอยู่ประมาณ 27.9 ล้านคน และยังขาดอีกประมาณ 5.9 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2020) ประเทศไทยประสบกับปัญหาการขาดแคลนพยาบาลอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Department of Older Persons, 2021) การเกิดโรคอุบัติใหม่ที่มีรุนแรงหรือซับซ้อน รวมถึงการมีข้อจำกัดของตำแหน่งการจ้างงานในระบบราชการ (Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2023) ทำให้พยาบาลลาออกจากงานและไม่สามารถรักษากำลังคนไว้ในระบบได้ สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรในประเทศไทยอยู่ที่ 1 ต่อ 343 ซึ่งอัตราส่วนนี้สูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกระบุสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรที่ควรจะเป็น คือ 1 ต่อ 270 คน (WHO, 2020) วิกฤตการขาดแคลนพยาบาลส่งผลให้พยาบาลที่อยู่ในระบบสุขภาพทำงานหนัก ซึ่งโรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนของผู้ป่วยต่อพยาบาลที่สูงจะส่งผลให้พยาบาลเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน และไม่พึงพอใจในงานเนื่องจากมีภาระงานมาก (Haddad et al., 2022) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ทำให้เกิดความผิดพลาดในการให้การพยาบาลได้ (Udomitthiphong et al., 2014)

ความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นความสามารถในการปรับตัวที่ประสบความสำเร็จจากอุปสรรคและความทุกข์ยาก (Connor & Davidson, 2003) มีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความสามารถส่วนบุคคล 2) ความเชื่อมั่นในสัญชาตญาณของตนเองในการอดทนต่อผลกระทบเชิงลบและการเสริมสร้างความแข็งแกร่งจากความเครียด 3) การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก และความสัมพันธ์ที่มั่นคง 4) การควบคุม 5) อิทธิพลทางด้านจิตวิญญาณ ความแข็งแกร่งในชีวิตสามารถเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของบริการการดูแลผู้ป่วย และช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการทำงาน (Alameddine et al., 2021) ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม (Shimoinaba et al., 2015) การที่พยาบาลมีความแข็งแกร่งในชีวิตจะทำให้มีความพร้อมรับมือกับความยากลำบาก การปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ใหม่ได้ดี พยาบาลจะมีความเหนื่อยหน่ายลดลง และอัตราการลาออกจะลดลง (Sellers et al., 2019) สามารถจัดการกับความเครียดในที่ทำงาน (Cooper et al., 2020) ช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วยด้านร่างกาย และการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ไม่จำเป็น ช่วยให้พยาบาลสามารถเผชิญปัญหา และปรับตัวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังช่วยป้องกันการพัฒนาของความเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) (Turner, 2015) ทำให้เกิดประสิทธิภาพของทีมในองค์กร (Tubbert, 2016)

เมื่อพยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือภาวะวิกฤตจะใช้กลไกการเผชิญด้วยความแข็งแกร่งในชีวิต จะทำให้พยาบาลลดปัญหาทางด้านจิตใจ สามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นความสามารถในการรับมือกับความท้าทายหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อเผชิญเหตุการณ์ใหม่ที่มีผลกระทบ และเป็นความสามารถในการรักษาสมาคมในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการรักษาความสม่ำเสมอในความพยายามและการพัฒนาตนเองในชีวิตประจำวัน ทั้งสองแนวคิดมีความเชื่อมโยงกัน เพราะความแข็งแกร่งในชีวิตไม่ได้จำกัดอยู่แค่ตอนเผชิญกับวิกฤต แต่ยังเป็นส่วนสำคัญในการใช้ชีวิตให้มีความสุข ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตพบว่า พยาบาลที่มีอายุน้อยมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย (Afshari et al., 2021) พยาบาลที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ได้รับการฝึกฝนและเรียนรู้ทักษะที่มากขึ้น ทำให้สามารถพัฒนาทักษะการสร้างเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตได้ดีกว่า และพร้อมรับมือกับความเครียดและปรับตัวจนสามารถก้าวข้ามผ่านความทุกข์ยากไปได้ (Afshari et al., 2021) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจะทำให้พยาบาลมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง (Hsieh et al., 2016) ประสพการณ์



ในการทำงานที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อพฤติกรรมและทัศนคติที่ดีจนทำให้สามารถปรับตัวและเรียนรู้ก้าวผ่านความทุกข์ยากนั้นไปได้ (Salam et al., 2023)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า พยาบาลรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิตสูง (Mealer et al., 2012) และการศึกษาในประเทศจีน ของ อู และคณะ (Ou et al., 2021) พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตพยาบาลในหอผู้ป่วยแยกโรค ก็มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง แต่ผลการศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลในประเทศออสเตรเลีย และจีน พบว่า ผลการศึกษาของพยาบาลทั้งสองประเทศอยู่ในระดับปานกลาง (Guo et al., 2019) และผลการศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศเลบานอนของ อาลามัดดิน และคณะ (Alameddine et al., 2021) และประเทศอิหร่านของ คลาร์ก และคณะ (Clark et al., 2021) พบว่า พยาบาลมีระดับความแข็งแกร่งในชีวิตในระดับปานกลาง สำหรับการศึกษาในประเทศไทยของ บงกชรัตน์ แก้วประดิษฐ์ (Kaewpradit, 2023) พบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปในเขตภาคเหนือมีการรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิตในระดับปานกลาง และการศึกษาของ ทศนีย์ ยอดกล้า (Yodkla, 2024) พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลในโรงพยาบาลทุติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ในระดับสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศและประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลมีการรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิตที่แตกต่างกันในระดับปานกลางและสูง อีกทั้งงานวิจัยที่ผ่านมาได้มีการแปลและดัดแปลงเครื่องมือวัดความแข็งแกร่งในชีวิตของ คอนเนอร์ และ เดวิดสัน (Connor & Davidson, 2003) ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทของการทำงานของพยาบาลในแต่ละประเทศ การแปลระดับของคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตในแต่ละงานวิจัยก็แตกต่างกัน

โรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับตติยภูมิขนาด 750 เตียง และให้บริการผู้ป่วยหนัก (ICU) อีก 120 เตียง ดำเนินการตามนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ และพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และระบบการบริการที่มีความเชี่ยวชาญ โดยให้บริการสุขภาพประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตจากโรงพยาบาลลำพูน และแม่ฮ่องสอน และยังเป็นแหล่งฝึกสอนของบุคลากรสาธารณสุข (Strategic and Project Planning Group, Nakornping Hospital, 2024)

จากการรับมือการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต และการขยายตัวของงานตามศักยภาพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ การปรับเปลี่ยนนโยบายที่รวดเร็วจากผู้บริหารทั้งระดับกระทรวงและระดับโรงพยาบาล มีการขยายงานเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้มากขึ้น อีกทั้งต้องเผชิญกับภาวะที่ขาดแคลนพยาบาล ในปี พ.ศ. 2563, 2564, 2565 และ 2566 พยาบาลลาออกก่อนครบอายุเกษียณราชการจำนวน 16, 17, 18 และ 27 คน ตามลำดับ พยาบาลที่ลาออกจากงานมีความประสงค์ไปทำงานอื่นที่ไม่ใช่พยาบาล (เอกชน จุรกิจส่วนตัว) ดูแลครอบครัว และการบรรจุเข้ารับราชการสังกัดอื่น จากการวิเคราะห์ความต้องการพยาบาลเพื่อให้เพียงพอต่องานบริการผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 มีจำนวน 326, 155 และ 163 คน ตามลำดับ (Human Resources Department, Nakornping Hospital, 2024) จึงเป็นเหตุให้พยาบาลจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความแข็งแกร่งในชีวิต

จากการขยายตัวของงานตามศักยภาพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ การปรับเปลี่ยนนโยบายที่รวดเร็วจากผู้บริหารทั้งระดับกระทรวงและระดับโรงพยาบาล และอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอในโรงพยาบาลนครพิงค์ อีกทั้งงานวิจัยที่ผ่านมายังพบช่องว่างของงานวิจัยความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้เครื่องมือและการแปลระดับของความแข็งแกร่งที่ต่างกัน ทำให้ผลการศึกษาการรับรู้ของพยาบาลแตกต่างกันไปตามบริบทและสถานการณ์ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ เพื่อให้ได้



ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน และกำหนดกลยุทธ์ในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้พยาบาลมีความพร้อม และสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ คอนเนอร์ และ เดวิดสัน (Connor & Davidson, 2003) ที่กล่าวว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นความสามารถส่วนบุคคลที่ช่วยให้เผชิญกับความทุกข์ยาก มีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความสามารถส่วนบุคคล (personal competence) ที่มีมาตรฐานสูงและความเข้มแข็งในการเผชิญอุปสรรคของตนเอง 2) ความเชื่อมั่นในสัญชาตญาณของตนเองในการอดทนต่อผลกระทบเชิงลบและการเสริมสร้างความแข็งแกร่งจากความเครียด (trust in one's instincts, tolerance of negative affect and the strengthening effects of stress) เป็นความสามารถในการอดทนต่อสถานการณ์กดดัน มีการปรับตัวต่อเหตุการณ์จนทำให้มีความแข็งแกร่งมากขึ้น 3) การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก และความสัมพันธ์ที่มั่นคง (positive acceptance of change, and secure relationships) เป็นการรับรู้ถึงสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในก่อนหน้านี้ สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้มั่นใจในการลองทำสิ่งใหม่ สามารถหาแหล่งสนับสนุนที่มีความท้าทายได้ 4) การควบคุม (control) เป็นการใช้กระบวนการภายในของบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรค อาจมองว่าเป็นการทำนายในชีวิต 5) อิทธิพลทางจิตวิญญาณ (spiritual influence) เป็นความเชื่อส่วนบุคคลที่ขึ้นกับวัฒนธรรมที่ตนเองได้รับมาก่อน มีความเชื่อว่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของเหตุผล

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ ปฏิบัติงานใน 17 กลุ่มงาน จำนวน 926 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ ปฏิบัติงานใน 17 กลุ่มงาน ที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ ยามาเน่ (Yamane, 1967) ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 ระดับความเชื่อมั่น 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 279 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายและการได้รับแบบวัดกลับคืนที่ไม่สมบูรณ์ จึงเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากที่กำหนดไว้ร้อยละ 20 (Srisathitharakoon, 2010) คือ จำนวน 56 คน ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เท่ากับ 335 คน เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาลตั้งแต่ระดับต้นขึ้นไป และผู้ที่อยู่ในระหว่างลาศึกษา ลาป่วย และลาคลอด

ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการเขียนชื่อของทุกคนจากรายชื่อของพยาบาลในแต่ละกลุ่มงานการพยาบาล ตามจำนวนที่คำนวณจากสัดส่วนของประชากรพยาบาลในแต่ละกลุ่มงานการพยาบาล ลงบนกระดาษแล้วทำการจับฉลาก โดยที่ทุกชื่อมีโอกาสถูกเลือกเท่ากัน และไม่ใส่กลับคืน ได้จำนวน 335 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 10 ข้อคำถาม ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งการทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์ในการทำงานใน

หน่วยงานปัจจุบัน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน ทำงานใน
ภูมิลำเนา และพักอาศัยอยู่กับครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดความแข็งแกร่งในชีวิตของ คอนเนอร์ และ เดวิดสัน (Connor & Davison, 2003) ฉบับ
ภาษาไทยที่แปลโดย เนาวรัตน์ อัมลัมธาร ในปี พ.ศ. 2556 ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ความสามารถ
ส่วนบุคคล ความเชื่อมั่นในสัญชาตญาณของตนเองในการอดทนต่อผลกระทบเชิงลบและการเสริมสร้างความ
แข็งแกร่งจากความเครียด การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกและความสัมพันธ์ที่มั่นคง การควบคุมอิทธิพล
ทางด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกรับ (rating scale) 5
ระดับตั้งแต่ 0-4 โดย 0 คือ ไม่จริงเลย ไปจนถึง 4 คือ จริงแทบทั้งหมด การแบ่งระดับคะแนนที่ได้จากแบบวัดจะ
แบ่งระดับตามควอไทล์โดยควอไทล์ที่ 1 หมายถึง ระดับต่ำ ควอไทล์ที่ 2 และ 3 หมายถึง ระดับกลาง และควอไทล์
ที่ 4 หมายถึง ระดับสูง

ผู้พัฒนาแบบวัดได้ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ
พบว่า สามารถแบ่งเป็นได้เป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความสามารถส่วนบุคคล 2) ความเชื่อมั่นในสัญชาตญาณของ
ตนเองในการอดทนต่อผลกระทบเชิงลบและการเสริมสร้างความแข็งแกร่งจากความเครียด 3) การยอมรับการ
เปลี่ยนแปลงในเชิงบวก และความสัมพันธ์ที่มั่นคง 4) การควบคุม และ 5) อิทธิพลทางด้านจิตวิญญาณ มีค่า
น้ำหนักองค์ประกอบของเครื่องมืออยู่ในช่วง 0.397-0.709, 0.429-0.674, 0.439-0.759, 0.531-0.775, และ
0.737- 0.778 ตามลำดับ และมีค่า eigenvalue ของแต่ละด้านเท่ากับ 7.47, 1.56, 1.38, 1.13 และ 1.07
ตามลำดับ การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัด ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบในพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึง
กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน จากนั้นนำผลมาวิเคราะห์หาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย-
เชียงใหม่ เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 106/2566 วันที่อนุมัติ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2566 และการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลนครพิงค์ เลขที่ 193/2566 วันที่อนุมัติ วันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ.
2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ระยะเวลา รายละเอียดในการเก็บข้อมูลวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง และขอ
ความร่วมมือในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจยินยอมหรือไม่ยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และ
สามารถขอถอนตัวจากการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการศึกษา การรักษาข้อมูลเป็นความลับ
การนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้เป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ไม่มีการเผยแพร่ให้เกิดผล
เสียหายใด ๆ แก่กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการงานวิจัยผ่านการรับรองจากกรรมการจริยธรรม และได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลจาก
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต
โดยผู้วิจัยติดต่อผู้ประสานงานการเก็บข้อมูลในการแจกและเก็บแบบสอบถามในแต่ละหน่วยงาน ผู้วิจัยได้ชี้แจงผู้
ประสานงานถึงวิธีการแจกแบบสอบถามตามรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ ซึ่งกำหนดเวลาทำแบบสอบถาม 2
สัปดาห์ และส่งคืนให้ผู้ประสานงานโดยใส่ซองปิดผนึก ผู้ประสานงานรวบรวมแบบสอบถาม และผู้วิจัยไปรับคืน
ด้วยตนเอง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูลพบว่า แบบ
สอบถามได้รับคืนมาทั้งหมด 335 ฉบับ แต่มีความสมบูรณ์จำนวน 297 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 88.66

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 37.15 ปี ($SD = 9.52$) โดยกลุ่มอายุ 31-40 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.32 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.97 สถานภาพโสดมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.85 เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาพบว่า สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 91.25 เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.58 ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.17 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 1-10 ปี จำนวนเกือบครึ่งหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 48.15 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานปัจจุบันมากกว่า 10 ปี จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.01 ทำงานอยู่ในภูมิภาคมีจำนวนเกินครึ่งหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 63.97 และจำนวนประมาณครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่กับครอบครัว (บิดา/มารดา/คู่สมรส/บุตรหลาน/ญาติพี่น้อง) ร้อยละ 49.16

2. ค่าเฉลี่ยของความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่เท่ากับ 76.79 ($SD = 11.25$) ค่ามัธยฐานเท่ากับ 75.00 ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลางที่มีค่าคะแนนในควอไทล์ที่ 3 และคะแนนของความแข็งแกร่งในชีวิตในระดับต่ำที่ควอไทล์ที่ 1 มีค่าอยู่ระหว่าง 47-70 จำนวน 78 คน คะแนนของความแข็งแกร่งในชีวิตในระดับปานกลางที่ควอไทล์ที่ 2 และ 3 มีค่าอยู่ระหว่าง 71-75 และ 76-84 จำนวน 145 คน คะแนนของความแข็งแกร่งในชีวิตในระดับสูงที่ควอไทล์ที่ 4 มีค่าอยู่ระหว่าง 85-100 จำนวน 74 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามควอไทล์ของความแข็งแกร่งในชีวิต ($n = 297$)

	จำนวน	ร้อยละ	ขอบเขตต่ำสุด	ขอบเขตบนสุด	ระดับความแข็งแกร่งในชีวิต
ควอไทล์ที่ 1	78	24.26	47	70	ต่ำ
ควอไทล์ที่ 2	72	24.24	71	75	ปานกลาง
ควอไทล์ที่ 3	73	24.58	76	84	ปานกลาง
ควอไทล์ที่ 4	74	24.92	85	100	สูง
Minimum = 47 Maximum = 100 Median = 75.00 Mean = 76.79 ($SD = 11.25$)					

3. ความแข็งแกร่งในชีวิตตามองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน พบว่า 1) ความสามารถเฉพาะบุคคล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.49 ($SD = 3.69$) 2) ความเชื่อมั่นในสัญชาตญาณของตนเองในการอดทนต่อผลกระทบเชิงลบและการเสริมสร้างความแข็งแกร่งจากความเครียด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.27 ($SD = 3.42$) 3) การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก และความสัมพันธ์ที่มั่นคง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.77 ($SD = 2.51$) 4) การควบคุม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.53 ($SD = 2.21$) และ 5) อิทธิพลทางด้านจิตวิญญาณ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.74 ($SD = 1.27$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความแข็งแกร่งในชีวิต ($n = 297$) จำแนกรายด้าน

องค์ประกอบความแข็งแกร่งในชีวิต	M	SD	ขอบเขตต่ำสุด	ขอบเขตบนสุด
- ความเชื่อมั่นในสัญชาตญาณของตนเองในการอดทนต่อผลกระทบเชิงลบและการเสริมสร้างความแข็งแกร่งจากความเครียด	22.27	3.42	13.00	28.00
- ความสามารถเฉพาะบุคคล	20.49	3.69	10.00	28.00

ตารางที่ 2 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความแข็งแกร่งในชีวิต (n = 297)
จำแนกรายด้าน (ต่อ)

องค์ประกอบความแข็งแกร่งในชีวิต	M	SD	ขอบเขต ต่ำสุด	ขอบเขต บนสุด
- การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก และ ความสัมพันธ์ที่มั่นคง	15.77	2.51	9.00	20.00
- การควบคุม	12.53	2.21	5.00	16.00
- อิทธิพลทางด้านจิตวิญญาณ	5.74	1.27	2.00	8.00

การอภิปรายผล

1. ความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลในโรงพยาบาลนครพิงค์

ความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลในโรงพยาบาลนครพิงค์ที่พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในภูมิลาเนาที่มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.97 และพักอาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 49.16 ซึ่ง เซียะ และคณะ (Hsieh et al., 2016) ได้อธิบายว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีส่วนสำคัญให้พยาบาลมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงขึ้น นอกจากนี้ ยังอธิบายได้จากอายุของกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ 31-40 ปี จำนวนมาก ถึงร้อยละ 32.32 และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานปัจจุบันมากกว่า 10 ปี ซึ่งช่วงอายุนี้ เป็นวัยทำงานที่มีความรู้และทักษะในการทำงาน เป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะ สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งสามารถรับมือกับความเหนื่อยล้าจากภาระงานที่หนัก สอดคล้องกับการศึกษาของ อัฟซารี และคณะ (Afshari et al., 2021) ที่ศึกษาพยาบาลในประเทศอิหร่านพบว่า พยาบาลที่มีอายุมากมีความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลสูงกว่า พยาบาลที่อายุน้อย ซึ่งการที่บุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นจะมีวุฒิภาวะ และผ่านประสบการณ์ที่ทุกข์ยากในชีวิตที่หลากหลาย จึงทำให้มีความสามารถในการปรับตัวต่อความลำบากได้ดีกว่าบุคคลที่อายุน้อย

จากคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าพยาบาลส่วนหนึ่งอาจจะรับรู้ความแข็งแกร่งในชีวิตน้อย ซึ่งมีคะแนนการรับรู้ต่ำสุด คือ 47 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน อาจเกิดจากการที่พยาบาลกลุ่มนี้ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤต จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเท่ากับ 72.97 และกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีค่าเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตเท่ากับ 71.04 หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีการขยายตัวตามศักยภาพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการขยายงานบริการผู้ป่วยจิตเวช ดังผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลในงานการพยาบาลจิตเวช มีค่าเฉลี่ยในระดับต่ำมีค่าเท่ากับ 75.00 จึงทำให้เผชิญกับภาระงานที่มาก การขยายงานบริการ และปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานตามนโยบายจากผู้บริหารทั้งระดับกระทรวงและระดับโรงพยาบาล เพื่อให้บริการผู้ป่วยได้มากขึ้น

ความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลในโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 76.79 (SD = 11.25) ซึ่งมีค่าสูงกว่าการศึกษาของ พาร์ค และ จอง (Park & Jung, 2021) ในประเทศเกาหลี ที่ศึกษาระดับความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาล ในโรงพยาบาลศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะยาวในช่วงโควิด ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของความแข็งแกร่งในชีวิตเท่ากับ 62.20 (SD = 12.20) และต่ำกว่าการศึกษาของ อุ และคณะ (Ou et al., 2021) ในประเทศจีน ที่ศึกษาระดับความแข็งแกร่งในชีวิตและโรคจิตเภทของพยาบาลในหอผู้ป่วยแยกโรคในช่วงที่มีการระบาดของไวรัสโควิด-19 พบว่า ค่าเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตมีค่าเท่ากับ 87.04 (SD = 22.78) ทั้งนี้เนื่องจากบริบทและสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน ผลการศึกษาในโรงพยาบาลนครพิงค์เป็นการรับรู้ของพยาบาลทุกกลุ่มงานการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง ที่มีให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ไม่ได้เป็นการศึกษาความ

แข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์โควิดหรือศึกษาในหอผู้ป่วยใดเป็นการเฉพาะ คะแนนการรับรู้จึงแตกต่างกัน

เนื่องจากแบบวัดความแข็งแกร่งในชีวิต (CD-RISC-25) ของ คอนเนอร์ และ เดวิดสัน (Connor & Davison, 2003) ได้แนะนำให้เปรียบเทียบผลการวิจัยกับคะแนนมัธยฐาน พิสัยของคะแนนในแต่ละควอไทล์ที่เป็นบรรทัดฐานประชาชนทั่วไป และกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันตามที่ระบุในคู่มือ CDRISC Manual (Davidson, 2018) ค่ามัธยฐานของพยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ในการศึกษาค้างนี้เท่ากับ 75.00 ซึ่งต่ำกว่าค่ามัธยฐานของความแข็งแกร่งของประชาชนในประเทศอเมริกาซึ่งเท่ากับ 82 แต่กลับสูงกว่าค่ามัธยฐานของประชาชนในฮ่องกง ที่มีค่าเท่ากับ 62 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลในโรงพยาบาลนครพิงค์ มีความแข็งแกร่งสูงกว่าประชาชนฮ่องกง สาเหตุที่ความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์ สูงกว่าฮ่องกง อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรมในองค์กรของไทยที่มีการแบ่งปันภาระและการดูแลกันในที่ทำงาน การสนับสนุนและการดูแลซึ่งกันและกันในครอบครัวและชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พยาบาลมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงขึ้น (Hsieh et al., 2016) ในขณะที่ฮ่องกงอาจมีสภาพแวดล้อมที่มีการแข่งขันสูงและการทำงานที่มีความกดดันมาก (Ni et al., 2016) และสาเหตุที่ความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์ต่ำกว่าสหรัฐอเมริกา อาจเนื่องจากสหรัฐอเมริกามีการลงทุนอย่างมากในด้านการศึกษ เทคโนโลยีการรักษา และพยาบาลต้องผ่านการศึกษาและการฝึกอบรมที่มีมาตรฐานสูง พยาบาลที่จบการศึกษาสูงจะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง (Afshari et al, 2021)

2. ความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ ตามองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน

ความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ ตามองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน พบว่า

2.1 ด้านความเชื่อมั่นในสัญชาตญาณของตนเองในการอดทนต่อผลกระทบเชิงลบ และการเสริมสร้างความแข็งแกร่งจากความเครียด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.27 (SD = 3.42) พบว่า ค่าความแข็งแกร่งในชีวิตด้านการปรับตัวความทนต่ออารมณ์ทางลบสูงกว่าการศึกษาในประเทศออสเตรเลียของ กิลเลสปี และคณะ (Gillespie et al., 2009) ที่มีค่าเฉลี่ยด้านการปรับตัวความทนต่ออารมณ์ทางลบมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.90 (SD = 3.80) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์มีความมุ่งมั่นสูงในการทำงานให้เกิดผลสำเร็จ การวิเคราะห์รายข้อพบว่า พยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์ทำทุกอย่างเพื่อให้ได้เป้าหมายไม่ว่าต้องเผชิญกับอุปสรรคอันใดที่มาขัดขวางก็ตาม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 87.29 (SD = 15.6) มีค่าอยู่ในระดับสูง

2.2 ด้านความสามารถเฉพาะบุคคล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.49 (SD = 3.69) ซึ่งความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำกว่าการศึกษาของ กิลเลสปี และคณะ (Gillespie et al., 2009) ที่มีค่าเฉลี่ยด้านความสามารถเฉพาะบุคคลเท่ากับ 25.90 (SD = 4.00) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์มีลักษณะความเป็นผู้นำน้อยส่วนใหญ่ทำงานเป็นทีม การวิเคราะห์รายข้อพบว่า พยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์ชอบที่จะเป็นผู้นำในการแก้ปัญหา มากกว่าจะปล่อยให้คนอื่นตัดสินใจทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 68.60 (SD = 18.41) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ

2.3 ด้านการยอมรับการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก และความสัมพันธ์ที่มั่นคง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.77 (SD = 2.51) ต่ำกว่าการศึกษาของ กิลเลสปี และคณะ (Gillespie et al., 2009) ที่มีค่าเฉลี่ยด้านการยอมรับการเปลี่ยนแปลงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.90 (SD = 1.70) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์มีความสามารถรับมือกับสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาได้ปานกลาง การวิเคราะห์รายข้อพบว่า พยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์มีความสามารถรับมือกับสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาในเส้นทางชีวิตมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.12 (SD = 15.03) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

2.4 ด้านการควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.53 (SD = 2.21) พบว่า มีค่าความแข็งแกร่งในชีวิตด้านความรู้สึกรับควบคุมเหตุการณ์ได้สูงกว่าการศึกษาของ กิลเลสปี และคณะ (Gillespie et al., 2009) ที่มีค่าเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตด้านความรู้สึกรับควบคุมเหตุการณ์ได้เท่ากับ 9.70 (SD = 1.70) การศึกษาครั้งนี้พบว่า



พยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์มีการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาได้ดี การวิเคราะห์รายข้อพบว่า พยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์มีทัศนคติและรู้สึกปลอดภัยที่ช่วยได้ในเวลาเครียด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 80.98 (SD = 18.50) มีค่าอยู่ในระดับปานกลาง

2.5 ด้านอิทธิพลทางด้านจิตวิญญาณพบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.74 (SD = 1.27) ซึ่งพบว่า มีค่าเฉลี่ยด้านจิตวิญญาณต่ำกว่าการศึกษาของ กิลเลสปี และคณะ (Gillespie et al., 2009) ที่มีค่าเฉลี่ยด้านจิตวิญญาณเท่ากับ 8.00 (SD = 1.20) การศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์มีความเชื่อด้านโชคชะตาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์น้อย การวิเคราะห์รายข้อพบว่า พยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์ เวลาที่ไม่มีทางออกในการแก้ปัญหาบางครั้งบางครั้งโชคชะตาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ก็สามารถช่วยให้พบทางออกได้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.02 (SD = 26.21) มีค่าอยู่ในระดับต่ำ

ทั้งนี้ การแปลผลคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตพบว่า การแปลผลคะแนนมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพื้นที่ที่ศึกษา ความแตกต่างของเชื้อชาติ ความเชื่อและวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาลนครพิงค์ ควรวางแผนจัดกิจกรรมที่จะช่วยเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตพยาบาลในกลุ่มที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตในระดับต่ำ (ควอไทล์ที่ 1) ที่คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมอยู่ระหว่าง 47-70 และธำรงรักษาความแข็งแกร่งในชีวิตพยาบาลในกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมในระดับสูง โดยเฉพาะด้านความเชื่อมั่นในสัญชาตญาณของตนเองในการอดทนต่อผลกระทบเชิงลบ และการเสริมสร้างความแข็งแกร่งจากความเครียดที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยด้านการบริหารจัดการเวลาและภาระงานของพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิต และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอื่น ๆ ที่มีลักษณะการทำงานที่ยุ่งยากซับซ้อน

2. ควรพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ตามแนวทางการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับพยาบาลในโรงพยาบาลนครพิงค์ รวมทั้งติดตามผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตที่พัฒนาขึ้น

References

- Afshari, D., Nourollahi-Darabad, M., & Chinisaz, N. (2021). Demographic predictors of resilience among nurses during the COVID-19 pandemic. *Work*, 68(2), 297-303. <https://doi.org/10.3233/WOR-203376>
- Alameddine, M., Clinton, M., Bou-Karroum, K., Richa, N., & Doumit, M. A. A. (2021). Factors associated with the resilience of nurses during the COVID-19 pandemic. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(6), 320-331. <https://doi.org/10.1111/wvn.12544>
- Clark, P., Crawford, T. N., Hulse, B., & Polivka, B. J. (2021). Resilience, moral distress, and workplace engagement in emergency department nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 43(5), 442-451. <https://doi.org/10.1177/0193945920956970>



- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor & Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cooper, A. L., Brown, J. A., Rees, C. S., & Leslie, G. D. (2020). Nurse resilience: A concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 553-575. <https://doi.org/10.1111/inm.12721>
- Davidson, J. R. T. (2018). *Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) manual*. <https://www.connordavidson-resiliencescale.com/CD-RISC%20Manual%2008-19-18.pdf>
- Department of Older Persons. (2021). *The current aging society and the economy in Thailand*. <https://www.dop.go.th/th/know/1/926> (in Thai)
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2009). The influence of personal characteristics on the resilience of operating room nurses: A predictor study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 968-976. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.08.006>
- Guo, Y. F., Plummer, V., Lam, L., Wang, Y., Cross, W., & Zhang, J. P. (2019). The effects of resilience and turnover intention on nurses' burnout: Findings from a comparative cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(3-4), 499-508. <https://doi.org/10.1111/jocn.14637>
- Haddad, L. M., Annamaraju, P., & Toney-Butler, T. J. (2022). *Nursing shortage*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493175/>
- Hsieh, H. F., Hung, Y. T., Wang, H. H., Ma, S. C., & Chang, S. C. (2016). Factors of resilience in emergency department nurses who have experienced workplace violence in Taiwan. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 23-30. <https://doi.org/10.1111/jnu.12177>
- Human Resources Department, Nakornping Hospital. (2024). *Title of the document or report*. <https://mis.nkp-hospital.go.th/institute/strategic/reports2567.php> (in Thai)
- Kaewpradit, B. (2023). *Resilience and work engagement of nurses in general hospitals* [Unpublished master's thesis]. Chiang Mai University. (in Thai)
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbau, B., & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 292-299. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015>
- Ni, M. Y., Li, T. K., Yu, N. X., Pang, H., Chan, B. H. Y., Leung, G. M., & Stewart, S. M. (2016). Normative data and psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) and the abbreviated version (CD-RISC-2) among the general population in Hong Kong. *Quality of Life Research*, 25(1), 111-116. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1072-x>
- Ou, X., Chen, Y., Liang, Z., Wen, S., Li, S., & Chen, Y. (2021). Resilience of nurses in isolation wards during the COVID-19 pandemics: A cross-sectional study. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 98-106. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1861312>



- Park, B. M., & Jung, J. (2021). Effects of the resilience of nurses in long-term care hospitals during on job stress COVID-19 pandemic: Mediating effects of nursing professionalism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10327. <https://doi.org/10.3390/ijerph18191032>
- Salam, H. A., Dumit, N. Y., Clinton, M., & Mahfoud, Z. (2023). Transformational leadership and predictors of resilience among registered nurses: A cross-sectional survey in an underserved area. *BMC Nursing*, 22(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01192-1>
- Sellers, K., Riley, M., Denny, D., Rogers, D., Havener, J. M., Rathbone, T., & Gomez- Di Cesare, C. (2019). Retention of nurses in a rural environment: The impact of job satisfaction, resilience, grit, engagement, and rural fit. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 19(1), 4-42. <https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v19i1.547>
- Shimoinaba, K., O'Connor, M., Lee, S., & Kissane, D. (2015). Nurses' resilience and nurturance of the self. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(10), 504-510. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.504>
- Srisathitnarakoon, B. (2010). *The methodology in nursing research* (5th ed.). U & I Intermedia. (in Thai)
- Strategic and Project Planning Group, Nakornping Hospital. (2024). *Annual report 2024*. <https://mis.nkp-hospital.go.th/institute/strategic/reports2567.php> (in Thai)
- Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2023). *Public health personnel data report 2023*. <https://spd.moph.go.th/public-health-personnel-data-report/> (in Thai)
- Tubbert, S. J. (2016). Resiliency in emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 42(1), 47-52. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.05.016>
- Turner, S. B. (2015). Resilience of nurses in the face of disaster. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9(6), 601-604. <https://doi.org/10.1017/dmp.2015.70>
- Udomitthiphong, D., Kaewyos, K., & Yuathin, G. (2014). Burnout syndrome among nurses. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 8(2), 40-53. (in Thai)
- World Health Organization. (2020). *Building resilience: A key pillar of Health 2020 and the sustainable development goals: Examples from the WHO small countries initiative*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338752>
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). Harper and Row.
- Yodkla, T. (2024). *Resilience and professional quality of life among nurses in secondary hospitals* [Unpublished master's thesis]. Chiang Mai University. (in Thai)



Experience of Registered Nurses Returning to Practice After Resignation* ประสบการณ์การกลับมาปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการลาออก*

Kampon	Introntakun**	กัมพล	อินทรทะกุล**
Parichad	Jansoontraporn**	ปาริชาติ	จันทร์สุนทรพร**
Phatphitcha	Kruthangka***	ภัทร์พิชชา	ครุฑางคะ***

Abstract

The shortage of registered nurses is affecting the overall healthcare system. Understanding the factors influencing nurses' decisions to leave the profession and their subsequent return is therefore an important area of inquiry. This study employed qualitative descriptive research with the objective of exploring the experiences of registered nurses regarding resignation and return to practice. The participants consisted of 20 registered nurses who had previously resigned and later decided to return to the profession, recruited through purposive sampling. The research instruments included the researcher, personal notes, field notes, an audio recorder, and a semi-structured in-depth interview guide. Data collection was conducted through in-depth interviews, and analysis followed the conventional content analysis approach described by Hsieh and Shannon.

The findings revealed that the experiences of registered nurses regarding resignation and return to practice had three main themes comprising nine subthemes:

1. Causes for resignation consisted of three subthemes: 1) exhaustion leading to burnout, 2) inadequate compensation relative to cost of living, and 3) desire to pursue new and challenging experiences and to follow personal aspirations.

2. Reasons for returning to practice consisted of four subthemes: 1) a sense of familiarity and comfort in the former workplace, 2) recognition of opportunities for growth and self-development, 3) improved welfare and compensation, and 4) pride in being part of the organization.

3. Key factors in retaining nurses within the organization consisted of two subthemes: 1) the transmission of a positive organizational culture that facilitates effective practice in line with generational needs, and 2) appropriate workload management.

The results of this study provide valuable insights for nursing administrators in developing policies and strategies aimed at enhancing motivation, strengthening support systems, and promoting sustainable retention of registered nurses within the workforce.

Keywords: After resignation; Experience; Registered nurse; Returning to practice

* Research Fund of Navamindradhiraj University

** Registered Nurse, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University

*** Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University;

e-mail: phatphitcha@ptu.ac.th



บทคัดย่อ

ปัญหาขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวม การทำความเข้าใจสาเหตุการตัดสินใจลาออกจากวิชาชีพและการหวนกลับเข้าสู่วิชาชีพ จึงเป็นประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาอย่างจริงจัง การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การลาออกและการกลับมาปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพที่เคยลาออกจากการปฏิบัติงานในสายวิชาชีพและตัดสินใจกลับมาปฏิบัติงาน จำนวน 20 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้วิจัย แบบบันทึกส่วนบุคคล แบบบันทึกภาคสนาม เครื่องบันทึกเสียง แบบสัมภาษณ์แนวคำถามเชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาแบบดั้งเดิมตามขั้นตอนของเซียร์ และแชนนอน

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การกลับมาปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการลาออกมี 3 ประเด็นหลัก 9 ประเด็นย่อย ดังนี้

1. สาเหตุของการลาออก ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) เหนื่อยล้าจนหมดไฟ 2) ค่าตอบแทนไม่เพียงพอต่อค่าครองชีพ และ 3) ต้องการแสวงหาประสบการณ์ใหม่ที่ท้าทายและทำตามฝัน

2. เหตุผลของการกลับมาทำงาน ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) ความรู้สึกคุ้นเคยและสบายใจในสถานที่ทำงานเดิม 2) การมองเห็นโอกาสในการเติบโตและพัฒนาตนเองที่ชัดเจน 3) การได้รับสวัสดิการและค่าตอบแทนที่ดี และ 4) ความภาคภูมิใจในองค์กร

3. สิ่งสำคัญในการรักษาให้พยาบาลคงอยู่กับองค์กร ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) การถ่ายทอดวัฒนธรรมองค์กรที่ดีเอื้อต่อการปฏิบัติงานตามความต้องการแต่ละช่วงวัย และ 2) การบริหารจัดการภาระงานอย่างเหมาะสม

ผลการวิจัยในครั้งนี้ ให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่าแก่ผู้บริหารทางการพยาบาลในการกำหนดนโยบายและวางกลยุทธ์ที่เหมาะสม เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ พัฒนาระบบการสนับสนุนให้เข้มแข็ง และส่งเสริมการคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาลในด้านกำลังคนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: หลังการลาออก ประสบการณ์ พยาบาลวิชาชีพ การกลับมาปฏิบัติงาน

* ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

** พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

*** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบสุขภาพทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย กำลังเผชิญกับความท้าทายที่ซับซ้อนมากขึ้น ทั้งจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง เทคโนโลยีสุขภาพที่ก้าวหน้า และความต้องการในการดูแลทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น การขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพในทุกพื้นที่ การขับเคลื่อนระบบสุขภาพท่ามกลางความผันผวนจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วยและการให้บริการในทุกระดับ (Kongcheep et al., 2022; World Health Organization, 2020) เนื่องจากพยาบาลเป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทั้งในโรงพยาบาล ที่บ้าน และในชุมชน การขาดแคลนพยาบาลจึงส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลรักษาและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวม (Jones & Dolsten, 2024; Wakefield et al., 2021) จึงได้มีการพัฒนาแนวทางต่าง ๆ เพื่อรักษาพยาบาลให้อยู่ในระบบงาน และดึงดูดพยาบาลที่เคยลาออกให้กลับเข้าสู่วิชาชีพอีกครั้ง ได้แก่ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน การสนับสนุนความก้าวหน้าในสายอาชีพ รวมถึงการส่งเสริมสมดุลชีวิตการทำงาน (Drennan & Ross, 2019)

สำหรับประเทศไทย ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพเป็นประเด็นที่ดำเนินมาอย่างยาวนาน โดยหนึ่งในสาเหตุหลักที่มีความสำคัญ คือ การลาออกของพยาบาลจากระบบงาน ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ภาระงานที่หนักเกินไป ความเครียดจากการทำงาน และความไม่สมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน (Saengcharnchai, 2024) ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจของพยาบาลและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เช่น มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยลดลง เกิดความล่าช้าในการให้บริการ การทำงานที่เร่งรีบจนเกิดข้อผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (Zheng, 2023) สถานการณ์นี้ ไม่เพียงกระทบต่อสุขภาพจิตของพยาบาลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ แต่ยังก่อให้เกิดภาระงานเพิ่มขึ้นภายในหน่วยบริการสุขภาพ และอาจลดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว (Tamata & Mohammadnezhad, 2023) ทั้งนี้การดึงดูดพยาบาลที่ลาออกให้กลับมามีการทำงานในวิชาชีพอีกครั้งถือเป็นโอกาสสำคัญในการช่วยลดภาระการขาดแคลนบุคลากร

การลาออกของพยาบาลวิชาชีพโดยไม่กลับมาปฏิบัติงาน ก่อให้เกิดการขาดแคลนบุคลากร ส่งผลให้ภาระงานของพยาบาลที่ยังปฏิบัติงานอยู่เพิ่มขึ้น อีกทั้งยังขาดพยาบาลที่มีประสบการณ์หรือมีศักยภาพในการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง ทำให้พยาบาลใหม่ขาดที่พึ่งในการเรียนรู้และอาจเกิดความท้อแท้จนตัดสินใจลาออกตามไปด้วย (Alsadaan et al., 2023) ปัญหานี้ยังกระทบต่อความทั่วถึงของบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในชนบทที่มีพยาบาลจำนวนน้อย ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้น้อยลง และอาจเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิต (Van Merode et al., 2024) การดึงพยาบาลที่เคยลาออกกลับมาปฏิบัติงานจึงเป็นโอกาสสำคัญในการแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรอย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งรักษาคุณภาพบริการ ลดภาระงานของพยาบาลปัจจุบัน และเสริมสร้างความมั่นคงขององค์กรด้านสาธารณสุข พยาบาลกลุ่มนี้มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรือภาวะวิกฤตได้ เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว (Shaban et al., 2024) อีกทั้งยังช่วยลดความเหนื่อยล้า (burnout syndrome) ลดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงาน และยกระดับประสิทธิภาพบริการสุขภาพโดยรวม (Kelly et al., 2021; Yamamoto et al., 2024)

ในบริบทของโรงพยาบาลที่เป็นสนามศึกษาพบว่า มีพยาบาลที่ตัดสินใจลาออกและกลับมาเข้าสู่วิชาชีพใหม่อยู่จำนวนหนึ่ง ซึ่งผู้ที่กลับมาปฏิบัติงานส่วนใหญ่ประกอบด้วยพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานหลากหลาย ตั้งแต่ผู้ที่มีประสบการณ์เพียงไม่กี่ปีไปจนถึงผู้ที่มีความเชี่ยวชาญมาก ความแตกต่างดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงมุมมองที่หลากหลายต่อการกลับเข้าสู่วิชาชีพ การกลับเข้ามาปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มนี้เกิดขึ้นท่ามกลางสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความท้าทาย ทั้งในด้านภาระงานที่หนาแน่น การขาดแคลนอัตรากำลัง และบรรยากาศการทำงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือและความยืดหยุ่นสูง ปัจจัยเหล่านี้ตอกย้ำถึงความจำเป็นในการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่กลับมาปฏิบัติงาน อีกทั้งโรงพยาบาลได้มีการกำหนดนโยบายและมาตรการด้านการบริหารจัดการบุคลากรที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพ การวางแผนและรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบ มี



การกำหนดแนวทางสำหรับสร้างแรงจูงใจ เช่น การให้โอกาสก้าวหน้าในสายวิชาชีพ การสนับสนุนการศึกษาต่อ และระบบสวัสดิการที่เหมาะสม เพื่อลดอัตราการลาออกและดึงดูดบุคลากรให้คงอยู่ในองค์กร

แม้ว่าในต่างประเทศ มีการวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับการกลับมาทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (Ye et al., 2023) แต่ความแตกต่างด้านบริบท วัฒนธรรม และโครงสร้างระบบสุขภาพ ทำให้ผลการศึกษาที่มีอยู่ไม่สามารถถ่ายโอนข้อค้นพบมาใช้อย่างครอบคลุมและตรงกับสถานการณ์ของประเทศไทย จึงยังขาดข้อมูลเฉพาะที่สะท้อนปัจจัยหรือเงื่อนไขที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจกลับเข้าสู่วิชาชีพของพยาบาลในบริบทไทย ทีมผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การกลับมาปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการลาออก โดยมุ่งทำความเข้าใจเชิงลึกจากประสบการณ์จริง สร้างความเข้าใจที่แท้จริงจากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลผ่านการถ่ายทอดมุมมอง ความคิด และความรู้สึกลอยตัวตรงไปตรงมา ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้มีคุณค่าต่อการออกแบบระบบสนับสนุนที่เหมาะสม และสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายหรือกลยุทธ์ด้านการบริหารจัดการบุคลากรที่สอดคล้องกับบริบท เพื่อรักษาพยาบาลให้คงอยู่ในระบบอันจะช่วยบรรเทาและแก้ไขปัญหาลาออกของบุคลากรทางการพยาบาลอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การลาออกและการกลับมาปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงคุณภาพ (qualitative descriptive research) (Sandelowski, 2000) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพที่เคยลาออกจากการปฏิบัติงานในสายวิชาชีพและตัดสินใจกลับมาปฏิบัติงานอีกครั้ง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวนทั้งสิ้น 20 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1, 2) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาลก่อนลาออกไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) มีประวัติลาออกจากการประกอบวิชาชีพการพยาบาลไม่ต่ำกว่า 6 เดือน 4) มีระยะเวลาในการกลับมาปฏิบัติงานอีกครั้งตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป และ 5) ยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ อยู่ระหว่างการลาพักงานชั่วคราว เช่น ลาคลอด ลาป่วย หรือลาศึกษาต่อ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัย จำนวน 3 คน เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล เข้าใจถึงบทบาทหน้าที่และภาระงานของพยาบาล และมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ประกอบการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกส่วนบุคคล แบบบันทึกภาคสนาม เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึก และเครื่องเขียน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่เป็นแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured in-depth interview) เน้นให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ได้อย่างอิสระและครอบคลุม ทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มคำถามตามข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและสอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

แบบสัมภาษณ์นี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญวิพากษ์แบบสัมภาษณ์ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในด้านการพยาบาล และมีประสบการณ์ในการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการพิจารณาได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดมุ่งหมายในการวัด (item object

congruence: IOC) อยู่ในช่วง 0.67-1.00 ทุกข้อคำถาม หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น “ช่วยเล่าถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ท่านตัดสินใจลาออกจากงานพยาบาล” “มีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้ท่านตัดสินใจกลับมาทำงานพยาบาลอีกครั้ง” “อะไรคือ ความแตกต่างที่ท่านสังเกตเห็นระหว่างก่อนลาออกและหลังกลับมาทำงาน” และ “ประสบการณ์การลาออกและกลับมาทำงานส่งผลต่อมุมมองด้านวิชาชีพของท่านอย่างไร” เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสนามวิจัย เลขที่โครงการ 049/68E วันที่อนุมัติ 18 มีนาคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล โดยการชี้แจงเป็นเอกสารเกี่ยวกับการวิจัย การรักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุถึงตัวผู้ให้ข้อมูลได้ ข้อมูลทั้งหมดถูกจัดเก็บในลักษณะรหัสหรือรหัสประจำตัว (code) โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุล หรือข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวผู้ให้ข้อมูลได้ ข้อมูลที่บันทึกเสียงหรือเอกสารบันทึกใด ๆ ถูกเก็บรักษาในอุปกรณ์ที่ปลอดภัย คือ คอมพิวเตอร์ที่มีการตั้งรหัสผ่านก่อนการเข้าถึงข้อมูล และทำลายข้อมูลเมื่อโครงการวิจัยและผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่แล้วภายใน 1 ปี โดยข้อมูลที่ได้ในการวิจัยทุกอย่างใช้ประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือขอยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตใด ๆ ทั้งสิ้น และผู้ให้ข้อมูลได้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเริ่มประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย ระบุกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินการ ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และผลที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาในครั้งนี้พร้อมขอข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลที่ตรงตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ หลังจากได้รับรายชื่อผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อผู้ให้ข้อมูลโดยตรงเพื่อขอชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และขอคำยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอนัดวัน เวลา และช่องทางการสัมภาษณ์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกช่องทางการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ได้แก่ การสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (face to face interview) หรือการสัมภาษณ์ออนไลน์ผ่านโปรแกรม zoom และเลือกสถานที่ซึ่งมีความเป็นส่วนตัวที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและรู้สึกปลอดภัย พร้อมนัดวันเวลาที่สะดวกในการให้ข้อมูล

ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล แนะนำตัวผู้วิจัย อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล และขอบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์เพื่อความสะดวกในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูลถูกบันทึกเป็นรหัส ไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้ ในการสัมภาษณ์ทั้งหมด 61 ครั้ง จากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 20 คน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 26-42 นาที/ครั้ง เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยแจ้งกับผู้ให้ข้อมูลได้ทราบว่าการต้องการข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติมขออนุญาตติดต่อผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากที่สุด ภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ผู้วิจัยดำเนินการถอดเทปแบบคำต่อคำโดยทันที เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ได้ยิน และอาจพบประเด็นใหม่ที่น่าสนใจ การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้สิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลที่ได้ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาแบบดั้งเดิม (conventional content analysis) ตามขั้นตอนของ เชียะ และ แชนนอน (Hsieh & Shannon, 2005) โดยทีมผู้วิจัยแยกกันอ่านข้อความจากการ



ถอดเทปซ้ำหลาย ๆ รอบ (immersing in the data) เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาในภาพรวมและสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล จากนั้นกำหนดคำหรือวลีไว้เป็นรหัส (code) ให้กับข้อความนั้นโดยอิงจากคำหรือประโยคที่ปรากฏในข้อมูล หลังจากนั้นทีมผู้วิจัยร่วมกันเปรียบเทียบและจัดกลุ่มรหัสที่มีความหมายคล้ายคลึงกันเข้าไว้ด้วยกันเป็นกลุ่ม (categories) เพื่อให้เห็นแนวโน้มของเนื้อหา และเชื่อมโยงรหัสรวมกลุ่ม (cluster) เป็นหมวดหมู่ที่มีความหมายครอบคลุมรหัสย่อย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ต่าง ๆ และกำหนดคำจำกัดความของหัวข้อเรื่อง (category) และนำหัวข้อเรื่องที่เกี่ยวข้องกันเชื่อมโยงเป็นหัวข้อหลัก (theme) ที่สะท้อนประเด็นสำคัญในข้อมูล ทั้งนี้การตีความอาศัยความเข้าใจเชิงบริบทของข้อมูลและการอภิปรายร่วมกันของผู้วิจัยอย่างมีหลักการ

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์สำหรับการประเมินงานวิจัย โดยยึดหลักการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ของ ลินคอล์น และ กูบา (Lincoln & Guba, 1985) ได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 ราย (member checking) เพื่อยืนยันความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสอดคล้องของการตีความ ผลการตรวจสอบสะท้อนให้เห็นถึงความเห็นพ้องระหว่างนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูล 2) การเชื่อมโยงผลการวิจัยไปยังบริบทอื่น (transferability) โดยการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะประสบการณ์ที่หลากหลาย ครอบคลุมตั้งแต่พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยจนถึงผู้ที่มีประสบการณ์สูง จึงสามารถสะท้อนความแตกต่างของกลุ่มข้อมูลย่อยและช่วยยืนยันความถูกต้องของการตีความได้อย่างเพียงพอ (Polit & Beck, 2021) 3) ความคงที่ (dependability) โดยการบันทึกขั้นตอนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อให้สามารถตรวจสอบซ้ำได้ และ 4) การยืนยันความถูกต้อง (confirmability) โดยทีมผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนาและวิเคราะห์ร่วมกันภายในทีมวิจัย (peer debriefing/multiple researchers) เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตรวจสอบความสอดคล้องของรหัสและหมวดหมู่ข้อมูลตลอดจนหาข้อสรุปร่วมกัน เพื่อช่วยลดอคติส่วนบุคคลของนักวิจัย ด้วยกระบวนการดังกล่าว ทำให้ทีมผู้วิจัยมั่นใจได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความถูกต้อง เชื่อถือได้ และสะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้จริง

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน เพศหญิง 19 คน และเพศชาย 1 คน อายุระหว่าง 24-50 ปี ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี 19 คน และปริญญาโท 1 คน สถานภาพโสด 15 คน และสมรส 5 คน ประสบการณ์การทำงานก่อนลาออกอยู่ระหว่าง 2-15 ปี เฉลี่ย 8.5 ปี ระยะเวลาที่ลาออกอยู่ระหว่าง 6 เดือน-3 ปี เฉลี่ย 1.75 ปี ระยะเวลาการกลับมาปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 6 เดือน-1 ปี เฉลี่ย 9 เดือน

ผลการศึกษาประสบการณ์การกลับมาปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการลาออกพบ 3 ประเด็นหลัก คือ 1) สาเหตุของการลาออก 2) เหตุผลของการกลับมาทำงาน และ 3) สิ่งสำคัญในการรักษาพยาบาลให้คงอยู่กับองค์กร รายละเอียดดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 สาเหตุของการลาออก สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจลาออกจากงานเกิดจาก 4 สาเหตุหลัก คือ เหนื่อยล้าจนหมดไฟ ค่าตอบแทนไม่เพียงพอต่อค่าครองชีพ ต้องการแสวงหาประสบการณ์ใหม่ที่ท้าทาย และเหตุผลส่วนตัวและครอบครัว รายละเอียดดังนี้

1.1 เหนื่อยล้าจนหมดไฟ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า พยาบาลต้องเผชิญกับภาระงานที่มากเกินไปในช่วงเวลาจำกัดทั้งในด้านการบริการพยาบาลและงานสนับสนุนอื่น ๆ ที่ยังคงเป็นหน้าที่ของพยาบาล จำนวนผู้รับบริการที่อยู่ในความดูแลมากเกินไป บางหอผู้ป่วยมีการรับ-จำหน่ายผู้ป่วยหมุนเวียนอย่างต่อเนื่อง ต้องเผชิญกับแรงกดดันและบรรยากาศการทำงานที่เร่งรีบ นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวอีกว่าในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ทำให้เกิดการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีการจัดสรรบุคลากรไปสนับสนุนหน่วยโควิด ทำให้อัตรากำลังในแผนกลดลง ทั้งที่ภาระงานเดิมมีมากอยู่แล้ว เป็นสาเหตุสำคัญหลักที่ทำให้ตนเองรู้สึกเหนื่อยล้า ก่อให้เกิดความเครียดสะสม นำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout) และตัดสินใจลาออกจากงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้

ข้อมูลที่ว่า

“หนูว่างานมันโหดพยาบาลค่อนข้างเยอะ หมายถึงว่าทั้งงานคุณภาพ งานในวอร์ด ส่วนใหญ่มันจะเป็นพยาบาลทำโดยสิ้นเชิง เช่น การเบิกของ หรือว่าอะไรก็ตามแต่ ส่วนใหญ่มันยังเป็นหน้าที่ของพยาบาลอยู่” (ID-1)

“ภาระงาน มันค่อนข้างหนักจริง ๆ มันหนักกว่า ICU ด้วยซ้ำ เพราะจริง ๆ แล้ว ICU คุณนั้ 1: 1 แต่หนูคุณนั้ใส่ Tube [ท่อช่วยหายใจ] 1: 2-3 คน” (ID-12)

“ช่วงที่มีโควิด มีการแบ่งอัตรากำลังไปช่วยหน่วยโควิด ซึ่งปกติที่วอร์ดก็ยุ่งอยู่แล้ว แล้วพอโดนแบ่งอัตรากำลังให้ไปช่วยวอร์ดอื่นอีก เลยรู้สึกว่ามัน overload มาก ๆ และมันก็เป็นความเหนื่อยล้าสะสมด้วยแหละ” (ID-9)

1.2 คำตอบแทนไม่เพียงพอต่อค่าครองชีพ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า คำตอบแทนที่ได้รับไม่สอดคล้องกับภาระงานและความรับผิดชอบที่ต้องแบกรับ อีกทั้งคำตอบแทนที่ได้รับไม่เพียงพอต่อค่าครองชีพที่เพิ่มสูงขึ้น จึงกลายเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลลาออกจากงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“เงินก็สำคัญนะ ตอนนี้นี่นี้ลด OT ด้วย คือ เราต้องกินต้องใช้ แล้วอยู่ในกรุงเทพฯ ด้วยค่าใช้จ่ายยูนัน นี่ มันก็เยอะ มันไม่พอหรอก” (ID-8)

“ช่วงนั้นเป็นช่วงโควิดพอดี แล้วมีงานข้างนอกที่ได้เงินเข้ามาเยอะมาก ๆ เช่น Hospitel [หอผู้ป่วยเฉพาะกิจสำหรับผู้ป่วยโควิด-19] ก็เลยลาออกด้วยเหตุผลเดียวเลย คือ ค่าใช้จ่ายไม่พอจริง ๆ” (ID-5)

1.3 ต้องการแสวงหาประสบการณ์ใหม่ที่ท้าทายและทำตามฝัน ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ต้องการออกไปเผชิญโลกภายนอกและหาประสบการณ์ใหม่ ๆ ทั้งด้านงาน สถานที่ และสังคม เพื่อค้นหาเส้นทางที่เหมาะสมกับตนเอง บางรายต้องการออกไปเพื่อพัฒนาภาษาและทำตามความฝันของตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“อยากไปเรียนภาษา และพอทราบมาว่าถ้าเราลาออกจากโรงพยาบาลนี้ไปแล้วยังสามารถที่จะกลับมาทำงานได้อีก แต่จริง ๆ เราก็ไม่รู้หรอกว่าลาออกไปแล้วจะเจออะไรบ้าง” (ID-3)

“เหตุผลหลักที่ลาออกเป็นเหตุผลส่วนตัวมากกว่า คือ เราทำงานได้ 3 ปีแล้ว คือ มีความฝันว่าถ้าทำงานครบ 3 ปี อยากจะไปเที่ยวต่างประเทศ แล้วพอดีกับโอกาสที่ทางบ้านยอมให้ไปได้ ก็เลยตัดสินใจลาออกเลย” [ID-4]

“อาจเป็นเพราะหมดแพชชั่น [passion] มั้ง อยากหาประสบการณ์ใหม่ ๆ รู้สึกว่าหลังจากจบมาก็ทำงานอยู่ที่เดียวกับตอนเรียน เรียนก็ที่นี่ ทำงานก็ที่นี่ เหมือนเราไม่ได้ไปเจอโลกข้างนอก ก็เลยทำให้รู้สึกว่าอยากไปเจออะไรใหม่ ๆ เช่น ประสบการณ์ใหม่ ๆ สถานที่ใหม่ ๆ ผู้คนใหม่ ๆ สังคมใหม่ ๆ ประมาณนั้น” [ID-13]

“อยากไปหาประสบการณ์ใหม่ ๆ ลองไปใช้ชีวิตดู คือ อยากเปลี่ยนฟีล [feel] เป็นเอksenบ้าง อยากลองดูว่าจะเหมือนกันไหม ทั้งหน่วยงาน บรรยากาศ เป็นยังไง น่าอยู่หรือไม่” [ID-11]

ประเด็นหลักที่ 2 เหตุผลของการกลับมาทำงาน แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลบางส่วนเคยตัดสินใจลาออกจากงานด้วยปัจจัยที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น แต่เมื่อเวลาผ่านไปผู้ให้ข้อมูลได้เลือกกลับมาทำงาน ณ สถานที่เดิมอีกครั้ง โดยมีเหตุผลอยู่ 4 ประเด็น คือ ความรู้สึกคุ้นเคยและสบายใจในสถานที่ทำงานเดิม การมองเห็นโอกาสในการเติบโตและพัฒนาตนเองที่ชัดเจน การได้รับสวัสดิการและคำตอบแทนที่ดี และความภาคภูมิใจในองค์กร รายละเอียดดังนี้

2.1 ความรู้สึกคุ้นเคยและสบายใจในสถานที่ทำงานเดิม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงความรู้สึกอบอุ่นใจและสบายใจเมื่อได้กลับมาทำงานในสถานที่เดิม ด้วยความที่คุ้นเคยกับระบบงาน วัฒนธรรมองค์กร เพื่อนร่วมงาน รวมถึงสภาพแวดล้อมโดยรวม ทำให้ไม่รู้สึกกดดันหรือวิตกกังวลเมื่อต้องกลับมาทำงานอีกครั้ง ที่ทำงานเดิมจึงเปรียบเสมือน “comfort zone” ที่ทำให้รู้สึกอบอุ่น มั่นใจ และปลอดภัยทางอารมณ์ ช่วยลดความเครียดและอุปสรรคในการปรับตัว ทำให้กลับเข้าสู่ระบบการทำงานได้อย่างรวดเร็ว ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“เหมือนเราได้กลับมาอยู่ในเซฟโซนของเรา คือ เป็นความสุขที่เราไม่ต้องพยายามอะไรเยอะมันสบายใจในทุก ๆ ด้าน สบายใจที่อยู่ตรงนี้ เป็นผู้คนที่เราสามารถทำงานด้วยอย่างสบายใจ ทีมก็เป็นทีมเวิร์คที่ดีอยู่

แล้ว สถานที่ที่เราคุ้นเคย ไม่ต้องไปเกร็ง หรือจำว่าอะไรอยู่ตรงไหน มันเป็นที่ที่เราคุ้นเคย เหมือนเราได้กลับบ้าน แล้วเราสบายใจ” (ID-15)

“ความรู้สึกเหมือนเรากลับบ้าน คือ เรารู้ระบบดีที่สุด เรามีเพื่อนที่อยู่ตรงนี้ และมันก็อบอุ่นมากกว่าที่จะไปทีอื่น” (ID-19)

2.2 การมองเห็นโอกาสในการเติบโตและพัฒนาตนเองที่ชัดเจน เป็นอีกหนึ่งแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจกลับมาทำงานอีกครั้ง การรับรู้ถึงโอกาสการเติบโตในสายวิชาชีพ ทั้งในด้านทักษะวิชาชีพและความก้าวหน้าในสายงาน นอกจากนี้ องค์กรยังมีแนวทางการสนับสนุนพัฒนาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เช่น การส่งอบรมพัฒนาความรู้ ส่งผลให้เป็นแรงจูงใจในการกลับมาทำงานอีกครั้ง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“มองเห็นอนาคตว่าสามารถเติบโตพัฒนาไปในแนวทางไหน และมีคนพร้อมสนับสนุนเราหลาย ๆ อย่าง เราอยากเรียน เราสอบติด เขาก็สนับสนุนเรา คือ มีความก้าวหน้าให้เห็นเป็นแบบอย่างเป็นรูปธรรม ผลักดันให้เกิดความก้าวหน้าในวิชาชีพ จนน้องหลาย ๆ คน รู้สึกได้ เขาก็พยายามหาช่องทางว่าไปได้ถึงขั้นไหน เห็น career path [แผนส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพ] ชัดเจนและเห็นตนเองง่ายขึ้นว่าอีกกี่ปีเราจะยืนอยู่ตรงไหน” (ID-20)

“ที่นี่เป็นแหล่งเรียนรู้ที่ใหญ่ และก็ได้อบรมเยอะ ล่าสุดก็ได้ไปอบรมเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจ อันนี้คือ สิ่งที่เราต้องการด้วย ก็คือ ได้พัฒนาความรู้ไปด้วย เหมือนอบรม BLS ACLS” (ID-14)

2.3 การได้รับสวัสดิการและค่าตอบแทนที่ดี ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าแม้เงินจะไม่ใช่อุปสรรคหลัก แต่การได้รับค่าตอบแทนที่ดี รวมถึงสวัสดิการที่ดี เช่น หอพักใกล้ที่ทำงาน เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงที่ผ่านมา ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ดึงดูดใจทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“พอแล้วสำหรับการอยากรู้ว่าเป็นยังไง ก็เลยคิดว่าขอแบบเดิมดีกว่า เพราะรู้สึกว่ามันตอบโจทย์กว่า ทั้งเรื่องของเงินเดือน สวัสดิการหอพัก พอไปเปรียบเทียบกับหลาย ๆ ที่แล้วรู้สึกว่าหอพักเรา มันดีกว่าที่อื่นมากนะ มันใหม่กว่า แล้วก็มีส่วน ส่วนค่าตอบแทนพอवलบลเรื่องหอ แล้วก็มีการเดินทางด้วยสิ่งอำนวยความสะดวก ถ้ารวมถึงคุณภาพชีวิตคิดว่าที่นี่ตอบโจทย์กว่า แล้วก็คิดถึงบรรยากาศเดิม ติตรระบบการทำงานของที่นี่ด้วยก็เลยคิดว่ากลับมาดีกว่า” (ID-2)

2.4 ความภาคภูมิใจในองค์กร ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าโรงพยาบาลมีบุคลากรที่มีคุณภาพและได้รับการยอมรับในระดับหนึ่ง ทั้งด้านแพทย์ ระบบการจัดการ และโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนทำให้ผู้มาใช้บริการบางส่วนมองว่ามีมาตรฐานทัดเทียมหรือเหนือกว่าโรงพยาบาลเอกชน สิ่งเหล่านี้สร้างความภาคภูมิใจต่อองค์กร มีระบบการจัดการที่ดีประกอบกับการให้การดูแลเฉพาะบุคคล ซึ่งเป็นจุดแข็งสำคัญที่สร้างความแตกต่างและทำให้ผู้รับบริการรู้สึกถึงคุณค่าและความเอาใจใส่อย่างแท้จริง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“โรงพยาบาลเรามีบุคลากรที่มีคุณภาพ มีชื่อเสียงในระดับหนึ่ง หมายถึงว่าทั้งหมด ทั้งระบบอะไรหลาย ๆ อย่างของโรงพยาบาลก็ปรับปรุง ดีก็มีความคิดว่าดูดีเหมือนโรงพยาบาลเอกชน อันนี้ก็เป็นส่วนหนึ่งที่เราภาคภูมิใจ” (ID-15)

“รู้สึกว่ามันมากกว่าเอกชนอีก การจัดการทุกอย่างมันดี มีเจ้าหน้าที่ให้บริการครบทุกส่วนพร้อม เอาใจใส่ดูแลแบบ individual care [การดูแลแบบเฉพาะบุคคล] อย่างแท้จริง” (ID-16)

ประเด็นหลักที่ 3 สิ่งสำคัญในการรักษาพยาบาลให้คงอยู่กับองค์กร การสร้างความยั่งยืนในการบริหารจัดการบุคลากรทางพยาบาลที่มีคุณภาพ ทำให้รู้สึกพึงพอใจและคงอยู่กับองค์กรในระยะยาว ควรให้ความสำคัญกับ 2 ประเด็น คือ การถ่ายทอดวัฒนธรรมองค์กรที่ดีเอื้อต่อการปฏิบัติงานตามความต้องการแต่ละช่วงวัย และการบริหารจัดการภาระงานอย่างเหมาะสม รายละเอียดดังนี้

3.1 การถ่ายทอดวัฒนธรรมองค์กรที่ดีต่อการปฏิบัติงานตามความต้องการแต่ละช่วงวัย ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าวัฒนธรรมองค์กร เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะการให้คุณค่าและการให้เกียรติซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรรุ่นพี่ หรือน้องใหม่ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางและต้องการการสนับสนุนที่เหมาะสม การสร้างบรรยากาศแห่งความอบอุ่น การสื่อสารด้วยถ้อยคำที่สุภาพ และการปฏิบัติต่อกันอย่างเป็นมิตรในลักษณะของความเป็นพี่น้อง แม้มาจากต่างสถาบันการศึกษาก็ยังสามารถสร้างความผูกพันและแรงจูงใจให้บุคลากรต้องการทำงานต่อ สภาพแวดล้อมการทำงานมีผลต่อจิตใจมากถึงแม้ค่าตอบแทนจะไม่สูงนัก นอกจากนี้ บทบาทของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลยังเป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญ เนื่องจากมีลักษณะการบริหารที่เข้าถึงง่าย พร้อมให้ความช่วยเหลือและการสนับสนุนเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา ส่งผลให้บุคลากรไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือรับภาระในการแก้ไขปัญหาเพียงลำพัง ซึ่งสะท้อนถึงการบริหารจัดการเชิงบวกที่ช่วยลดความเหนื่อยล้า และเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในการทำงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“วัฒนธรรมองค์กร ในส่วนของการเห็นคุณค่าของกันและกัน อันนี้คือ สำคัญมาก คุณค่าของกันและกัน หมายถึงว่า ทั้งตัวน้องและตัวเราต้องให้เกียรติซึ่งกันและกัน มองเค้าเป็นส่วนหนึ่งของงานและน้องใหม่ คือค่อนข้างที่จะเปราะบาง” (ID-13)

“ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลเข้าถึงง่าย เวลาเรามีปัญหาเขาพร้อมที่จะช่วยเหลือสนับสนุนช่วยแก้ไข ปัญหา ทำให้เราไม่รู้สึกเหนื่อยหรือต้องแก้ไขปัญหาเพียงลำพัง” (ID-2)

3.2 การบริหารจัดการภาระงานอย่างเหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าภาระงานด้านเอกสารที่ไม่ใช่การพยาบาลโดยตรง เช่น การจัดทำรายงานการประเมินผลการปฏิบัติงาน การเข้าร่วมประชุม และการเก็บสถิติต่าง ๆ เป็นภาระที่มาก ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าและกระทบต่อเวลาในการปฏิบัติหน้าที่หลักด้านการพยาบาล หากสามารถลดหรือปรับระบบงานที่ไม่ใช่งานพยาบาลลงได้ จะช่วยให้พยาบาลมีเวลาและพลังงานเพียงพอในการทุ่มเทต่อภารกิจหลัก คือ การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะการดูแลในลักษณะเฉพาะราย ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพพยาบาล อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการให้ดีขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“งาน PA [Performance Appraisal Report: รายงานผลการประเมินการปฏิบัติงาน] มันเยอะไป คิดว่าพยาบาล 1 คน รับผิดชอบตัว PA เยอะเกินไป แกรมมีประชุมนู่นประชมนี่ ต้องเก็บสถิติอะไรอย่างนี้ มันเหนื่อย” (ID-8)

“เรื่องภาระงานอยากให้พยาบาลทำแค่หน้าที่ของการพยาบาล แต่ก็ยาก ถ้าในอนาคตเป็นไปได้ก็จะดี มาก ๆ กับ พยาบาล ทำให้เราเอาเวลาไปให้การพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ทำให้เราสามารถให้การดูแล ใส่ใจผู้ป่วยแบบเฉพาะรายได้อย่างแท้จริง” (ID-2)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาประสบการณ์การกลับมาปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการลาออก ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ สาเหตุของการลาออก เหตุผลของการกลับมาทำงาน และสิ่งสำคัญในการรักษาพยาบาลให้คงอยู่กับองค์กร สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. สาเหตุของการลาออก จากผลการศึกษาพบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจลาออก ได้แก่ ความเหนื่อยล้าจนหมดไฟ (burnout) จากภาระงานที่หนักและความเครียดสะสม ร่วมกับค่าตอบแทนไม่เพียงพอต่อค่าครองชีพ และการเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นที่ให้ผลตอบแทนสูงกว่าแม้ลักษณะงานใกล้เคียงกัน อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องการแสวงหาประสบการณ์ใหม่เพื่อพัฒนาตนเอง ไม่อยากทำงานในลักษณะซ้ำเดิม และเปิดรับความท้าทายมากขึ้น ปัจจัยเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เดอ ไวรส์ และคณะ (de Vries et al., 2023) และกาลานิส และคณะ (Galanis et al., 2025) ที่พบว่าความไม่พึงพอใจในงาน เช่น ภาวะหมดไฟจากการทำงาน

บุคลากรไม่เพียงพอทำให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน ภาระงานที่ไม่ใช่งานพยาบาลเพิ่มขึ้น และค่าตอบแทนที่ไม่สมดุล เป็นปัจจัยผลักดันให้พยาบาลลาออก นอกจากนี้ความแตกต่างระหว่างเจเนอเรชันยังส่งผลต่อการตัดสินใจลาออก โดยพยาบาลกลุ่มเจเนอเรชันเอ็กซ์ (generation X) ให้ความสำคัญกับความมั่นคงและความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน หากค่าตอบแทนไม่เหมาะสมย่อมเกิดความไม่มั่นคง ในขณะที่พยาบาลกลุ่มเจเนอเรชันวาย (Generation Y) เน้นการทำงานที่มีความยืดหยุ่นและมีส่วนร่วม หากขาดสิ่งเหล่านี้ย่อมทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจและนำไปสู่การตัดสินใจลาออก ส่วนพยาบาลกลุ่มเจเนอเรชันซี (generation Z) คาดหวังกับการเติบโตที่รวดเร็วและการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการทำงาน หากองค์กรไม่สามารถตอบสนองความต้องการ ก็มีแนวโน้มทำให้พยาบาลกลุ่มนี้ตัดสินใจลาออกหรือแสวงหาประสบการณ์ใหม่ที่ท้าทายมากกว่า (van der Baan et al., 2023)

2. เหตุผลของการกลับมาทำงาน แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลเคยลาออกแต่ตัดสินใจกลับมาทำงานที่เดิมอีกครั้ง โดยมีปัจจัยสำคัญ คือ ความคุ้นเคยและความสบายใจในสภาพแวดล้อมการทำงาน ซึ่งเอื้อต่อการปรับตัวทั้งในด้านระบบงานและวัฒนธรรมองค์กร ไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนการปฏิบัติงาน ระบบเอกสาร หรือแนวทางการดูแลผู้ป่วย ความคุ้นเคยเหล่านี้ช่วยลดความยากลำบากในการเรียนรู้ใหม่ และทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถกลับเข้าสู่บทบาทการทำงานได้อย่างราบรื่น และความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ลดความตึงเครียดในการเริ่มต้นใหม่ ในขณะที่ประสบการณ์จากการทำงานในองค์กรใหม่มักสะท้อนถึงความไม่สอดคล้องกับความคาดหวัง ทั้งในด้านบรรยากาศการทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร และระบบงาน ทำให้ตระหนักว่าองค์กรเดิมเหมาะสมกับตนเองมากกว่า และองค์กรเดิมยังถูกมองว่าเป็น “comfort zone” หรือ “บ้าน” ที่ให้ความเข้าใจ การสนับสนุน และโอกาสในการเติบโตทางวิชาชีพ ทั้งด้านตำแหน่งงาน การพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านการศึกษาต่อ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการกลับมาทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ เดอ ไวรีส์ และคณะ (de Vries et al., 2023) ที่ชี้ว่าโอกาสทางวิชาชีพและประสบการณ์การทำงานที่ดีมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการคงอยู่ของพยาบาล และการทำงานร่วมกันเป็นทีม การได้รับคำชื่นชม การเคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกันของเพื่อนร่วมงาน เป็นส่วนหนึ่งของความตั้งใจที่จะอยู่ในองค์กรมากขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จูฟาพร กระเทศ และคณะ (Krates et al., 2021) ที่พบว่า ความสุขในการทำงาน ความสมดุลชีวิต และความผูกพันต่อองค์กรมีอิทธิพลโดยตรงต่อการคงอยู่ในวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญ

3. สิ่งสำคัญในการรักษาพยาบาลให้คงอยู่กับองค์กร ผลการศึกษาพบว่า การถ่ายทอดวัฒนธรรมองค์กรที่ดีเอื้อต่อการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การรับฟังความคิดเห็น และบรรยากาศการทำงานที่ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ซึ่งช่วยสร้างความพึงพอใจและความผูกพันในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ เพลสลีย์ และ การ์ไซด์ (Pressley & Garside, 2023) ที่ชี้ว่าวัฒนธรรมองค์กรและการทำงานเป็นทีมที่เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมและอิสระ เป็นปัจจัยหลักที่ส่งเสริมความผูกพันต่อองค์กรอย่างยั่งยืน และการที่องค์กรให้การสนับสนุนจะทำให้พยาบาลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรและสามารถรับมือกับความท้าทายของสภาพแวดล้อมภายนอก ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยรักษาพยาบาลให้คงอยู่ในองค์กรต่อไป

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบอีกว่า การบริหารจัดการภาระงานอย่างเหมาะสม มีความสำคัญต่อการรักษาพยาบาลให้คงอยู่ในองค์กร หากมีบุคลากรเพียงพอกับปริมาณงาน จะช่วยลดความตึงเครียดในการทำงาน ป้องกันภาวะเหนื่อยล้า และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ในทางกลับกันหากจำนวนพยาบาลไม่เพียงพอภาระงานที่มากเกินไปทำให้เกิดความตึงเครียด ความไม่พึงพอใจ และมีแนวโน้มลาออกสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาลานิส และคณะ (Galanis et al., 2025) ที่ระบุว่าภาระงานของพยาบาลที่สูงสัมพันธ์คุณภาพ



การพยาบาลที่ลดลง มีความเสี่ยงต่อข้อผิดพลาดในการให้การพยาบาล และภาวะหมดไฟในการทำงาน นอกจากนี้ภาระงานที่มากเกินไปจนความสามารถยังเป็นสาเหตุของความเครียดจากการทำงาน ความรู้สึกไม่พึงพอใจในหน้าที่การงาน และในระยะยาวอาจก่อให้เกิดแนวโน้มที่จะลาออกจากงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การที่พยาบาลบางส่วนตัดสินใจกลับเข้าสู่วิชาชีพ สะท้อนถึงบทบาทของการบริหารจัดการภายในองค์กรพยาบาลอย่างเด่นชัด โดยเฉพาะการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา ซึ่งช่วยเพิ่มความผูกพัน ความพึงพอใจ และลดความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ ปัจจัยเหล่านี้เป็นแรงผลักดันสำคัญที่เอื้อต่อการกลับมาปฏิบัติงานของพยาบาล (Kira & van Eijnatten, 2020) ทั้งนี้ประสบการณ์ดังกล่าวไม่เพียงสะท้อนแรงจูงใจส่วนบุคคล แต่ยังชี้ให้เห็นคุณลักษณะองค์กรที่พึงปรารถนา ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางกำหนดนโยบายและกลยุทธ์ด้านการบริหารบุคลากร เพื่อบรรเทาปัญหาการขาดแคลนและเสริมสร้างความมั่นคงในการคงอยู่ของพยาบาลในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำข้อมูลที่ได้จากผลการศึกษานี้มาใช้ในการลาออกและการรักษาพยาบาลให้คงอยู่กับองค์กร ไปปรับใช้ในการพัฒนาแนวทางการบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการจริงของพยาบาล เช่น การถ่ายทอดวัฒนธรรมองค์กรที่ดีเอื้อต่อการปฏิบัติงานตามความต้องการแต่ละช่วงวัย การสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน การเสริมสร้างแรงจูงใจและความรู้สึกภาคภูมิใจในวิชาชีพ การปรับภาระงานให้เหมาะสม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการกลับมาทำงานและรักษาพยาบาลไว้ในองค์กร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสบการณ์การกลับมาปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการลาออกในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น ระหว่างโรงพยาบาลรัฐกับเอกชน ระหว่างโรงพยาบาลเมืองกับชนบท หรือระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อค้นหาความเหมือนและความแตกต่างในบริบทที่แตกต่างกัน
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อการตัดสินใจลาออกและการกลับมาปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้วิธีการทางสถิติในการวิเคราะห์เชิงพยากรณ์ เช่น การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression) เพื่อประเมินความน่าจะเป็นและอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจดังกล่าวอย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณการสนับสนุนทุนวิจัยจาก กองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

References

- Alsadaan, N., Salameh, B., Reshia, F. A. A. E., Alruwaili, R. F., Alruwaili, M., Awad Ali, S. A., Alruwaili, A. N., Hefnawy, G. R., Alshammari, M. S. S., Alrumayh, A. G. R., Alruwaili, A. O., & Jones, L. K. (2023). Impact of nurse leaders' behaviors on nursing staff performance: A systematic review of literature. *Inquiry, 60*, 469580231178528. <https://doi.org/10.1177/00469580231178528>
- de Vries, N., Boone, A., Godderis, L., Bouman, J., Szemik, S., Matranga, D., & de Winter, P. (2023). The race to retain healthcare workers: A systematic review on factors that impact retention of nurses and physicians in hospitals. *Inquiry, 60*, 469580231159318. <https://doi.org/10.1177/00469580231159318>



- 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>
- Galanis, P., Moisoglou, I., Katsiroupa, A., Gallos, P., Kalogeropoulou, M., Meimeti, E., & Vraka, I. (2025). Workload increases nurses' quiet quitting, turnover intention, and job burnout: Evidence from Greece. *AIMS Public Health*, 12(1), 44-55. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2025004>
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Jones, C. H., & Dolsten, M. (2024). Healthcare on the brink: Navigating the challenges of an aging society in the United States. *NPJ Aging*, 10(1), 22. <https://doi.org/10.1038/s41514-024-00148-2>
- Kelly, L. A., Gee, P. M., & Butler, R. J. (2021). Impact of nurse burnout on organizational and position turnover. *Nursing Outlook*, 69(1), 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.06.008>
- Kira, M., & van Eijnatten, F. M. (2020). Human and social sustainability in work organizations. *Sustainability*, 12(24), 10459. <https://doi.org/10.3390/su122410459>
- Kongcheep, S., Arpanantikul, M., Pinyopasakul, W., & Sherwood, G. (2022). Thai nurses' experiences of providing care in overcrowded emergency rooms in tertiary hospitals. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 26(3), 533-548.
- Krates, J., Patanavanichanan, N., Pratanvorapanya, W., Trainattawan, W., Thangkratok, P., & Srithumsuk, W. (2021). Factors influencing work retention of professional nurse under the Ministry of Public Health. *Journal of Health Science*, 30(3), 561-573. (in Thai)
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Pressley, C., & Garside, J. (2023). Safeguarding the retention of nurses: A systematic review on determinants of nurse's intentions to stay. *Nursing Open*, 10(5), 2842-2858. <https://doi.org/10.1002/nop2.1588>
- Saengcharnchai, U. (2024). Nursing shortage: Thai public health problems and policy proposals. *Academic Graduate Journal*, 2(2), 26-36. (in Thai)
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240x\(200008\)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g)
- Shaban, M., Mohammed, H. H., Gomaa Mohamed Amer, F., Shaban, M. M., Abdel-Aziz, H. R., & Ibrahim, A. M. (2024). Exploring the nurse–patient relationship in caring for the health priorities of older adults: Qualitative study. *BMC Nursing*, 23(1), 480. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02099-1>
- Tamata, A. T., & Mohammadnezhad, M. (2023). A systematic review study on the factors affecting shortage of nursing workforce in the hospitals. *Nursing Open*, 10(3), 1247-1257. <https://doi.org/10.1002/nop2.1434>



- van der Baan, N. A., Meinke, G., Virolainen, M. H., Beusaert, S., & Gast, I. (2025). Retention of newcomers and factors influencing turnover intentions and behaviour: A review of the literature. *Education+ Training*, 67(1), 107-136. <https://doi.org/10.1108/ET-06-2023-0240>
- Van Merode, F., Groot, W., & Somers, M. (2024). Slack is needed to solve the shortage of nurses. *Healthcare*, 12(2), 220. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020220>
- Wakefield, M. K., Williams, D. R., Le Menestrel, S., & Flaubert, J. L. (2021). *The future of nursing 2020–2030: Charting a path to achieve health equity*. National Academies Press. <https://www.nmnec.org/wp-content/uploads/2021/05/Future-of-Nursing-2020-2030.pdf>
- 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>
- Yamamoto, K., Nasu, K., Nakayoshi, Y., & Takase, M. (2024). Sustaining the nursing workforce- exploring enabling and motivating factors for the retention of returning nurses: A qualitative descriptive design. *BMC Nursing*, 23(1), 248. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01900-5>
- Ye, H., Zou, P., D'Souza, D., Xu, W., Shen, X., Zhang, Z., & Zhang, C. (2023). Experiences of nurses returning to work after the second/third childbirth and organizational support in Southeastern China: A qualitative exploration. *Journal of Nursing Education and Practice*, 13(8), 8-18. <https://doi.org/10.5430/jnep.v13n8p8>
- Zheng, D. (2023). Exploring the effects of break nurses on nursing staff burnout. *Journal of Hospital Administration*, 12(2), 38-48. <https://doi.org/10.5430/jha.v12n2p38>



Psychological Safety and Organizational Commitment of Nurses in Tertiary Hospitals*

ความปลอดภัยทางจิตใจและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ*

Sangduen	Khankhai**	แสงเดือน	ขันไ้**
Orn-anong	Wichaikhum***	อรอนงค์	วิชัยคำ***
Chayapha	Sanlaung****	ชญากา	แสนหลวง****

Abstract

Nurses' organizational commitment is an attitude that benefits the organization and positively impacts their work performance. Psychological safety in collaborative work contributes to fostering organizational commitment. The purposes of this descriptive correlational research were to study psychological safety and organizational commitment, and the relationship between psychological safety and organizational commitment of nurses in tertiary hospitals. The participants were 119 registered nurses selected by multi-stage sampling. The research instrument included the Psychological Safety Scale and the Organizational Commitment Scale. Data were analyzed by using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The findings revealed that nurses in tertiary hospitals perceived a high level of psychological safety ($M = 5.15$, $SD = .75$) and had a moderate level of organizational commitment ($M = 3.30$, $SD = .39$). Nurses perceived three dimensions of organizational commitment at a moderate level, including affective commitment, continuance commitment, and normative commitment ($M = 3.38$, $SD = .52$; $M = 3.18$, $SD = .72$; and $M = 3.34$, $SD = .49$, respectively). Psychological safety and organizational commitment among nurses in tertiary hospitals had a moderately, statistically significant positive correlation ($r_s = .316$, $p < .01$). Psychological safety had a moderate and statistically significant positive correlation with the affective commitment and normative commitment dimensions ($r_s = .342$ and $r_s = .355$, $p < .01$, respectively).

Nursing administrators should cultivate psychological safety among nurses by developing an organizational culture that embraces team collaboration, thereby enhancing nurses' organizational commitment.

Keywords: Nurses; Organizational commitment; Psychological safety; Tertiary 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, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: ornwichai@gmail.com

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

Received 7 March 2025; Revised 17 May 2025; Accepted 19 May 2025



บทคัดย่อ

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล เป็นทัศนคติที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กรและส่งผลดีต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล ส่วนความปลอดภัยทางจิตใจเมื่อปฏิบัติงานร่วมกันมีส่วนช่วยให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรได้ การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความปลอดภัยทางจิตใจ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร และหาความสัมพันธ์ระหว่างความปลอดภัยทางจิตใจและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 119 คน ที่คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบวัดความปลอดภัยทางจิตใจ และแบบวัดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's rank correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิรับรู้ว่ามีความปลอดภัยทางจิตใจ อยู่ในระดับสูง ($M = 5.15$, $SD = .75$) และมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.30$, $SD = .39$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านจิตใจ ด้านการคงอยู่ และด้านบรรทัดฐาน อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ($M = 3.38$, $SD = .52$; $M = 3.18$, $SD = .72$; และ $M = 3.34$, $SD = .49$ ตามลำดับ) ในขณะที่ความสัมพันธ์ระหว่างความปลอดภัยทางจิตใจและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโดยรวมของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .316$, $p < .01$) ความปลอดภัยทางจิตใจกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านจิตใจ และความปลอดภัยทางจิตใจกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านบรรทัดฐาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .342$ และ $r_s = .355$, $p < .01$ ตามลำดับ)

ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรเสริมสร้างความปลอดภัยทางจิตใจของพยาบาล โดยการสนับสนุนให้เกิดวัฒนธรรมการสร้างค่านิยมร่วมขององค์กร การทำงานเป็นทีม เพื่อเพิ่มความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล

คำสำคัญ: พยาบาล ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ความปลอดภัยทางจิตใจ โรงพยาบาลตติยภูมิ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: ornwichai@gmail.com

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทรัพยากรมนุษย์ เป็นองค์ประกอบหลักในการผลักดันและขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุเป้าหมาย การที่องค์กรมีบุคลากรที่มีทักษะ ความสามารถ ความจงรักภักดี ร่วมมือทำงานอย่างเต็มใจ รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร เชื่อมั่นและยอมรับเป้าหมายที่องค์กรได้กำหนด และมีความปรารถนาที่จะเป็นสมาชิกขององค์กรนั้นตลอดไป นับเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้องค์กรคงอยู่ได้ ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้สะท้อนถึงความยึดมั่นผูกพันของบุคคลที่มีต่อองค์กร (organizational commitment) ส่งผลให้บุคลากรมีความมุ่งมั่น ทุ่มี และทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้องค์กรบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Smithikrai & Pusapanich, 2017)

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรตามแนวคิดของ อัลเลน และ เมเยอร์ (Allen & Meyer, 1990) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการคงอยู่ (continuance commitment) 2) ด้านบรรทัดฐาน (normative commitment) และ 3) ด้านจิตใจ (affective commitment) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพของบุคคล อีกทั้งยังเป็นตัวชี้วัดที่ดีที่สะท้อนถึงควมมีประสิทธิภาพขององค์กร (Allen & Meyer, 1997) ทั้งนี้หากบุคลากรไม่มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร จะมีแนวโน้มที่จะลาออกเมื่อได้รับข้อเสนอที่ดีกว่า ส่งผลให้องค์กรเกิดต้นทุนในการสรรหาและพัฒนาบุคลากรใหม่มาทดแทน (Johnson, 1981 as cited in Carbery et al., 2003) และหากองค์กรใดบุคลากรมีอัตราการลาออกสูงอาจทำให้เสียภาพลักษณ์ และบุคลากรขาดความเชื่อมั่นในองค์กร (Deery & Iverson, 1996 as cited in Carbery et al., 2003)

สำหรับบริบทของพยาบาล การทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความไว้วางใจ ให้เกียรติ เคารพ ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน รวมทั้งการให้อภัยในความผิดพลาดที่เกิดขึ้นโดยไม่เจตนา (Srisatidnarukul, 2009) ทั้งนี้หากสมาชิกภายในทีมมีสัมพันธภาพที่ดี ให้ความร่วมมือและสนับสนุนกันในการทำงานโดยไม่ตำหนิหรือกล่าวโทษเมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองได้รับการยอมรับ เกิดบรรยากาศที่เอื้อต่อการแสดงความคิดเห็นและการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดความรู้สึกปลอดภัยทางจิตใจ (psychological safety) ก็อาจส่งผลให้บุคคลนั้นมีทัศนคติเชิงบวกและเกิดความยึดมั่นผูกพันต่อทีมทำงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรมากยิ่งขึ้น (Edmondson, 1999; 2002) ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีอัตลักษณ์ทางสังคม (Social Identity Theory) ของ ทาจเฟล และ เทิร์นเนอร์ (Tajfel & Turner, 1979)

อัตราการลาออกและโอนย้ายของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตภาคเหนือแห่งหนึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 แสดงถึงแนวโน้มการลาออก โอนย้ายของพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่มจำนวนขึ้นในแต่ละปี (16, 23, และ 31 คน ตามลำดับ) ซึ่งมากกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ และผลการสำรวจความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลพบว่า อยู่ในระดับปานกลางที่ร้อยละ 61.31-77.10 โดยสาเหตุพบว่า เกิดจากความต้องการค่าตอบแทนที่สูงขึ้น การมีโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งในจังหวัด และการที่ไม่ได้รับการบรรจุราชการ (Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, 2022) สอดคล้องกับผลการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับโอกาสในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ในองค์กรพบว่า คะแนนอยู่ในระดับต่ำ และจากการสัมภาษณ์พยาบาลที่เกี่ยวข้องพบว่า บุคลากรบางส่วนไม่กล้าแสดงความคิดเห็นหรือแจ้งปัญหาที่เกิดขึ้น เนื่องจากมองว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ได้รับการตอบสนองจากทีมงาน (พยาบาลวิชาชีพ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 24 เมษายน 2567) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจสะท้อนถึงความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจหรืออาจส่งผลต่อความปลอดภัยทางจิตใจตามแนวคิดของ เอ็ดมอนด์สัน (Edmondson, 1999) ซึ่งความปลอดภัยทางจิตใจนั้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในลักษณะงานของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ มีส่วนช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและลดความตั้งใจในการลาออก (Cho et al., 2023)

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการธำรงรักษาบุคลากรทางพยาบาลในองค์กร จึงต้องการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความปลอดภัยทางจิตใจว่าส่งผลอย่างไรต่อการทำงานเป็นทีมในบริบทของพยาบาลและ



ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ผลการศึกษานี้ช่วยให้ทราบหรือมีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการกำหนดหรือพัฒนานโยบายด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ส่งเสริมบรรยากาศการทำงานที่มีส่วนช่วยสร้างเสริมความปลอดภัยทางจิตใจและการธำรงรักษาบุคลากรทางการพยาบาลให้คงอยู่ในหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความปลอดภัยทางจิตใจของพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตภาคเหนือ
2. เพื่อศึกษาความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโดยรวมและรายด้านของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตภาคเหนือ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปลอดภัยทางจิตใจและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโดยรวมและรายด้านของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตภาคเหนือ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดความปลอดภัยทางจิตใจในระดับทีมของ เอ็ดมอนด์สัน (Edmondson, 1999) คือ การรับรู้ส่วนบุคคลของพยาบาลที่เชื่อมั่นว่าทีมจะไม่สร้างความอึดอัดใจ ต่อต้านหรือลงโทษสมาชิกผู้แสดงความคิดเห็นหรือกระทำความผิดโดยไม่ตั้งใจ เชื่อมั่นว่าทีมเป็นพื้นที่ปลอดภัยต่อการเกิดความเสี่ยงระหว่างบุคคล (interpersonal risk taking) และแนวคิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของ อัลเลน และ เมเยอร์ (Allen & Meyer, 1990) ที่กล่าวว่า เป็นความรู้สึกและพฤติกรรมส่วนบุคคลที่รู้สึกกว่าตนเองนั้นเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ยอมรับข้อกำหนด มีความเต็มใจและตั้งใจที่จะปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบให้ดีที่สุด เพื่อช่วยให้องค์กรนั้นบรรลุเป้าหมายสูงสุด และมีความตั้งใจที่จะคงอยู่ในองค์กรตลอดไป ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านการคงอยู่ ด้านบรรทัดฐาน และด้านจิตใจ โดยมีทฤษฎีอัตลักษณ์ทางสังคม (Social Identity Theory) ของ ทาจเฟล และ เทิร์นเนอร์ (Tajfel & Turner, 1979) อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความปลอดภัยทางจิตใจและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร กล่าวคือ องค์กรพยาบาลนั้นมีลักษณะการดำเนินงานเป็นทีม เมื่อบุคคลมีการระบุตัวตนในทีมที่ตนเองสังกัดอยู่ย่อมจะได้รับอิทธิพลจากทีม (Turner et al., 1979) เกิดความภาคภูมิใจและการเรียนรู้ร่วมกัน ส่งผลต่อประสิทธิภาพและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรในท้ายที่สุด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ ในเขตภาคเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลพุทธชินราช และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ รวมทั้งสิ้นจำนวน 4,413 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยหลักการวิเคราะห์อำนาจ (power analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพลระดับกลางเท่ากับ 0.30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 คน การวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ อัตราการตอบกลับที่ยอมรับได้ขั้นต่ำร้อยละ 50 (Rattanamanee & Phasunon, 2019) และมีโอกาสที่ข้อมูลจะสูญหาย จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เท่ากับ 122 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป 2) ปฏิบัติงานให้บริการโดยตรงกับผู้ป่วย เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยและใน

ระดับที่สูงกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วย 2) อยู่ระหว่างการลาป่วย ลาคลอดหรือลาศึกษาต่อในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน ดังนี้ 1) สุ่มเลือกโรงพยาบาลตติยภูมิที่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพ 1 และ 2 อย่างละ 1 โรงพยาบาล 2) คำนวณสัดส่วนพยาบาลกลุ่มตัวอย่างของทั้ง 2 โรงพยาบาล 3) คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของจำนวนพยาบาลแต่ละแผนก 4) สุ่มตัวอย่างพยาบาลแต่ละแผนกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้การสุ่มแบบไม่แทนที่ (sampling without replacement) ให้ได้ตามจำนวนพยาบาลในแต่ละแผนกจำนวน 122 คน ตามที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามออนไลน์ในรูปแบบ Google form แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล แผนกที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ปัจจุบัน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความปลอดภัยทางจิตใจ (Psychological Safety Scale) ตามแนวคิดของ เอ็ดมอนด์สัน (Edmondson, 1999) ได้รับการตรวจสอบความตรงด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันที่มีค่าความตรงเชิงโครงสร้างที่ยอมรับได้ ($\chi^2/df = 2.25$, $SD = 142$; $RMSEA = .067$; $GFI = .94$; $CFI = .92$; $AGFI = .91$) (Bülbül et al., 2022) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ และคำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อ ใช้มาตรวัดการประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 7 ระดับ ตั้งแต่ 1-7 โดยคำถามเชิงบวก 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง และคำถามเชิงลบ 1 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผลคะแนนคิดจากคะแนนเต็ม 7 หากคะแนนมีค่าสูง หมายถึง มีความปลอดภัยทางจิตใจสูง และกำหนดเกณฑ์การแปลผลออกเป็น 3 ระดับ (Todd, 2018) คือ คะแนนเฉลี่ย 5.01-7.00 หมายถึง ระดับสูง 3.01-5.00 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 1.00-3.00 หมายถึง ระดับต่ำ

แบบวัดนี้แปลโดยผู้วิจัย โดยประยุกต์ใช้ตามแนวทางการแปลและปรับให้เข้ากับวัฒนธรรมของ บริสลิน (Brislin 1970, as cited in Phongphanngam & Lach, 2019) โดยผู้วิจัยและคณะแปลแบบวัดต้นฉบับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทยแปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ นำแบบวัดภาษาอังกฤษที่แปลย้อนกลับแล้วและแบบวัดต้นฉบับไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นเจ้าของภาษาเปรียบเทียบความสอดคล้องของเนื้อหาซึ่งพบว่า แบบวัดมีความสอดคล้องและมีความหมายถูกต้องเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ส่วนที่ 3 แบบวัดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร (The Organizational Commitment Scales) ตามแนวคิดของ อัลเลน และ เมเยอร์ (Allen & Meyer, 1990) ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดย อาริญา เสงทวีทรัพย์สิริ (Hengthaveesapsiri, 2015) มีค่าอัตราความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity ratio: CVR) = 0.80 - 1.00 และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (indexes of item - objective congruence: IOC) > .78 มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ (เป็นข้อคำถามเชิงบวก 16 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 8 ข้อ) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านจิตใจ 8 ข้อ ด้านการคงอยู่ 8 ข้อ และด้านบรรทัดฐาน 8 ข้อ ใช้มาตรวัดการประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 โดยคำถามเชิงบวก 1 คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด และ 5 คือ เห็นด้วยมากที่สุด และคำถามเชิงลบ 1 คือ เห็นด้วยมากที่สุด และ 5 คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด ผลคะแนนคิดจากคะแนนเต็ม 5 หากคะแนนมีค่าสูง หมายถึง มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรสูง โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลออกเป็น 3 ระดับ (Todd, 2018) คือ คะแนนเฉลี่ย 3.41-5.00 หมายถึงระดับสูง 2.61-3.40 หมายถึงระดับปานกลาง และ 1.00-2.60 หมายถึงระดับต่ำ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 10 คน (Hertzog, 2008) พบว่า ค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบวัดความปลอดภัยทางจิตใจได้เท่ากับ 0.82 และของแบบวัดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรได้เท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 088/2567 วันที่อนุมัติ 23 กรกฎาคม 2567 คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลลำปาง เลขที่โครงการ EC119/67 วันที่อนุมัติ 25 กันยายน 2567 และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เลขที่โครงการวิจัย 085/67 วันที่อนุมัติ 22 สิงหาคม 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยจัดทำของเอกสาร ประกอบด้วย 1) เอกสารชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ มีสิทธิแจ้งขอยุติการร่วมวิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติงาน ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างเก็บไว้เป็นความลับและถูกบันทึกไว้ในฐานข้อมูลระบบแบบสอบถามออนไลน์ มีเพียงผู้วิจัยที่เข้าถึงข้อมูลได้ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น ไม่มีการอ้างอิงหรือพาดพิงกลุ่มตัวอย่าง และนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น 2) เอกสารรหัสคิวอาร์ (QR Code) สำหรับนำเข้าสู่การทำแบบสอบถามทางออนไลน์ หากกลุ่มตัวอย่างได้สแกนรหัสคิวอาร์ เพื่อตอบกลับแบบสอบถามแสดงว่าได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตวิจัยผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย รวมทั้งขอแต่งตั้งผู้ประสานงานการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลพุทธชินราช โดยผ่านผู้ประสานงานการวิจัยที่ช่วยดำเนินการและขอความร่วมมือเพื่อเข้าร่วมวิจัยและช่วยดำเนินการในการแจกซองเอกสารชี้แจงและรหัสคิวอาร์แบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างแต่ละแผนกตามที่คำนวณไว้ ผู้วิจัยทำการติดตามการตอบกลับเมื่อครบกำหนด 2 สัปดาห์ โดยเข้าไปตรวจสอบในระบบฐานข้อมูล Google Form ได้รับการตอบกลับ 122 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 เป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 119 ชุด คิดเป็นร้อยละ 97.54

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics 25 โดยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความปลอดภัยทางจิตใจ และข้อมูลความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้การทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลความปลอดภัยทางจิตใจมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ จึงวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความปลอดภัยทางจิตใจ และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโดยใช้ค่า Spearman's rank correlation coefficient และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .01

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.28) มีอายุในช่วง 21-30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 35.30) โดยอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 36.50 ปี (SD = 9.54) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 47.06) ระดับการศึกษาสูงสุด คือปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 93.28) โดยที่ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปัจจุบันมากกว่า 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 37.82 โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 13.56 ปี (SD = 9.46) ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วย



ศัลยกรรมมากที่สุด โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในปัจจุบันมากกว่า 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 42.85) ระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 10.30 ปี (SD = 8.32)

ผลการศึกษาพบว่า ด้านความปลอดภัยทางจิตใจของพยาบาลที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตภาคเหนือ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M = 5.15$, $SD = .75$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ การอภิปรายแก้ไขปัญหาาร่วมกันในทีมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ การขอความช่วยเหลือในการปฏิบัติงานจากสมาชิกในทีม สมาชิกทีมเห็นคุณค่าและเปิดโอกาสให้นำทักษะและความสามารถพิเศษมาใช้ การสนับสนุนของสมาชิกในทีม และความกล้าคิดหรือทำหรือแสดงความคิดเห็นที่แตกต่าง ($M = 5.90$, $SD = .98$; $M = 5.78$, $SD = 1.04$; $M = 5.77$, $SD = .89$; $M = 5.67$, $SD = .84$ และ $M = 5.09$, $SD = 1.32$ ตามลำดับ) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ การยอมรับของสมาชิกในทีมเมื่อแสดงความคิดเห็นหรือทำอะไรแตกต่าง ($M = 4.13$, $SD = 1.69$) และการถูกตำหนิหรือกล่าวโทษเมื่อปฏิบัติงานผิดพลาดซึ่งมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 3.72$, $SD = 1.86$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความปลอดภัยทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม ($n = 119$)

ความปลอดภัยทางจิตใจ	M	SD	ระดับ
1. ถูกตำหนิหรือกล่าวโทษเมื่อปฏิบัติงานผิดพลาด	3.72	1.86	ปานกลาง
2. การอภิปรายแก้ไขปัญหาาร่วมกันในทีม	5.90	.98	สูง
3. การยอมรับของสมาชิกในทีมเมื่อแสดงความคิดเห็นหรือทำอะไรแตกต่าง	4.13	1.69	ปานกลาง
4. ความกล้าคิดหรือทำหรือแสดงความคิดเห็นที่แตกต่าง	5.09	1.32	สูง
5. การขอความช่วยเหลือในการปฏิบัติงานจากสมาชิกทีม	5.78	1.04	สูง
6. การสนับสนุนของสมาชิกในทีม	5.67	.84	สูง
7. สมาชิกทีมเห็นคุณค่าและเปิดโอกาสให้นำทักษะและความสามารถพิเศษมาใช้	5.77	.89	สูง
ความปลอดภัยทางจิตใจรวม	5.15	.75	สูง

ด้านความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรพบว่า ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโดยรวมของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตภาคเหนือ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.30$, $SD = .39$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด โดยด้านที่พบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านจิตใจ รองลงมา คือ ด้านบรรทัดฐาน และด้านการคงอยู่ ($M = 3.38$, $SD = .52$; $M = 3.34$, $SD = .49$ และ $M = 3.18$, $SD = .72$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม ($n = 119$)

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร	M	SD	ระดับ
ด้านจิตใจ	3.38	.52	ปานกลาง
ด้านการคงอยู่	3.18	.72	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 119) (ต่อ)

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร	M	SD	ระดับ
ด้านบรรทัดฐาน	3.34	.49	ปานกลาง
ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโดยรวม	3.30	.39	ปานกลาง

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความปลอดภัยทางจิตใจและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตภาคเหนือ ในด้านจิตใจและด้านบรรทัดฐานพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .342$ และ $r_s = .355$, $p < .01$ ตามลำดับ) ด้านความปลอดภัยทางจิตใจและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านการคงอยู่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r_s = -.029$, $p < .75$) ในขณะที่ด้านความปลอดภัยทางจิตใจและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโดยรวมพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .316$, $p < .01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่า Spearman's rank correlation coefficient ระหว่างความปลอดภัยทางจิตใจและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 119 คน)

ตัวแปร	Spearman's rank correlation (r_s)	ระดับความสัมพันธ์
	ความปลอดภัยทางจิตใจ	
ด้านความยึดมั่นผูกพันด้านจิตใจ	.342**	ปานกลาง
ด้านความยึดมั่นผูกพันด้านการคงอยู่	-.029	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านความยึดมั่นผูกพันด้านบรรทัดฐาน	.355**	ปานกลาง
ด้านความยึดมั่นผูกพันโดยรวม	.316**	ปานกลาง

** $p < .01$

การอภิปรายผล

1. ด้านความปลอดภัยทางจิตใจของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตภาคเหนือ มีความปลอดภัยทางจิตใจในระดับสูงซึ่งเป็นบรรยากาศการทำงานที่พบในทีมที่มีสมรรถนะสูง (Cauwelier, 2019) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิมีนโยบายสนับสนุนทรัพยากรในการทำงานที่เป็นระบบ นโยบายการทำงานเป็นทีมที่ชัดเจน รวมถึงแผนพัฒนาบุคลากรตาม training needs การส่งเสริมพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม มีการตรวจเยี่ยมหน่วยงานเพื่อรับทราบปัญหาหน่วยงานและโอกาสพัฒนาต่าง ๆ ตลอดจนนโยบาย 3P Safety ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้บริหารให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของบุคลากรในการทำงาน ไม่เพียงแต่ป้องกันอันตรายที่เกิดกับร่างกายเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงภาวะจิตใจของบุคลากรด้วย

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า พยาบาลที่ทำงานร่วมกันโดยมีโอกาสนหรือมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น สามารถอภิปราย ปรึกษาหาแนวทางแก้ไขร่วมกันได้ดีนั้น อาจเป็นการแสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยที่จะเรียนรู้ร่วมกัน (safe to learn) (Clark, 2020) หรือการกล้าถามเมื่อมีข้อสงสัย ตอบสนองความต้องการและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้อาจอนุมานได้ว่า พยาบาลมีความรู้สึกปลอดภัยหรือมั่นใจที่จะให้ความช่วยเหลือ (safe to contribute) (Clark, 2020) ทั้งนี้ ทีมให้การยอมรับและเปิดโอกาสให้ใช้ทักษะและความสามารถพิเศษของแต่ละคน หรืออาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.30) ของ



พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมินั้น ปฏิบัติงานมานานกว่า 10 ปีขึ้นไป ทำให้มีความสนิทสนมอีกทั้งยังมีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกัน เกิดความไว้วางใจ ร่วมมือและให้การสนับสนุนระหว่างสมาชิกทีม ซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลสูงสุดต่อความปลอดภัยทางจิตใจตามแนวคิดของ เอ็ดมอนด์สัน ประกอบกับพยาบาลส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 21-30 ปี อยู่ในช่วงเจนเนอเรชันซี (Generation Z) (Areekul, 2019) ที่เติบโตขึ้นมาพร้อมกับเทคโนโลยี คิดเร็ว ทำเร็ว มีเหตุผลมีความมั่นใจในตนเอง จึงกล้าคิดกล้าแสดงความคิดเห็น ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของบุคคลที่มีความปลอดภัยทางจิตใจสูง (Edmondson, 1999)

อย่างไรก็ตามผลวิจัยพบว่า พยาบาลรับรู้ว่าการคิดเห็นหรือการกระทำบางอย่างอาจถูกปฏิเสธจากทีม แสดงให้เห็นถึงความปลอดภัยในความท้าทายสถานะที่เป็นอยู่ (safe to challenge the status quo) (Clark, 2020) ของพยาบาลยังมีไม่มากเพียงพอ ซึ่งเป็นจุดที่เปราะบางที่สุด ที่อาจจะเพิ่มความเสี่ยงในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อาจก่อให้เกิดความไม่เข้าใจหรือความขัดแย้งขึ้นได้ (Soponpatima et al., 2023) นอกจากนี้เมื่อเกิดความผิดพลาด พยาบาลอาจกลัวการตำหนิ ลงโทษหรือผลกระทบทางกฎหมาย ซึ่งแสดงว่าพยาบาลมีการรับรู้ความปลอดภัยในการอยู่ร่วมกัน (safe to include) ยังมีน้อย อีกทั้งเมื่อปฏิบัติงานร่วมกันมาเป็นระยะเวลายาวนาน ก็อาจรู้ได้ว่าหากรายงานผลที่ผิดพลาดจะมีผลต่อผู้ที่รายงานอย่างไรบ้าง ซึ่งอาจส่งผลให้ความตั้งใจในการรายงานความผิดพลาดลดลง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพทางการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อับเบลบัม และคณะ (Appelbaum et al., 2016) ที่พบว่า ความปลอดภัยทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการรายงานความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ($r = .31, p < .01$) โดยเมื่อความปลอดภัยทางจิตใจสูงขึ้น การรายงานความผิดพลาดและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

2. ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ

ด้านความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโดยรวม

ผลวิจัยพบความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง วิเคราะห์ได้ว่าอาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านอายุและประสบการณ์ พยาบาลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 23-40 ปี (เฉลี่ย 36.50 ปี) มีระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 13.56 ปี และในหอผู้ป่วยปัจจุบัน 10.30 ปี ทำให้พยาบาลที่มีทักษะและสมรรถนะสูงกลุ่มนี้ (Benner, 1984) อาจเป็นที่ต้องการของตลาดแรงงานในภาวะที่ประเทศกำลังเผชิญกับสถานการณ์การขาดแคลนบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลให้พยาบาลมีแรงจูงใจที่ต้องการเปลี่ยนงาน (Hengthaveesapsiri, 2015) รวมไปถึงการได้รับการเสนอให้ค่าตอบแทนที่สูงขึ้น จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นอาจส่งผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลในกลุ่มนี้

ด้านจิตใจ

ผลวิจัยพบความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลรู้สึกเป็นเจ้าขององค์กรภาคภูมิใจ และพูดถึงองค์กรในด้านดี แต่ยังคงขาดความสุขในการทำงาน และมีส่วนร่วมน้อยในการตัดสินใจในเรื่องสำคัญ หากมีทางเลือกหรือข้อเสนอที่ดีกว่าจากองค์กรอื่นก็พร้อมที่จะลาออกจากองค์กรนี้ อาจเนื่องมาจากภาระงานที่หนักและความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงตามบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ

ด้านการคงอยู่

ผลวิจัยพบความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านการคงอยู่ อยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมานานคำนึงถึงผลประโยชน์ ความมั่นคง และสวัสดิการ แต่พยาบาลบางส่วนมองว่าหากตัดสินใจลาออกไม่มีผลกระทบกับชีวิต และองค์กรอื่นก็อาจจะให้ผลตอบแทนที่ทัดเทียม และในยุคดิจิทัล สื่อสังคมออนไลน์ทำให้การเข้าถึงข้อมูลง่ายขึ้น เปิดโอกาสให้พยาบาลมีทางเลือกมากขึ้นซึ่งอาจมีผลในการตัดสินใจคงอยู่หรือลาออกจากองค์กร (Preechakoon et al., 2021)



ด้านบรรทัดฐาน

ผลวิจัยพบความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านบรรทัดฐานอยู่ในระดับปานกลาง โรงพยาบาลตติยภูมิเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง มีวิสัยทัศน์ชัดเจน และปลูกฝังค่านิยมองค์กร พยาบาลรับรู้หน้าที่ความรับผิดชอบ รวมถึงภาระหน้าที่ทางจิตสำนึก รู้สึกถึงจรรยาบรรณที่ดีต่อองค์กร แต่ในขณะเดียวกันหากได้รับข้อเสนอที่ดีกว่าก็พร้อมเปลี่ยนงาน โดยมองว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องและไม่ผิดจริยธรรม ซึ่งเชื่อมโยงกับ Generation Y ที่ให้ความสำคัญกับค่าตอบแทนสูง มีแนวคิดเป็นตัวของตัวเอง มีความอดทนน้อยและคิดนอกกรอบ (Netharn et al., 2014; Taiwong & Chitpakdee, 2021)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความปลอดภัยทางจิตใจและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล ในโรงพยาบาลตติยภูมิ

ผลวิจัยพบความปลอดภัยทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโดยรวม ด้านจิตใจ และด้านบรรทัดฐาน แสดงให้เห็นว่าเมื่อพยาบาลมีความรู้สึกปลอดภัยทางจิตใจในองค์กร จึงมีแนวโน้มที่จะรู้สึกยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรมากขึ้น ทั้งในแง่ของความรู้สึกที่ต้องการอยู่ในองค์กร (ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านจิตใจ) และความรู้สึกสำนึกรับผิดชอบต่อหน้าที่และองค์กร (ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านบรรทัดฐาน) ซึ่งส่งผลให้พยาบาลมีความตั้งใจ ทุ่มเทในการทำงาน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความปลอดภัยทางจิตใจและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านการคงอยู่ ซึ่งอาจสะท้อนว่าบริบทการทำงานของพยาบาลในสภาพแวดล้อมที่มีความท้าทายสูงอย่างเช่นในโรงพยาบาลตติยภูมิ อาจมีปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลมากกว่าความปลอดภัยทางจิตใจในการตัดสินใจของพยาบาลว่าจะอยู่ในองค์กรต่อไปหรือไม่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัยทางจิตใจ โดยการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เปิดกว้าง ยอมรับในความแตกต่าง ข้อผิดพลาด และนำมาถอดเป็นบทเรียน เพื่อหาแนวทางในการป้องกันร่วมกัน หรือเพื่อลดข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตขององค์กร ควบคู่กับการพัฒนาทักษะการสื่อสารที่สร้างสรรค์ให้เกิดขึ้นในองค์กรอย่างยั่งยืน

2. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรส่งเสริมให้พยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตภาคเหนือ เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรทั้ง 3 ด้านเพิ่มขึ้นในประเด็นสำคัญ ได้แก่

2.1 ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านจิตใจ โดยการส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ที่เปิดกว้าง สร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนให้เกิดความปลอดภัยทางจิตใจ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต เช่น การจัดการความเครียด การส่งเสริมทางด้านจิตวิญญาณในสถานที่ทำงาน เปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจร่วมในเรื่องสำคัญ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้สึกว่าการหน่วยงานหรือองค์กรได้ให้ความสำคัญกับความคิดเห็นและมีความเชื่อมั่นในตัวบุคลากร รวมถึงสนับสนุนกิจกรรมที่สร้างสรรค์เพื่อเสริมสร้างความสามัคคีและความสุขในการทำงาน

2.2 ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านการคงอยู่ กำหนดนโยบายสร้างความมั่นคงทางการเงินและผลประโยชน์ สร้างระบบค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เหมาะสมกับภาระงานและสามารถแข่งขันกับองค์กรอื่นได้ เช่น เงินเดือน สวัสดิการต่าง ๆ ลดความรู้สึกไม่แน่นอนและสร้างความมั่นใจ ความเชื่อมั่นในการทำงานในองค์กรต่อไป เช่น การมีสัญญาจ้างที่ชัดเจน การกำหนดหลักเกณฑ์หรือประกาศการบรรจุเข้ารับราชการที่โปร่งใสและเป็นธรรม เป็นต้น

2.3 ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านบรรทัดฐาน โดยการเสริมสร้างการตัดสินใจที่คำนึงถึงพื้นฐานทางจริยธรรม (ethical decision-making) ช่วยให้ผู้บุคลากรคำนึงถึงผลกระทบในระยะยาวที่อาจเกิดขึ้นจากการ



กระทำหรือการตัดสินใจของตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากการตัดสินใจที่เหมาะสมจะช่วยสร้างบรรทัดฐานที่ดีและส่งผลให้
หน่วยงานมีความน่าเชื่อถือ บุคลากรเกิดความเชื่อมั่นในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความปลอดภัยทางจิตใจและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ในโรงพยาบาลสังกัดอื่น ๆ เช่น
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลชุมชน หรือศึกษาเปรียบเทียบความปลอดภัยทางจิตใจ
และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรระหว่างโรงพยาบาลตติยภูมิ และโรงพยาบาลเอกชน: กรณีศึกษาในบริบทของ
การบริหารจัดการ
2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรในโรงพยาบาลตติยภูมิ เช่น
รูปแบบภาวะผู้นำ ความสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้าและผู้ใต้บังคับบัญชา ซึ่งอาจมีผลต่อความรู้สึกในเรื่องความยึดมั่น
ผูกพันต่อองค์กรและความปลอดภัยทางจิตใจของบุคลากรในหน่วยงาน
3. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความ
ปลอดภัยทางจิตใจและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล
4. ควรศึกษาพัฒนาเครื่องมือประเมินตัวแปรด้านความปลอดภัยทางจิตใจและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร
ในบริบทของสังคมไทย

References

- Allen, J. N., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance
and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*,
63(1), 1-18. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1990.tb00506.x>
- Allen, J. N., & Meyer, J. P. (1997). *Commitment in the workplace theory, research, and
application*. Sage.
- Appelbaum, N. P., Dow, A., Mazmanian, P. E., Jundt, D. K., & Appelbaum, E. N. (2016). The effects
of power, leadership and psychological safety on resident event reporting. *Medical
Education*, 50(3), 343-350. <https://doi.org/10.1111/medu.12947>
- Areekul, C. (2019). Alternative education: The important learning model for generation alpha.
Journal of MCU Social Science Review, 8(3), 270-283. (in Thai)
- Benner, P. (1984). *Form novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*.
Addison-Wesley.
- Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. (2022). *Annual report 2022*. Buddhachinaraj Phitsanulok
Hospital.
- Bülbül, S., İşıaçık, S., & Aytaç, S. (2022). Measurement of perceived psychological safety:
Integration, review and evidences for the scale in the context of Türkiye. *Journal of
Economy Culture and Society*, 65, 15-28. <https://doi.org/10.26650/JECS2021-974757>
- Carbery, R., Garavan, T. N., O'Brien, F., & McDonnell, J. (2003). Predicting hotel managers'
turnover cognitions. *Journal of Managerial Psychology*, 18(7), 649-679. <https://doi.org/10.1108/02683940310502377>
- Cauwelier, P. (2019). Building high-performance teams through action learning. *Action Learning:
Research and Practice*, 16(1), 68-76. <https://doi.org/10.1080/14767333.2019.1562693>



- Cho, H., Steege, L. M., & Knudsen, E. N. A. (2023). Psychological safety, communication openness, nurse job outcomes, and patient safety in hospital nurses. *Research in Nursing & Health*, 46, 445-453. <https://doi.org/10.1002/nur.22327>
- Clark, T. (2020). *The 4 stages of psychological safety: Defining the path to inclusion and innovation*. Berrett-Koehler Publishers.
- Deery, M. A., & Iverson, R. D. (1996). Enhancing productivity: Intervention strategies for employee turnover. In N. Johns (Ed.), *Productivity management in hospitality and tourism*. Cassell.
- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350-383. https://web.mit.edu/curhan/www/docs/Articles/15341_Readings/Group_Performance/Edmondson%20Psychological%20safety.pdf
- Edmondson, A. C. (2002). The local and variegated nature of learning in organizations: A group-level perspective. *Organization Science*, 13(2), 128-146. <https://doi.org/10.1287/orsc.13.2.128.530>
- Hengthaveesapsiri, A. (2015). *Organizational commitment, big five personality and joy at work of nurses with organizational citizenship behavior as a mediating variable: A case study of a government university hospital*. [Master's thesis, Thammasat University]. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:91612
- 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>
- Johnson, K. (1981). Towards an understanding of labour turnover. *Services Industries Review*, 1(1), 4-17. <https://doi.org/10.1080/026420681000000002>
- Netharn, P., Cheevakasemsook, A., & Oumtane, A. (2014). Work values and organizational commitment of two generations of professional nurses in private hospitals, Bangkok Metropolis. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(2), 320-330. (in Thai)
- Phongphanngam, S., & Lach, H. W. (2019). Cross-cultural instrument translation and adaptation: Challenges and strategies. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 23(2), 170-179.
- Preechakoon, B., Molek, R., Chuwongin, D., Gongmuang, P., & Sombutboon, M. (2021). Nursing in data technology era. *The Journal of Chulabhorn Royal Academy*, 3(1), 19-39. (in Thai)
- Rattanamane, N., & Phasunon, P. (2019). Response rate in quantitative research. *Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University*, 13(3), 181-188. (in Thai)
- Smithikrai, C., & Pusapanich, P. (2017). Factors influencing work engagement and organizational commitment of Chiang Mai University staff. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 38(2), 655-667. (in Thai)
- Soponpatima, T., Vadhanasindhu, C., & Chotchakornpant, K. (2023). Psychological safety and empowerment: Literature review and proposed conceptual model for examining the antecedents and consequences. *Songklanakarin Journal of Management Sciences*, 40(1), 182-211. (in Thai)



-
- Srisatidnarakul, B. (2009). *Leadership and strategic management in nursing organization for the 21st century*. Chulalongkorn University Press: CU-eBook. (in Thai)
- Taiwong, A., & Chitpakdee, B. (2021). Generation Z registered nurses of the health system in Thailand: Challenging management strategies for nursing administrators. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 48(1), 199-209. (in Thai)
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of inter-group conflict. In W. G. Austin & S. Worchel (Eds.), *The social psychology of inter-group relations* (pp.33-47). Brooks/Cole.
- Todd, R. W. (2018). Analyzing and interpreting rating scale data from questionnaires. *rEFLections*, 14, 69–77. <https://doi.org/10.61508/refl.v14i0.114230>
- Turner, J. C., Brown, R. J., & Tajfel, H. (1979). Social comparison and group interest in ingroup favouritism. *European Journal of Social Psychology*, 9(2), 187-204. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420090207>



Safety Climate and Safety Behavior of Nurses in Regional Hospitals, Northern Region*

บรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ*

Pisanu	Singsai**	พิษณุ	สิงห์ไส**
Thitinut	Akkadechanunt***	ฐิติณัฐ	อัคคะเดชอนันต์***
Chayapha	Sanluang****	ชญภา	แสนหลวง****

Abstract

A safe climate-the environment and infrastructure in a hospital that enhances patient safety-also promotes the safety behavior of nurses. This descriptive correlational study aimed to examine safety climate, safety behavior, and the relationship between safety climate and safety behavior of nurses in regional hospitals in the Northern Region. The participants were 120 nurses in two regional hospitals in the Northern Region, selected using the multistage sampling method. The research instruments included 1) a demographic data form; 2) the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO) questionnaire; and 3) the Safety Behavior Scale (SBS). Descriptive statistics, Pearson's correlation, and Spearman's rank correlation were used to analyze the data.

The results revealed that: 1) The percentage of problematic responses regarding the overall safety climate as perceived by nurses was 17.57% (SD = 18.51). In terms of percentages of problematic responses regarding the safety climate subscales, the top three were learning, fear of blame, and fear of shame (51.11%, 22.33%, and 19.58%, respectively). 2) The safety behavior of nurses was at a high level (M = 48.44, SD = 6.60). 3) The overall safety climate was positively correlated with the safety behavior of nurses at a moderate level ($r = .311$, $p < .01$).

The findings of this study are beneficial for hospital administrators and nursing administrators to design strategies that can promote the safety climate and safety behaviors of nurses in regional hospitals in the Northern Region.

Keywords: Nurse in Regional Hospitals; Safety behavior; Safety climate

* 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;
e-mail: thitinut.a@cmu.ac.th

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

**บทคัดย่อ**

บรรยากาศความปลอดภัย เป็นสภาพแวดล้อมและโครงสร้างพื้นฐานในโรงพยาบาลที่เอื้อต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และยังมีส่วนส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลด้วย การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบรรยากาศความปลอดภัย พฤติกรรมความปลอดภัย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 120 ราย ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ 2 โรงพยาบาล เลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามบรรยากาศความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพ (PSCHO) และ 3) แบบวัดพฤติกรรมความปลอดภัย (SBS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Pearson's correlation และ Spearman's rank correlation

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยร้อยละของบรรยากาศความปลอดภัยที่เป็นปัญหาตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมเท่ากับ 17.57% (SD = 18.51) โดยบรรยากาศองค์การที่เป็นปัญหสามอันดับแรก ได้แก่ ด้านการเรียนรู้ ด้านการถูกรังแก และด้านกลัวความอับอาย (51.11%, 22.33%, และ 19.58% ตามลำดับ), 2) คะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 48.44, SD = 6.60), 3) บรรยากาศความปลอดภัยโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในระดับปานกลาง ($r = .311, p < .01$)

ผลการวิจัยนี้ เป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลในการออกแบบกลยุทธ์ที่สามารถส่งเสริมบรรยากาศความปลอดภัย และพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ

คำสำคัญ: พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ พฤติกรรมความปลอดภัย บรรยากาศความปลอดภัย

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปลอดภัยในองค์กร เป็นสิ่งที่ผู้บริหารองค์กรต้องให้ความสำคัญโดยกำหนดนโยบาย แนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน วัฒนธรรมหรือบรรทัดฐานขององค์กร ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงหรือการป้องกันเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายในองค์กร หากองค์กรมีการดำเนินการด้านความปลอดภัยจะส่งผลต่อความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมของบุคคลในองค์กร (Glendon & Stanton, 2000) องค์การอนามัยโลกได้บูรณาการแนวคิดความปลอดภัยเข้ากับแนวคิดคุณภาพโรงพยาบาล และในปี พ.ศ. 2560-2561 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.) ประเทศไทย ได้กำหนดนโยบาย 2P Safety และหลังการระบาดของโรคโควิด 19 เป็น 3P Safety กล่าวคือเพิ่มเติม People Safety คือ การไม่มีอันตรายที่ป้องกันได้ต่อประชาชนจากระบบการรักษาพยาบาลและระบบสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานตามขอบเขตหน้าที่และสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาล ทั้งนี้พยาบาลมิได้มีหน้าที่ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยอย่างเดียว พยาบาลยังต้องรับผิดชอบการดูแลบริการพยาบาลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ การที่พยาบาลมีความตระหนักรู้ และยึดมั่นหรือถือปฏิบัติในหลักการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ย่อมจะป้องกันข้อผิดพลาดในการปฏิบัติ ลดความเสี่ยง ป้องกันอันตราย และลดการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย (Vaismoradi et al., 2013) จะเห็นได้ว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ การดูแลและบริการทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐาน ทั้งหมดนี้คือ ผลลัพธ์ของพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ

จากการศึกษาของ ดิง และคณะ (Ding et al., 2017) ที่ศึกษาสาเหตุของการติดเชื้อของแผลผ่าตัดพบว่า ร้อยละ 20 ของพยาบาลสวมถุงมือผ่าตัดผิดประเภทเมื่อทำแผลผ่าตัด ไม่ล้างมือก่อนและหลังจากเสร็จสิ้นขั้นตอนการดูแลบาดแผล ทำให้ต้นทุนของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น โดยมีรายงานว่า การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (surgical site infection) มีค่าใช้จ่ายประมาณ 3.5-10 พันล้านดอลลาร์ต่อปี ในสหรัฐอเมริกา (Anderson et al., 2014) 53 ล้านเหรียญออสเตรเลียต่อปี (Coleman et al., 2010) และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มอีก 32,000 ยูโรต่อผู้ป่วยแต่ละรายที่ติดเชื้อ (Badia et al., 2017) ทั้งนี้ยังพบการศึกษาสาเหตุของการที่ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการที่ภาระงานของพยาบาลมีมากเป็นเหตุให้การทำงานเกิดข้อผิดพลาด (Vincent et al., 1998) และพบว่า การทำงานที่ถูกกดดันด้วยเวลาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมที่คำนึงถึงความปลอดภัยลดลง ส่งผลให้เกิดข้อผิดพลาดและการดูแลผู้ป่วยที่เป็นอันตราย (Reason, 1994) พฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาล จึงเป็นการทำงานหรือการปฏิบัติงานของบุคคลเพื่อปกป้องผู้ป่วยจากการได้รับอันตรายหรือส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย

พฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาล หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลเพื่อปกป้องผู้ป่วยจากการได้รับอันตรายหรือส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยพยาบาลปฏิบัติตามข้อกำหนดและมาตรฐานด้านความปลอดภัย รวมถึงการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ การบันทึกทางการพยาบาล และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ (Shih et al., 2008) โดยพฤติกรรมความปลอดภัยพัฒนามาจากแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีผลการปฏิบัติงาน (theory of work performance) ของ บอร์แมน และ โมโตวิดโล (Borman & Motowidlo, 1993) ที่ประกอบด้วยสองมิติ คือ ผลปฏิบัติงานตามงานที่ได้รับมอบหมาย (task performance) และผลการปฏิบัติงานตามบริบทงาน (contextual performance) ต่อมา นีล และ กริฟฟิน (Neal & Griffin, 2002) ได้พัฒนาแนวคิดพฤติกรรมความปลอดภัย (safety performance) ต่อจากทฤษฎีการปฏิบัติงาน จากนั้น ในปี ค.ศ. 2008 ชิ และคณะ (Shih et al., 2008) ได้พัฒนาแนวคิดและเครื่องมือประเมินพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลจากแนวคิดด้านการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยขององค์กร (safety compliance) โดยให้นิยามของพฤติกรรมความปลอดภัยว่า เป็นการกระทำหรือการดำเนินการของพยาบาลเพื่อปกป้องผู้ป่วยจากการได้รับ

บรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ

อันตรายหรือส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในปี ค.ศ. 2008 ชิ และคณะ (Shih et al., 2008) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยของบุคลากรด้านการแพทย์ในหออกรงฉุกเฉินของศูนย์การแพทย์ในประเทศไต้หวัน โดยใช้เครื่องมือที่นักวิจัยพัฒนาขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ต่อมาเมื่อผู้วิจัยนำแนวคิดพฤติกรรมความปลอดภัยในพยาบาลวิชาชีพที่ใช้เครื่องมือที่พัฒนามาจาก ชิ และคณะ (Shih et al., 2008) ไปดัดแปลงประเมินพฤติกรรมความปลอดภัยต่อเนื่องหลายงานวิจัย ได้แก่ หลิว และคณะ (Liu et al., 2022) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมความปลอดภัย คุณภาพการส่งมอบและการรับรู้ความเสี่ยงของพยาบาลจิตเวชในประเทศจีน มา และคณะ (Ma et al., 2023) ได้ทำการศึกษาความผูกพันในการทำงานและพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลในโรงพยาบาลเฉพาะทางมะเร็ง จาง และคณะ (Zhang et al., 2023) ได้ศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยและความสำเร็จการศึกษาใหม่ของพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน และ เดอ อาราอูโจ และคณะ (de Araujo et al., 2024) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการรับส่งเวรทางการพยาบาลและพฤติกรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลแห่งชาตีกีดู วลาดาเรส ติมอร์-เลสเต ซึ่งทั้ง 5 งานวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ซึ่งงานวิจัยทั้งหมดเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเฉพาะทาง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลในระดับที่แตกต่างกันไปตามบริบทของโรงพยาบาลในแต่ละประเทศ อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย

ในปี ค.ศ 2002 นีล และ กริฟฟิน (Neal & Griffin, 2002) ได้อธิบายว่า เมื่อบุคคลประเมินคุณลักษณะของบรรยากาศความปลอดภัยว่ามีคุณค่าและมีความสำคัญต่อสุขภาวะของตนเองและผู้ป่วย บุคลากรจะมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติตามนโยบาย ขั้นตอน และแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยขององค์กรเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของตนเองและปกป้องผู้ป่วยจากการได้รับอันตราย จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาล พบการศึกษาของ ชิห์ และคณะ (Shih et al., 2008) ที่ศึกษาพบว่า บรรยากาศความปลอดภัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัย ($r = 0.47, p = 0.01$) นอกจากนี้ โซ และ ลี (Seo & Lee, 2022) ได้ทำการศึกษาบรรยากาศความปลอดภัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปประเทศเกาหลีใต้ ผลการศึกษาพบว่า บรรยากาศความปลอดภัยมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยของผู้ป่วย ($\beta = 0.27, p < 0.001$)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบ 2 งานวิจัย ได้แก่ รักษ์สุตา ชูศรีทอง และคณะ (Chusritthong et al., 2020) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า บรรยากาศความปลอดภัยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาล ($\beta = .186, p < .001$) และ อัจฉรา นบอบ และคณะ (Nopnab et al., 2022) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการให้ยาเคมีบำบัดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า บรรยากาศความปลอดภัยในการให้ยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการให้ยาเคมีบำบัดของพยาบาล ($r = 0.45, p < .001$) จากการงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นที่ทำการศึกษาในหลายประเทศ โดยใช้เครื่องมือในการประเมินบรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยที่แตกต่างกัน สะท้อนให้เห็นว่า บรรยากาศความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาล

บรรยากาศความปลอดภัย หมายถึง การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมและการจัดระเบียบโครงสร้างพื้นฐานในโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Singer et al., 2007) ซึ่งบรรยากาศความปลอดภัยขององค์กรจะ



บรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ

ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ระดับ ได้แก่ 1) ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ ความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูงในการจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเข้าใจปัญหาด้านความปลอดภัยในองค์กรอย่างถูกต้อง การบริหารจัดการทรัพยากรในองค์กรเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และภาพรวมของการมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ 2) ปัจจัยระดับหน่วยงาน ได้แก่ บรรทัดฐานความปลอดภัยของหน่วยงาน และการสนับสนุนถึงความพยายามในการจัดการความปลอดภัย การดำเนินการทั้ง 2 อย่างนี้อย่างจริงจังจึงจะสามารถสร้างบรรยากาศความปลอดภัยให้เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย 3) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ มิติด้านอารมณ์เชิงลบและเชิงบวกที่เกี่ยวข้องกับบรรยากาศความปลอดภัยของผู้ป่วย มิติเชิงลบ มีการอธิบายว่าเมื่อบุคคลเกิดความกลัวความอับอาย (fear of shame) บุคคลจะรู้สึกกลัวหรือกังวลในการที่จะขอความช่วยเหลือในสถานการณ์วิกฤติที่เผชิญและการกลัวการถูกตำหนิ (fear of blame) การรับรู้ของบุคคลเมื่อถูกเปิดเผยว่าตัวเองทำงานผิดพลาด สำหรับมิติด้านบวก ได้แก่ การเรียนรู้ (learning) ที่จะช่วยส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับความเสี่ยง ความปลอดภัย ซึ่งปัจจัยทั้งสามระดับจะช่วยให้เกิดการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย (provision of safe care) โดยบรรยากาศความปลอดภัยมีความสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมทำให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัยในพยาบาลและโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและมาตรฐานส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับบรรยากาศความปลอดภัยในบริบทองค์กรสุขภาพที่ใช้แบบประเมินบรรยากาศความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพ (PSCHO) ที่พัฒนาโดย ซิงเกอร์ และคณะ (Singer et al., 2007) พบว่า มีการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้ ซิงเกอร์ และคณะ (Singer et al., 2009) ได้ทำการศึกษาด้านบรรยากาศความปลอดภัยของผู้ป่วยใน 92 โรงพยาบาลของสหรัฐอเมริกา โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละของบรรยากาศองค์กรที่เป็นปัญหาของพื้นที่การทำงานและการรับรู้ของวิชาชีพต่าง ๆ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของร้อยละของบรรยากาศองค์กรที่เป็นปัญหาโดยรวมตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเท่ากับ 19.0 โจว และคณะ (Zhou et al., 2018) ได้ทำการศึกษาด้านบรรยากาศความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐบาลในประเทศจีนในผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์ และพยาบาลจำนวน 4,753 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยร้อยละของบรรยากาศองค์กรที่เป็นปัญหาตามการรับรู้ของพยาบาลโดยรวมเท่ากับ 8.83 เอเรร์รา และ กิราร์เดลโล (Herrera & Guirardello, 2023) ได้ศึกษาด้านบรรยากาศความปลอดภัยของผู้ป่วย คุณภาพการดูแล และความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศบราซิล ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพยาบาลวิชาชีพจำนวน 982 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของร้อยละของบรรยากาศองค์กรที่เป็นปัญหาตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมเท่ากับ 23.53 จากการศึกษาทั้ง 3 งานวิจัย ที่ใช้เครื่องมือประเมินบรรยากาศความปลอดภัยขององค์กรเครื่องมือเดียวกัน และทำการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ค่าเฉลี่ยร้อยละของบรรยากาศองค์กรที่เป็นปัญหาตามการรับรู้ของพยาบาลมีความแตกต่างกันตามประเภท ลักษณะของโรงพยาบาล และสถานการณ์ในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย

โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีขีดความสามารถระดับตติยภูมิ (tertiary care) ได้ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) และมุ่งเน้นหลักการขับเคลื่อน 3P Safety เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จากรายงานประจำปีของโรงพยาบาลนครพิงค์ ในปี 2563–2565 พบว่า จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้เลือดและหรือส่วนประกอบเลือดในผู้ป่วยพบทั้งหมด 8 ราย อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (จำนวนครั้งต่อ 1,000 วัน ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ) 8.48, 7.05, และ 7.86 อัตราการพลัดตกหกล้ม (จำนวนครั้งต่อ 1,000 วัน ผู้ป่วยนอน) 0.40, 0.31 และ 0.24 และอัตราความผิดพลาดจากการให้ยาและสารน้ำ (ไม่เกิน 5 ต่อ 1000 วันนอน) 4.44, 3.91 และ 2.81 จากรายงานประจำปี 2565 ของโรงพยาบาลลำปาง พบว่า



บรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ

การรายงานความเสียระดับ Near miss (ครั้ง) เพิ่มขึ้น จากจำนวน 501 ครั้ง ในปี 2563 เป็น 512 ครั้งในปี 2565 และยังพบการรายงานความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา (ครั้ง/พันวันนอน) ปี 2563-2565 คือ 0.63, 0.96 และ 0.46 ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบรายงานผู้ป่วยไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาพบบัตราการให้ยาผิดพลาด จำนวน (ครั้ง/พันวันนอน) 2.34 ในปี 2565

จากข้อมูลอุบัติการณ์ความเสียและอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีพฤติกรรมความปลอดภัย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาบรรยากาศความปลอดภัย พฤติกรรมความปลอดภัย และความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ โดยคาดหวังว่า ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการจัดการบรรยากาศองค์กร และส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาล อันจะส่งผลให้อุบัติการณ์ความเสียลดลง และผู้ป่วยปลอดภัยในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบรรยากาศความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคเหนือ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคเหนือ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัย ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคเหนือ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

บรรยากาศความปลอดภัยตามแนวคิดของ ซิงเกอร์ และคณะ (Singer et al., 2007) ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในองค์กร และการจัดระเบียบโครงสร้างพื้นฐานในองค์กรเพื่อความปลอดภัย ประกอบด้วย 9 ด้าน คือ 1) ความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูง 2) ทรัพยากรขององค์กรเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 3) ภาพรวมที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัย 4) มาตรฐานความปลอดภัยของหน่วยงาน 5) การรับรู้และการสนับสนุนด้านความปลอดภัยของหน่วยงาน 6) กลัวความอับอาย 7) กลัวการถูกตำหนิ 8) การเรียนรู้ และ 9) การจัดให้มีการดูแลที่ปลอดภัย สำหรับพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลตามแนวคิดของ ชิห์ และคณะ (Shih et al., 2008) หมายถึง การปฏิบัติ หรือการดำเนินการของพยาบาลเพื่อปกป้องผู้ป่วยจากการได้รับอันตรายหรือส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการที่พยาบาลปฏิบัติตามข้อกำหนด และมาตรฐานด้านความปลอดภัย รวมถึงการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ การบันทึกทางการแพทย์และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่ง นีล และ กริฟฟิน (Neal & Griffin, 2002) ได้อธิบายโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยว่า เมื่อองค์กรมีการจัดโครงสร้างและสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน จะทำให้บุคลากรมีความรู้และทักษะในการที่จะปฏิบัติตามนโยบาย ขั้นตอน และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัย ซึ่งหมายถึงการที่บุคลากรจะสามารถแสดงพฤติกรรมในการทำงานที่ปลอดภัยเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของตนเอง และปกป้องผู้ป่วยจากการได้รับอันตราย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study)

บรรยาภาสความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ จำนวน รวม 5,211 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ที่มีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง ในงานการพยาบาลต่าง ๆ เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ลาศึกษาต่อ ลาป่วย หรือลากิจ และ/หรือ ลาคลอดในระหว่างการเก็บข้อมูล

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจ (power analysis) สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (correlation) โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.3 ซึ่งเป็นขนาดระดับปานกลาง ค่าระดับนัยสำคัญ (ค่า α) = 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of the test) = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน และเพื่อป้องกันการได้แบบสอบถามกลับคืนไม่ครบหรือไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการเก็บข้อมูลทั้งหมดเท่ากับ 138 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น (multistage sampling) โดยเริ่มต้นจากการสุ่มโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนบนและตอนล่างเขตละ 1 โรงพยาบาล โดยกำหนดขนาดตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของประชากรเขตภาคเหนือตอนบนที่สุ่มได้ คือ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 71 คน และโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนล่างสุ่มได้ คือ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 67 คน จากนั้นทำสุ่มตัวอย่างกลุ่มงานการพยาบาลทั้ง 2 โรงพยาบาล และจับสลากรายชื่อพยาบาลวิชาชีพจากกลุ่มงานการพยาบาลทั้ง 2 โรงพยาบาล ตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน 2) ข้อมูลลักษณะการทำงาน ได้แก่ หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ การปฏิบัติงานและการอบรมหรือประชุมวิชาการเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัย ลักษณะคำถาม เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินบรรยาภาสความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพ (The Patient Safety Climate in Healthcare Organizations: PSCHO) ที่ผู้วิจัยแปลย้อนกลับจากเครื่องมือของ ซิงเกอร์ และคณะ (Singer et al., 2007) จำนวนรวม 38 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 9 ด้าน โดยข้อคำถามทั้งหมดเป็นมาตราวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ การแปลผลคะแนนของบรรยาภาสความปลอดภัยถูกคำนวณร้อยละของข้อที่ตอบ 1 คะแนน และ 2 คะแนน สำหรับมิติบวก คะแนนข้อมิติดลบจะคิดข้อที่ตอบ 4 คะแนน และ 5 คะแนน โดยร้อยละที่คำนวณได้จะแสดงถึงบรรยาภาสความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กรที่เป็นปัญหา (problematic response)

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมความปลอดภัย (Safety Behavior Scale: SBS) ที่ผู้วิจัยแปลย้อนกลับจากเครื่องมือของ ชีห์ และคณะ (Shih et al., 2008) ประกอบด้วยข้อคำถามพฤติกรรมความปลอดภัยจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะให้เลือกตอบ 6 ตัวเลือก โดยให้เลือกตามการรับรู้ของผู้ตอบ การแปลผลระดับพฤติกรรมความปลอดภัย คะแนนโดยรวมอยู่ระหว่าง 10 ถึง 60 โดยคะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงระดับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพยาบาลที่สูงขึ้น คะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง (43.35-60.00) ปานกลาง (26.68-43.34) และต่ำ (10.00-26.67) (Polit & Beck, 2017)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมความปลอดภัย และแบบประเมินบรรยาภาสความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพ ทดสอบความตรงของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) โดยผู้พัฒนาเครื่องมือ ผู้วิจัยได้แปลเครื่องมือทั้งสองด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ

**บรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ**

โดยไม่ได้มีการดัดแปลงตามขั้นตอนของ บริสลิน (Brislin, 1970) ก่อนนำเครื่องมือฉบับภาษาไทยไปตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลนครพิงค์ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.81 และ 0.85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 084/2567 วันที่อนุมัติ 11 กรกฎาคม 2567 การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ 115/2567 วันที่อนุมัติ 26 กรกฎาคม 2567 และการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ 092/2567 วันที่อนุมัติ 21 สิงหาคม 2567 จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ระยะเวลา รายละเอียดในการเก็บข้อมูลวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจยินยอมหรือไม่ยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย สามารถขอถอนตัวจากการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการศึกษา การรักษาข้อมูลเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมของการศึกษาที่นำมาใช้เป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ไม่มีการเผยแพร่ให้เกิดผลเสียหายใด ๆ แก่กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว 2 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการงานวิจัยผ่านการรับรองจากกรรมการจริยธรรม และได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินบรรยากาศความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมความปลอดภัย โดยผู้วิจัยติดต่อผู้ประสานงานการเก็บข้อมูลในการแจกและเก็บแบบสอบถามในแต่ละหน่วยงาน และได้ชี้แจงผู้ประสานงานถึงวิธีการแจกแบบสอบถามตามรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ กำหนดเวลาทำแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ ส่งคืนให้ผู้ประสานงานโดยใส่ซองปิดผนึก จากนั้นผู้วิจัยไปรับคืนแบบสอบถามจากผู้ประสานงานด้วยตนเอง นำแบบสอบถามที่ได้รับมาตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูลพบว่า แบบสอบถามได้รับคืนมา 138 ฉบับ (ร้อยละ 100) มีความสมบูรณ์ จำนวน 120 ฉบับ (ร้อยละ 86.96)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล บรรยากาศความปลอดภัย และพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์บรรยากาศความปลอดภัยโดยใช้ค่าเฉลี่ยร้อยละของบรรยากาศองค์การที่เป็นปัญหา (problematic response %) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคำตอบที่เป็นปัญหา (problematic response %) สำหรับการหาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศความปลอดภัย และพฤติกรรมความปลอดภัย วิเคราะห์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลโดย Kolmogorov-smirnov test พบว่า การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติและไม่เป็นโค้งปกติ โดยกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติวิเคราะห์โดยใช้ Pearson's product moment correlation coefficient และการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ วิเคราะห์โดยใช้ Spearman rank difference method แปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับสูง ($\pm > 0.50$) ระดับปานกลาง ($\pm 0.30 - 0.50$) และระดับต่ำ ($\pm < 0.3$) (Burns & Grove, 2005)



บรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงร้อยละ 98.33 และเพศชายร้อยละ 1.67 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 37.18 ปี (SD = 9.64) อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 23 ปี และมากที่สุดเท่ากับ 60 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.17 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 95.00 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 3.36 ปี (SD = 1.63) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 11 ปีขึ้นไป จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.00 ปฏิบัติงานอยู่ในการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.33 จำนวนครั้งที่ได้เข้ารับการอบรม/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยเฉลี่ย 2.43 ครั้ง/ปี (SD = 2.92)

2. ค่าเฉลี่ยร้อยละของบรรยากาศความปลอดภัยที่เป็นปัญหาโดยรวม ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 17.57% (SD = 18.51) โดยด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูง ด้านทรัพยากรขององค์กรเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านภาพรวมที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัย ด้านมาตรฐานความปลอดภัยของหน่วยงาน ด้านการรับรู้และการสนับสนุนด้านความปลอดภัยของหน่วยงาน ด้านกลัวความอับอาย ด้านกลัวการถูกตำหนิ ด้านการเรียนรู้ และด้านการจัดการดูแล มีค่าเฉลี่ยร้อยละของบรรยากาศองค์กรที่เป็นปัญหา เท่ากับ 7.86% (SD = 10.67), 16.67% (SD = 21.91), 11.39% (SD = 8.51), 3.10% (SD = 4.71), 19.58% (SD = 16.62), 22.33% (SD = 28.31), 12.22% (SD = 51.11), 51.11% (SD = 15.15) และ 13.89% (SD = 14.82) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยร้อยละของบรรยากาศความปลอดภัยขององค์กรที่เป็นปัญหา (PPR) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบรรยากาศความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้านแต่ละด้าน (n = 120)

ปัจจัย	บรรยากาศความปลอดภัย	ค่าเฉลี่ยร้อยละของ บรรยากาศองค์กรที่เป็น ปัญหา (PPR) (%)	SD
องค์กร	1. ด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูง	7.86	10.67
	2. ด้านทรัพยากรขององค์กรเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	16.67	21.91
	3. ด้านภาพรวมที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัย	11.39	8.51
หน่วยงาน	4. ด้านมาตรฐานความปลอดภัยของหน่วยงาน	3.10	4.71
	5. ด้านการรับรู้และการสนับสนุนด้านความปลอดภัยของ หน่วยงาน	19.58	16.62
บุคคล	6. ด้านกลัวความอับอาย	22.33	28.31
	7. ด้านกลัวการถูกตำหนิ	12.22	51.11
	8. ด้านการเรียนรู้	51.11	15.15
อื่น ๆ	9. ด้านการจัดการดูแล	13.89	14.82
บรรยากาศความปลอดภัยที่เป็นปัญหาโดยรวม		17.57	18.51



บรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ

3. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 48.44$, $SD = 6.60$)
ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของและระดับของพฤติกรรมความปลอดภัยของของพยาบาล
วิชาชีพ ($n = 120$)

พฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ	M	SD	ระดับ
พฤติกรรมความปลอดภัยโดยรวม	48.44	6.60	สูง
1. ฉันให้ความสนใจกับเพื่อนร่วมงานที่ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบด้านความปลอดภัยหรือตามคู่มือปฏิบัติงาน	4.10	1.23	
2. ฉันมุ่งมั่นที่จะส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงาน	5.22	0.77	
3. ฉันตระหนักถึงความปลอดภัยเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ดุลพินิจขณะปฏิบัติงาน	5.11	0.75	
4. ฉันพยายามจะมีสุขภาพจิตและร่างกายที่พร้อมสำหรับการทำงาน	5.02	0.87	
5. ฉันศึกษาคู่มือปฏิบัติงานหรือกฎระเบียบความปลอดภัยก่อนปฏิบัติงาน	4.63	0.86	
6. ฉันจำบทเรียนที่ได้รับจากอุบัติเหตุในอดีตซึ่งจะป้องกันอุบัติเหตุไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำในการปฏิบัติงานแบบเดียวกันอีก	5.27	0.84	
7. เมื่อบุคคลในที่ทำงานไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบด้านความปลอดภัย ฉันยังคงให้ความสนใจกับพฤติกรรมของผู้ร่วมงานคนนั้น ถึงแม้ว่าบุคคลนั้นจะเป็นผู้บริหาร	4.55	1.03	
8. ฉันปฏิบัติตามข้อกำหนดที่ระบุในกฎระเบียบด้านความปลอดภัยหรือคู่มือปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวัง	5.14	0.77	
9. ฉันสามารถปฏิบัติงานโดยไม่ให้มีประวัติเกี่ยวกับอุบัติเหตุในการทำงาน	4.45	1.83	
10. ฉันจะสอบถามผู้บังคับบัญชาเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำงาน	4.95	0.96	

4. บรรยากาศความปลอดภัยของพยาบาลที่เป็นปัญหาโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพระดับปานกลาง ($r = .311$, $p < .01$) โดยมีด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพระดับปานกลาง ($r = .393$, $p < .01$) ด้านทรัพยากรขององค์กรเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพระดับต่ำ ($r = .275$, $p < .01$) ด้านภาพรวมที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพระดับต่ำ ($r = .279$, $p < .01$) ด้านมาตรฐานความปลอดภัยของหน่วยงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพระดับปานกลาง ($r = .457$, $p < .001$) ด้านการจัดให้มีการดูแลที่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพระดับปานกลาง ($r = .339$, $p < .01$) และด้านกลัวความอับอายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพระดับต่ำ ($r = -.295$, $p < .01$)
ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของบรรยากาศความปลอดภัย และพฤติกรรมความปลอดภัยของ
พยาบาลวิชาชีพ (n = 120)

บรรยากาศความปลอดภัย	พฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	ระดับ
ด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูง	.393(r)	.01**	ปานกลาง
ด้านทรัพยากรขององค์กรเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	.275(r _s)	.01**	ต่ำ
ด้านภาพรวมที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัย	.279(r _s)	.01**	ต่ำ
ด้านมาตรฐานความปลอดภัยของหน่วยงาน	.457(r)	.01**	ปานกลาง
ด้านกลัวความอับอาย	-.295(r _s)	.01**	ต่ำ
ด้านการจัดการดูแล	.339(r _s)	.01**	ปานกลาง
บรรยากาศความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ	.311	.01**	ปานกลาง

**p value < .01

หมายเหตุ r วิเคราะห์โดยใช้ Pearson's product moment correlation coefficient

r_s วิเคราะห์โดยใช้ Spearman rank difference method

การอภิปรายผล

บรรยากาศความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ

จากผลการศึกษาพบว่า บรรยากาศความปลอดภัยโดยรวมมีค่าเฉลี่ยร้อยละของบรรยากาศองค์กรที่เป็นปัญหา (PPR) 17.57% (SD = 18.51) เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในพยาบาลที่ผ่านมาพบว่า ค่าเฉลี่ยร้อยละของบรรยากาศองค์กรที่เป็นปัญหาสูงกว่างานวิจัยของ โจว และคณะ (Zhou et al., 2018) ที่ทำการศึกษาด้านบรรยากาศความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐบาลในประเทศไทยจีน ทั้งนี้เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลแตกต่างกัน การศึกษานี้ได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นโรงพยาบาลประจำภูมิภาคที่มีขีดความสามารถระดับตติยภูมิ ที่มีการดูแลผู้ป่วยที่มีภาระงานหนัก อาการวิกฤติ ยุ่งยากซับซ้อน ต้องการการรักษาที่ต้องใช้เทคโนโลยีทันสมัยเฉพาะโรค การรับรู้บรรยากาศความปลอดภัยขึ้นอยู่กับพื้นที่การทำงาน พื้นที่ที่มีความซับซ้อนและอันตรายสูงจะก่อให้เกิดความท้าทายด้านความปลอดภัยมากขึ้น (Sexton et al., 2006) ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บรรยากาศความปลอดภัยที่เป็นปัญหาสูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไปที่บริบทอาจจะซับซ้อนน้อยกว่าโรงพยาบาลศูนย์

ผลการวิจัยครั้งนี้กลับพบว่า ค่าเฉลี่ยร้อยละของบรรยากาศองค์กรที่เป็นปัญหาลดต่ำกว่าการวิจัยของ ซิงเกอร์ และคณะ (Singer et al., 2009) และ เอเรร์รา และ กิราร์เดลโล (Herrera & Guirardello, 2023) ทั้งนี้เนื่องจาก ซิงเกอร์ และคณะ (Singer et al., 2009) ได้ทำการศึกษาด้านบรรยากาศความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (73.7%) และเป็นการศึกษาในพื้นที่การทำงานที่มีความเสี่ยงอันตรายและซับซ้อนของโรคและการศึกษาของ เอเรร์รา และ กิราร์เดลโล (Herrera & Guirardello, 2023) ทำการศึกษาในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิดที่บุคลากรต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีเจ้าหน้าที่ อุปกรณ์ และมาตรการป้องกันส่วนบุคคลไม่เพียงพอ (Herrera & Guirardello, 2023) จึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยร้อยละของบรรยากาศองค์กรที่เป็นปัญหาสูง และผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษาในแต่ละด้านตามค่าเฉลี่ยร้อยละของบรรยากาศองค์กรที่เป็นปัญหาสูง

บรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ

เป็นปัญหาสามอันดับแรกสุดตามลำดับ ดังนี้

1. ด้านการเรียนรู้ พบว่า มีค่าเฉลี่ยร้อยละของบรรยากาศองค์กรที่เป็นปัญหาเท่ากับ 51.11% (SD = 15.15) สูงที่สุด (ตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาศง โจว และคณะ (Zhou et al., 2018) และ เอเรร์รา และ กิราร์เดลโล (Herrera & Guirardello, 2023) พบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า 2 การศึกษานี้ อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลศูนย์ยังได้จัดการฝึกอบรมด้านคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อสร้างความตระหนักและรับรู้ให้แก่บุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล โดยในปี 2566-2567 โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้จัดการประชุมอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัย 3 ครั้งต่อปี สำหรับโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกจัดการประชุมอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัย 3 ครั้งต่อปี อาจจะเพียงพอต่อการสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านความปลอดภัยและคุณภาพของบุคลากรในองค์กร ซึ่งใกล้เคียงกับการที่กลุ่มตัวอย่างได้เข้ารับการอบรม/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยเฉลี่ย 2.43 ครั้ง/ปี (SD = 2.92)

2. ด้านกลัวความอับอาย พบว่า มีค่าเฉลี่ยร้อยละของบรรยากาศองค์กรที่เป็นปัญหาเท่ากับ 22.33 % (SD = 28.31) (ตารางที่ 1) ซึ่งพบว่า สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาของ ซิงเกอร์ และคณะ (Singer et al., 2009), เอเรร์รา และ กิราร์เดลโล (Herrera & Guirardello, 2023) และ โจว และคณะ (Zhou et al., 2018) ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัวความอับอาย บุคคลจะรู้สึกกลัวหรือกังวลในการที่จะขอความช่วยเหลือในสถานการณ์วิกฤติที่เผชิญและอาจส่งผลเสียต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และการกลัวการถูกตำหนิเมื่อตัวเองทำงานผิดพลาด การที่พยาบาลรับรู้ว่ามีบรรยากาศพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์เป็นปัญหาอาจเกิดจากวัฒนธรรมการทำงานเกี่ยวกับการรายงานการความผิดพลาดหรืออุบัติการณ์ปลอดภัยตามความเป็นจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซิงเกอร์ และคณะ (Singer et al., 2007) ที่ระบุว่าบุคลากรที่ขาดความกล้าที่จะรายงานอุบัติการณ์เพราะกลัวการถูกลงโทษและกลัวความอับอาย

3. ด้านการรับรู้และการสนับสนุนด้านความปลอดภัยของหน่วยงาน พบว่า มีค่าเฉลี่ยร้อยละของบรรยากาศองค์กรที่เป็นปัญหาเท่ากับ 19.58 % (SD = 16.62) (ตารางที่ 1) ซึ่งต่ำกว่าผลการศึกษาศง ซิงเกอร์ และคณะ (Singer et al., 2009) และ เอเรร์รา และ กิราร์เดลโล (Herrera & Guirardello, 2023) ทั้งนี้อธิบายว่า โรงพยาบาลพุทธชินราชได้รับการรับรองคุณภาพการพยาบาลแห่งชาติตามมาตรฐาน NQA และโรงพยาบาลนครพิงค์ ได้รับการรับรองคุณภาพครั้งที่ 3 จึงมีการจัดทำมาตรฐานด้านความปลอดภัยในทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลตามที่ระบุในข้อกำหนดของ NQA และ HA เพื่อพัฒนามาตรฐานการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลและบุคลากรทุกคนต้องรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการ แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้กลับสูงกว่าการศึกษาของ โจว และคณะ (Zhou et al., 2018) อาจเนื่องจากการสนับสนุนของหน่วยงานด้านความปลอดภัยยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีบรรยากาศความปลอดภัยด้านนี้เป็นปัญหา

พฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ

จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง (M = 48.44, SD = 6.60) (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคเหนือให้ความสำคัญและปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เนื่องจากโรงพยาบาลทั้งสองได้จัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานให้บุคลากรปฏิบัติตามอย่างชัดเจน ทั้งมีจัดการประชุมอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในแผนยุทธศาสตร์ 3 ครั้งต่อปี จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักและรับรู้ว่าตนเองมีความมุ่งมั่นที่จะส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลแห่งชาติคิว วาเลตาเรส ดิมอร์-เลสเต (de Araujo et al., 2024) และผลการศึกษายังเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาในประเทศจีนที่ศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยของบุคลากร



บรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ

ทางการแพทย์ในแผนกฉุกเฉิน (Shih et al., 2008) พฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลในโรงพยาบาลมะเร็ง (Ma et al., 2023) พฤติกรรมความปลอดภัย พยาบาลจิตเวช (Liu et al., 2022) ที่พบว่า การรับรู้พฤติกรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน อาจเนื่องจากการเป็นนักศึกษาในโรงพยาบาล หรือแผนกที่มีความซับซ้อน และพยาบาลมีความเสี่ยงสูงในการดูแลผู้ป่วยเช่นเดียวกัน

จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากถึงร้อยละ 98.33 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95) และร้อยละ 40.00 มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 11 ปี ซึ่งกลุ่มนี้ถือว่าเป็นพยาบาลที่จัดอยู่ในระดับผู้เชี่ยวชาญ (expert) (Benner, 1984) จะรับรู้ความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และสามารถจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉินที่มากขึ้น (Lampert, 1974) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หลิว และคณะ (Liu et al., 2022) ก็พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างอายุการทำงานของพยาบาลและพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพยาบาล ($p < 0.05$) สำหรับผลการศึกษาที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยในระดับสูง ($M = 48.44$, $SD = 6.60$) (ตารางที่ 3) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ จาง และคณะ (Zhang et al., 2023) ที่พบว่า พฤติกรรมความปลอดภัยของผู้สำเร็จการศึกษาใหม่หรือผู้ที่มีประสบการณ์น้อยในประเทศจีนมีพฤติกรรมความปลอดภัยในระดับสูง 55.35 ($SD = 5.46$) อาจเนื่องจากพบว่า พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยได้รับการฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาหนึ่งปีก่อนที่จะเข้าทำงาน (Zhang et al., 2023) อาจทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย และมีการรับรู้ที่สูงขึ้นเมื่อเริ่มปฏิบัติงานการพยาบาล

ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ

จากผลการศึกษาพบว่า บรรยากาศความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 4) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เมื่อพยาบาลรับรู้บรรยากาศความปลอดภัยในระดับสูงจะมีพฤติกรรมความปลอดภัยในระดับสูงเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับโมเดลของ นีล และคณะ (Neal et al., 2000) ที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยว่าการรับรู้เกี่ยวกับค่านิยมในการบริหารจัดการ การสื่อสารด้านความปลอดภัย แนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัย การฝึกอบรมด้านความปลอดภัย และอุปกรณ์ด้านความปลอดภัย เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดบรรยากาศความปลอดภัยในองค์กร เมื่อบุคลากรรับรู้หรือมีความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจ จากการที่มีบรรยากาศองค์กรที่ดีเขาจะปฏิบัติตามกฎระเบียบด้านความปลอดภัยหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านความปลอดภัย

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปัจจัยรายด้านของบรรยากาศความปลอดภัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยของบุคลากรในระดับปานกลาง ได้แก่ บรรยากาศความปลอดภัยด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูง ($r = .393$, $p < .01$) ด้านทรัพยากรขององค์กรเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ($r = .299$, $p < .01$) ด้านมาตรฐานความปลอดภัยของหน่วยงาน ($r = .457$, $p < .01$) ด้านภาพรวมที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัย ($r = .289$, $p < .01$) และด้านการจัดให้มีการดูแลที่ปลอดภัย ($r = .299$, $p < .01$) แสดงให้เห็นว่าความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูง ทรัพยากรขององค์กรเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มาตรฐานความปลอดภัยของหน่วยงาน การให้ความสำคัญกับความปลอดภัย และการจัดให้มีการดูแลที่ปลอดภัยเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้พยาบาลมีพฤติกรรมความปลอดภัยในระดับสูงเช่นเดียวกัน ซึ่งในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือเป็นโรงพยาบาลที่มีการจัดการด้านความปลอดภัยตามมาตรฐาน 3P Safety จึงส่งผลให้ต้องมีการดำเนินการด้านความปลอดภัยในทุกมิติ

สำหรับด้านกลัวความอับอาย ($r = -.295$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบพฤติกรรมความปลอดภัยได้สามารถอธิบายตามแนวคิดของ ซิงเกอร์ และคณะ (Singer et al., 2007) ว่าเมื่อบุคคลเกิดความกลัวความอับอาย



บรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ

บุคคลจะรู้สึกกลัวหรือกังวลในการที่จะขอความช่วยเหลือในสถานการณ์วิกฤติที่เผชิญและอาจส่งผลเสียต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจจะอธิบายสาเหตุของการกลัวความอับอายได้จากปัจจัยส่วนบุคคลเช่น ความเหนื่อยล้า ปัญหาส่วนบุคคล และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความปลอดภัยของบุคลากร (Singer et al., 2007)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาที่พบว่า พยาบาลรับรู้ว่าบรรยากาศความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กรเป็นปัญหา (problematic response) ได้แก่การเรียนรู้และกลัวความอับอาย ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องว่าการที่ปฏิบัติงานผิดพลาดเป็นสิ่งที่ควรนำมาเรียนรู้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดขึ้นในครั้งต่อไป
2. จากผลการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ผู้บริหารทางการพยาบาลควรเสริมแรงจิตใจพยาบาลโดยการชื่นชม ให้กำลังใจ และพัฒนาความรู้ และทักษะในการทำงานที่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนาแนวปฏิบัติ มาตรฐานความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และมุ่งเน้นข้อห้ามการขับเคลื่อนนโยบาย 3P Safety เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนอย่างต่อเนื่อง
3. จากผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า บรรยากาศความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรพัฒนาบรรยากาศความปลอดภัยในโรงพยาบาล การจัดทรัพยากรขององค์กร มาตรฐานความปลอดภัยของหน่วยงาน และการสนับสนุนด้านความปลอดภัยของหน่วยงาน ที่สะท้อนให้เห็นว่าการที่องค์กรมีการจัดโครงสร้างและสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน จะทำให้บุคลากรมีความรู้และทักษะในการที่จะปฏิบัติตามนโยบาย ขั้นตอน และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัย ทำให้บุคลากรปลอดภัยและปกป้องผู้ป่วยจากอันตรายต่าง ๆ เพื่อลดการเกิดข้อร้องเรียนและฟ้องร้องในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาบรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ ในภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ และศึกษาในโรงพยาบาลระดับที่แตกต่างกัน ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
2. ควรศึกษาอำนาจทำนายและการวิจัยเชิงทดลองของตัวแปรพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาล ซึ่งอาจเป็นปัจจัยด้านองค์กร หน่วยงาน หรือปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาล

References

- Anderson, D. J., Podgorny, K., Berrios-Torres, S. I., Bratzler, D. W., Dellinger, P., Greene, L., Nyquist, A. C., Saiman, L., Yokoe, D. S., Maragakis, L. L., & Kaye, K. S. (2014). Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 35(6), 605–627. <https://doi.org/10.1086/676022>
- Badia, J. M., Casey, A. L., Petrosillo, N., Hudson, P. M., Mitchell, S. A., & Crosby, C. (2017). Impact of surgical site infection on healthcare costs and patient outcomes: A systematic review in six European countries. *Journal of Hospital Infection*, 96(1), 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2017.03.004>
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.



- Borman, W. C., & Motowidlo, S. J. (1993). Expanding the criterion domain to include elements of contextual performance. In N. Schmitt & W. C. Borman (Eds.), *Personnel selection in organizations*. (pp. 71-98). Jossey-Bass.
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185–216. <https://doi.org/10.1177/135910457000100301>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *Understanding nursing research: Building evidence-based practice* (6th ed.). Saunders Elsevier.
- Chusrithong, R., Chiwaket, N., & Rattanakreetakul, S. (2020). Factors influencing work safety behaviors of professional nurses at community hospitals in Chon Buri Province. *Journal of Health and Nursing Research*, 37(2), 120-130.
- Coleman, K., Tan, J. T., Norris, S., Hardy, K., Berg, T., & Metz, L. (2010). Surgical site infection in Australia: A systematic review of the incidence and economic burden. *Value in Health*, 13(7), A547. [https://doi.org/10.1016/S1098-3015\(11\)73284-3](https://doi.org/10.1016/S1098-3015(11)73284-3)
- de Araujo, L. M. (2024). *Nursing handover quality and safety behaviors of nurses in the Tertiary Hospital, the Democratic Republic of Timor-Leste* [Unpublished master' thesis]. Chiang Mai University.
- Ding, S., Lin, F., Marshall, A., & Gillespie, B. (2017). Nurses' practice in preventing postoperative wound infections: An observational study. *Journal of Wound Care*, 26(1), 28–37. <https://doi.org/10.12968/jowc.2017.26.1.28>
- Glendon, A. I., & Stanton, N. (2000). Perspectives on safety culture. *Safety Science*, 34(1-3), 193-214. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00013-8](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00013-8)
- Herrera, C. N., & Guirardello, E. B. (2023). Patient safety climate, quality of care, and intention of nursing professionals to remain in their job during the COVID-19 pandemic. *Journal of Patient Safety*, 19(6), 403–407. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001133>
- Liu, Y., Teng, W., Chen, C., & Zou, G. (2022). Correlation of safety behavior, handover quality, and risk perception: A cross sectional study among Chinese psychiatric nurses. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1043553. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1043553>
- Ma, F., Zhu, Y., Liu, L., Chen, H., & Liu, Y. (2023). Work engagement and safety behavior of nurses in Specialized Cancer Hospitals: The mediating role of self-efficacy. *Journal of Nursing Management*, 2023, 9034073. <https://doi.org/10.1155/2023/9034073>
- Neal, A., & Griffin, M. A. (2002). Safety climate and safety behaviour. *Australian Journal of Management*, 27(1 Suppl.), 67-76. <https://doi.org/10.1177/031289620202701S08>
- Neal, A., Griffin, M. A., & Hart, P. M. (2000). The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. *Safety Science*, 34(1), 99-109. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00008-4](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00008-4)



Safety Climate and Safety Behavior of Nurses in Regional Hospitals,
Northern Region
บรรยาภาสความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ

- Nopnob, A., Jirapongsuwan, A., Klampakorn, S., & Siri, S. (2022). Factors predicting the safety behaviors toward chemotherapy administration among registered nurses in the hospitals under the Department of Medical Services, Ministry of Public Health in Bangkok. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 49(1), 78-94.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.005>
- Reason, P. (1994). Three approaches to participative inquiry. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 324–339). Sage Publications.
- Seo, J. K., & Lee, S. E. (2022). Mediating roles of patient safety knowledge and motivation in the relationship between safety climate and nurses' patient safety behaviors: A structural equation modeling analysis. *BMC Nursing*, 21, 335. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01123-6>
- Sexton, J. B., Holzmueller, C.G., Pronovost, P. J., Thomas, E. J., McFerran, S., Nunes, J., Thompson, D. A., Knight, A. P., Penning, D. H., & Fox, H. E. (2006). Variation in caregiver perceptions of teamwork climate in labor and delivery units. *Journal of Perinatology*, 26(8), 463-470. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211556>
- Shih, C. P., Chang, L. Y., Chen, J. C., Ng, C. J., Reinfeld, W., & Hsu, K. H. (2008). The factors influencing safety behavior of medical staffs in emergency room of a medical center in Taiwan. *Journal of Management*, 25(4), 451–465. <https://jom.management.org.tw/upload/alistsfs141109413074152.pdf>
- Singer, S., Meterko, M., Baker, L., Gaba, D., Falwell, A., & Rosen, A. (2007). Workforce perceptions of hospital safety culture: Development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. *Health Services Research*, 42(5), 1999–2021. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00706.x>
- Singer, S., Gaba, D., Falwell, A., Lin, S., Hayes, J., & Baker, L. (2009). Patient safety climate in 92 US hospitals: Differences by work area and discipline. *Medical Care*, 47(1), 23–31. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31817e189d>
- Vaismoradi, M., Salsali, M., Turunen, H., & Bondas, T. A. (2013). Qualitative study on Iranian nurses' experiences and perspectives on how to provide safe care in clinical practice. *Journal of Research in Nursing*, 18(4), 351–365. <https://doi.org/10.1177/1744987112451578>
- Vincent, C., Taylor-Adams, S., & Stanhope, N. (1998). Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ*, 316(7138), 1154–1157. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7138.1154>
- Zhang, Y., Yu, X., Lu, X., Tang, Y., Jiang, W., Wei, Q., & Wei, L. (2023). Safety behavior and transition shock among newly graduated nurses: The mediating role of feedback-seeking behavior. *Journal of Nursing Management*, 2023, 9699240. <https://doi.org/10.1155/2023/9699240>
- Zhou, P., Bai, F., Tang, H., Bai, J., Li, M., & Xue, D. (2018). Patient safety climate in general public hospitals in China: Differences associated with department and job type based on a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 8(4), e015604. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015604>



Quality of Life of School-aged Children Living with Chronic Illness: A Convergent Mixed Method Study คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง: การวิจัยผสมผสานวิธีแบบคู่ขนาน

Pregamol

Rutchanagul*

ปรียกมล

รัชณกุล*

Wipada

Sangnimitchaikul**

วิภาดา

แสงนิมิตรชัย

Abstract

Quality of life for school-aged children with chronic illnesses requires holistic care from family, school, and healthcare professionals. This descriptive study used a mixed-methods, convergent triangulation design aimed at examining the quality of life of school-aged children living with chronic illness. The participants consisted of school-aged children who visited the outpatient department or were admitted to the pediatric ward at one study hospital. The first phase was quantitative and used a survey method. The participants in this phase comprised 184 school-aged children. Participants were selected using a convenience sampling method based on predetermined criteria. Data were collected using the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQLTM 4.0) and a demographic questionnaire. Descriptive statistics and chi-square test were employed for analyzing quantitative data. The second phase employed a qualitative method, utilizing semi-structured interview questions for in-depth interviews. Purposive sampling was employed to select 16 school-aged children. Content analysis was used for qualitative data analysis.

Results of the quantitative study showed the overall quality of life of school-aged children with chronic illnesses at a good level, with 57.6% classified as having normal quality of life and 42.4% as having lower quality of life. The domains of quality of life—physical, emotional, and social functioning—were at a normal level, while the school functioning domain was at a lower level. When comparing illnesses and quality of life levels, no significant difference was found between different chronic diseases and PedsQL scores. The results of the qualitative data analysis revealed three major aspects of the quality of life of school-aged children living with chronic illnesses, including: 1) living a normal life within limitations – a perspective from children with good quality of life; 2) a life different from others – a reflection from children with poor quality of life; and 3) the burden of managing their own health.

The results of this study provide a deeper understanding of the quality of life among school-aged children living with chronic illnesses. These insights can serve as a foundation for developing structured support interventions, especially in the education domain, and for formulating strategies to support their adaptation to illness.

Keywords: Chronic illness; Quality of life; School-aged children

* Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University;
e-mail: wipada@nurse.tu.ac.th



บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตในเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวมจากครอบครัว โรงเรียน และบุคลากรที่มีสุขภาพ การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยผสมผสานวิธีแบบคู่ขนาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนที่มารับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกหรือเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณทำการสำรวจในเด็กวัยเรียนจำนวน 184 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีแบบสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับเด็ก (PedsQLTM 4.0) และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ chi-squared test ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้างในการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับที่ดี โดยร้อยละ 57.6 เป็นเด็กที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปกติ และร้อยละ 42.4 มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ หากจำแนกเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านสังคม อยู่ในระดับปกติ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านโรงเรียนอยู่ในระดับต่ำ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบโรคที่เจ็บป่วยและระดับคุณภาพชีวิตพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนในแต่ละโรคไม่มีความแตกต่างกัน และผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มี 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ใช้ชีวิตปกติภายใต้ข้อจำกัด: มุมมองจากเด็กที่มีคุณภาพชีวิตดี 2) ชีวิตที่ไม่เหมือนคนอื่น: ภาพสะท้อนของเด็กที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ และ 3) ภาระที่ต้องจัดการสุขภาพ

ผลการศึกษาทำให้เข้าใจคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดรูปแบบการช่วยเหลือเด็ก โดยเฉพาะด้านการเรียน และการกำหนดกลยุทธ์เพื่อสนับสนุนการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย

คำสำคัญ: โรคเรื้อรัง คุณภาพชีวิต เด็กวัยเรียน

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ e-mail: wipada@nurse.tu.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อรัง คือ โรคที่เมื่อเป็นแล้วจะมีอาการและใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานเป็นปีหรือตลอดชีวิต การดำเนินการของโรคที่ความรุนแรงเพิ่มขึ้น (Centers for Disease Control and Prevention, 2022) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นปัญหาระดับโลกและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย หากผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปัจจุบันพบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็กมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น มีการคาดการณ์ไว้ว่าแนวโน้มของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเด็กจะเพิ่มขึ้นจาก 10 ล้านคน เป็น 20 ล้านคน ในช่วงระยะเวลา 10 ปี (Barthel et al., 2018) และพบว่า อุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเด็กวัยเรียนก็เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยประมาณร้อยละ 30 ของเด็กจะมีการเจ็บป่วยทางร่างกายอย่างน้อย 1 โรค (Hall et al., 2019) จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาช่วงปี ค.ศ. 2011- 2023 พบว่า อัตราความชุกของโรคเรื้อรังในกลุ่มเด็กอายุ 3-17 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.8 เป็นร้อยละ 31.0 (Forrest et al., 2025) ประเทศไทยมีจำนวนเด็กโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี อัตราการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังในเด็กอายุ 5-14 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.17 ในปี พ.ศ. 2562 เป็นร้อยละ 47.33 ในปี พ.ศ. 2563 (Health Information System Development Office, 2020)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายได้ เพียงแต่จะมีอาการทุเลาหรือควบคุมโรคได้หากรักษาอย่างต่อเนื่อง มีลักษณะของอาการที่กำเริบและทุเลาสลับกัน (World Health Organization, 2005) ต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องแม้จะไม่มีอาการก็ต้องเฝ้าระวัง ทำให้เด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้เด็กได้รับผลกระทบต่าง ๆ ทั้งในด้านร่างกาย พยาธิสภาพของโรคทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตช้า ตัวเล็ก น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ เช่น โรคธาลัสซีเมียทำให้เด็กมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายแตกต่างจากเด็กปกติ อาจมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ อาจมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรือการรักษา เช่น ความเหนื่อยล้า ปวดเรื้อรัง เป็นต้น (Sinlapamongkolkul & Surapolchai, 2020; Sutthisompohn & Kusol, 2021)

ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจากโรคที่เป็น หรือจากการรักษา ทำให้เด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากคนอื่น ไม่แข็งแรงเหมือนเพื่อน เนื่องจากเด็กวัยเรียนเป็นช่วงวัยของการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง และเปรียบเทียบความแตกต่างของตนเองกับบุคคลอื่น เด็กวัยนี้จึงมีความกลัวว่าแตกต่างจากเพื่อนเป็นอย่างมาก (Hockenberry et al., 2021) เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เด็กมีภาพลักษณ์ต่อตนเองในทางลบ มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองลดลง กลายเป็นเด็กที่มีปมด้อย แยกตัวเอง ไม่พึงพอใจกับชีวิตของตนเอง รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และมีความกลัวต่ออนาคตกลายเป็นปัญหาด้านจิตใจ เช่น ไม่มีความสุข อับอาย หวาดกลัว โกรธ ก้าวร้าว ซึมเศร้า (Salih, 2019; Tekin et al., 2022)

การเจ็บป่วยทำให้เด็กต้องแยกจากครอบครัวหรือเพื่อนเพื่อมารักษาที่โรงพยาบาล ขาดโอกาสในการพัฒนาทักษะทางสังคมและทักษะทางวิชาการร่วมกับเพื่อน ทำให้รู้สึกแปลกแยก ไม่มั่นใจในตัวเอง เกิดปัญหาพฤติกรรมปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก (Lum et al., 2017; Sudhawa et al., 2024; Sutthisompohn & Kusol, 2021) เด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีอัตราการขาดเรียนสูงกว่าเด็กทั่วไป โดยเฉพาะในช่วงที่มีอาการกำเริบ ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนลดลง (Lum et al., 2017) นอกจากนี้ครอบครัวที่มีเด็กป่วยก็ได้รับผลกระทบเช่นกันจากภาวะวิกฤตที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบากของโรคเรื้อรัง มีภาระการดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เหนื่อยล้าจากภาระการดูแลและวิตกกังวลในครอบครัวซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของเด็ก (Salih, 2019; Sudhawa et al., 2024; Sutthisompohn & Kusol, 2021)

ผลกระทบเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตในเด็กที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวมจากครอบครัว โรงเรียนและบุคลากรที่มีสุขภาพ คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลตามบริบทของวัฒนธรรมและคุณค่าที่บุคคลนั้นได้อาศัยอยู่ ซึ่งสัมพันธ์



กับเป้าหมาย ความคาดหวัง และกฎเกณฑ์ของบุคคลนั้น ๆ (The WHOQOL Group, 1994) คุณภาพชีวิตจึงเป็นการสะท้อนการรับรู้เกี่ยวกับความผาสุก ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในชีวิตของบุคคลนั้น คุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นหนึ่งในผลลัพธ์การรักษาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จัดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของการบริการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ได้มุ่งแต่เพียงการให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตรอดเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตที่สามารถอยู่กับโรคเรื้อรังให้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้เด็กวัยเรียนมีคุณภาพชีวิตลดลงและน้อยกว่าเด็กสุขภาพปกติ ซึ่งเด็กที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคหืด ธาลัสซีเมีย โรคไต มะเร็ง หัวใจพิการตั้งแต่เกิด ก็ล้วนมีคุณภาพชีวิตลดลงหากมีอาการของโรครุนแรงมากก็จะยิ่งคุณภาพชีวิตลดน้อยลง (Silva et al., 2019; Tekin et al., 2022) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของจิตใจ อารมณ์ และการทำหน้าที่การเรียนของเด็ก (Salih, 2019) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนหลายปัจจัย ได้แก่ อายุของเด็ก (Barthel et al., 2018) ระดับอาการซึ่งประเมินจากจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลหรือการนัดพบแพทย์ (Barthel et al., 2018; Sudnawa et al., 2024) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียน (Lum et al., 2017) ระดับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของเด็กและผู้ปกครอง (Tekin et al., 2022) รายได้ของครอบครัว (Ahmed Meelad et al., 2023; Barthel et al., 2018) และการจัดการของครอบครัว (Barthel et al., 2018; Sutthisompohn & Kusol, 2021)

ปัจจุบันมีงานวิจัยจำนวนมากได้ศึกษาคุณภาพชีวิตทั้งในภาพรวมของโรคเรื้อรัง และเฉพาะเจาะจงในโรคบางกลุ่ม โดยมีการพัฒนาองค์ความรู้ตั้งแต่ระดับเชิงพรรณนา ศึกษาหาความสัมพันธ์หรือทำนาย จนถึงนำไปใช้ในการจัดโปรแกรมที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็ก แต่อย่างไรก็ตามยังมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาเชิงพรรณนาในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากแม้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้เด็กวัยเรียนมีคุณภาพชีวิตลดลง แต่ยังมีข้อค้นพบว่า เด็กบางกลุ่มโรค เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ยังคงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีได้ (Amodeo et al., 2022; Moreno-Medina et al., 2020) จึงเป็นประเด็นที่ควรศึกษาเพิ่มเติม เพื่อทำความเข้าใจคุณภาพชีวิตของเด็กโดยเฉพาะในบริบทของเด็กวัยเรียนซึ่งเป็นช่วงสำคัญของการพัฒนาอัตมโนทัศน์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสร้างภาพลักษณ์ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการพัฒนาทางอารมณ์และสังคม

อีกทั้งหลายงานวิจัยที่ผ่านมาทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในประเทศตะวันตก ซึ่งอาจไม่สะท้อนลักษณะเฉพาะของบริบทสังคมไทยที่มีรูปแบบการเลี้ยงดูเด็ก การทำหน้าที่ของครอบครัว รวมถึงบริบทของโรงเรียนที่แตกต่างออกไป ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความละเอียดสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น นำไปสู่ความเข้าใจที่รอบด้านเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเด็กไทยวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้ข้อค้นพบที่สามารถนำมาใช้ในการสร้างองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนในแต่ละโรค

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบแนวคิด โดยคุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลตามบริบทของวัฒนธรรมและคุณค่าที่บุคคลนั้นได้อาศัยอยู่ ซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวังของตนเอง ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม โดยมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1) มิติด้านสุขภาพกาย (physical) 2) มิติด้านสุขภาพจิต (psychological) 3) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และ 4) มิติด้านสภาพแวดล้อม (environmental) (The WHOQOL Group, 1994) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยใช้ระเบียบการวิจัยผสมผสานวิธีแบบคู่ขนาน (convergent mixed method study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ เด็กวัยเรียนที่เป็นโรคเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยเรียนอายุ 7-12 ปีที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มารับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกหรือเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังโดยมีการเจ็บป่วยมากกว่า 1 ปี ไม่มีความพิการด้านสติปัญญาหรือพัฒนาการช้า สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ส่วนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ คัดการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับเด็กที่มีคะแนนสูงหรือคะแนนต่ำ และมีเวลาเข้าร่วมการสัมภาษณ์ คุณสมบัติคัดออก คือ เข้าร่วมในการศึกษาวิจัยอื่นที่เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรม G*power 3.1 (Faul et al., 2009) กำหนดการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้สถิติ chi-square ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.3 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ตามข้อเสนอของ โคเฮน (Cohen, 1988) ในการวิจัยด้านสังคมศาสตร์และสุขภาพ ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.05 ค่า power เท่ากับ 0.8 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 152 ราย เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา (Polit & Beck, 2017) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ 183 ราย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 184 คน สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ กระบวนการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (Morse, 1991) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีผู้ให้ข้อมูล 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคที่เจ็บป่วย ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับเด็ก (Pediatric Quality of Life Inventory TM 4.0: PedsQLTM) พัฒนาโดย วาร์นิ และคณะ (Varni et al., 2001) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ภาสกร ศรีทิพย์สุโข และคณะ (Sritipsukho et al., 2013) แบบสอบถามฉบับภาษาไทยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) แบบ known-group technique พบว่า มีอำนาจการจำแนกรายข้อสูงในระดับสูง และมีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.83 แบบสอบถามนี้สามารถนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีภาวะสุขภาพดีและเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ (Sritipsukho et al., 2013) มีคำถาม 23 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิตใน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (8 ข้อ) ด้านอารมณ์ (5 ข้อ) ด้านสังคม (5 ข้อ) และด้านโรงเรียน (5 ข้อ) การให้คะแนนเป็น 5 ระดับแบบ Likert scale (ค่าคะแนนจาก 0 ถึง 4) คือ ไม่เคยมีปัญหาเลย (0) = 100 คะแนน, เกือบไม่เคยเลย (1) = 75 คะแนน, เป็นบางครั้ง (2) = 50 คะแนน, บ่อย ๆ (3) = 25 คะแนน, มีปัญหาเกือบตลอดเวลา (4) = 0 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การให้คะแนนรวมจะมีคะแนน 0-100 คะแนน ค่าคะแนนรวมที่ได้มากกว่า แสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า คะแนนจุดตัด (cut-off score) ของคุณภาพชีวิตระดับปกติ อยู่ที่มากกว่า 69.71 คะแนน และคะแนน



คุณภาพชีวิตระดับต่ำ อยู่ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 69.71 คะแนน แบบสอบถามนี้เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมาแล้ว ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.89

3. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามปลายเปิดแบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพและการพยาบาลครอบครัว ปรับแก้ไขเพื่อความครอบคลุมของแนวคำถาม แล้วนำไปทดลองใช้กับเด็กวัยเรียนที่ป่วยโรคเรื้อรัง 3 ราย เพื่อตรวจสอบภาษาที่ใช้ ระยะเวลา ตัวอย่างคำถาม เช่น 1) หนูรู้หรือไม่ว่าหนูไม่สบายเป็นโรคอะไร มีอาการอย่างไรบ้าง 2) หนูรู้สึกอย่างไรกับอาการที่เป็นอยู่ เพราะอะไรหนูถึงรู้สึกอย่างนั้น 3) ตอนนี้นูารู้สึกพึงพอใจในการใช้ชีวิตเพียงใด พึงพอใจในเรื่องอะไร อะไรที่ไม่พึงพอใจ

4. แบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกอารมณ์ สีหน้า กิริยาท่าทาง บรรยากาศ และการตอบสนองของผู้ให้ข้อมูล ขณะที่สัมภาษณ์ นอกจากนี้มีอุปกรณ์ในการบันทึกข้อมูล คือ เครื่องบันทึกเสียง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย-ธรรมศาสตร์ เลขที่ 018/2564 อนุมัติวันที่ 19 พฤษภาคม 2564 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการผ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลอธิบายงานวิจัย (Information sheet) โดยใช้ภาษาที่ง่ายต่อความเข้าใจของเด็กและผู้ปกครอง เปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองตกลงเข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติรับรองการทำวิจัยในคนและได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาล และหัวหน้าของหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก หัวหน้าของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลของเด็กที่มารับบริการ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการใช้แบบสอบถาม และดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับปกติ (คะแนนรวม 100 คะแนน) และระดับต่ำจากการตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย ครอบคลุม และสามารถเปรียบเทียบความแตกต่างของประสบการณ์ มุมมอง และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยจะทำการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพของทั้งสองกลุ่มสลับกันไป กล่าวคือ เริ่มจากกลุ่มที่มีคะแนนรวมอยู่ในระดับสูง ตามด้วยกลุ่มที่มีคะแนนต่ำ และสลับกลับไปยังกลุ่มที่มีคะแนนสูงอีกครั้ง จนกว่าจะสิ้นสุดการเก็บข้อมูล

2. เมื่อมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองเพื่อชี้แจงให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเชิงปริมาณ (Consent Form) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับเด็ก มีข้อความจำนวน 23 ข้อ ใช้เวลา 30 นาที

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างส่งกลับแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและพิจารณาคะแนนรวม เมื่อพบว่า เป็นกลุ่มที่มีคะแนนเต็มหรือระดับต่ำ ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองอีกครั้งเพื่อขอสัมภาษณ์เพิ่มเติม โดยชี้แจงให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิอีกครั้ง

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยให้ผู้ปกครองเป็นผู้เลือกช่วงเวลาสำหรับการสัมภาษณ์ตามความสะดวก โดยหากเป็นกรณีผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก เลือกเป็นช่วงเวลาก่อนหรือหลังเข้ารับการรักษาจากแพทย์ ส่วนในกรณีที่เด็กพักรักษาอยู่ในหอผู้ป่วย การสัมภาษณ์ดำเนินการในช่วงเช้า กลางวัน หรือเย็น โดยทำการสัมภาษณ์ใน

ห้องที่เป็นส่วนตัวในหอผู้ป่วยหรือหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก

5. เริ่มสัมภาษณ์โดยการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างสัมภาษณ์ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปและจดบันทึกภาคสนามเพื่อแยกแยะความรู้สึกของผู้วิจัย การสัมภาษณ์ใช้ระยะเวลา 30-50 นาที สัมภาษณ์คนละ 1 ครั้ง มีการสัมภาษณ์ซ้ำในผู้ให้ข้อมูล 4 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง หลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำต่อคำ เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ทำการสัมภาษณ์ 16 คนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว (saturation of data) จึงสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS version 26 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ chi square test เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนในแต่ละโรค

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ของ แวน คัม (Van Kaam, 1966 as cited in Oumtane, 2016) คือ อ่านข้อมูลจากการถอดเทปสัมภาษณ์ พร้อมจัดกลุ่มโดยใช้คำพูดจากบทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลมาสังเคราะห์สาระสำคัญ กำหนดเป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อย ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ตามเกณฑ์ของ ลินคอล์น และ กูบา (Lincoln & Guba, 1985) ดังนี้ 1) นำข้อมูลที่วิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูล 4 คน ตรวจสอบความถูกต้อง (member check) 2) วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทำวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน (peer debriefing) 3) ตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลว่าสอดคล้องกันทั้งการสัมภาษณ์และสิ่งที่สังเกตจากการบันทึกภาคสนาม และ 4) จดบันทึกสะท้อนความรู้สึกและความคิด (reflexive journal) ของผู้วิจัยขณะสัมภาษณ์ (bracketing) เพื่อไม่นำความรู้สึกของผู้วิจัยไปตีความ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 184 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.0 อายุเฉลี่ย 10 ปี (SD 1.5 ปี) มีอายุในช่วง 11-12 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 41.3) กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.9 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 5 ปี 3 เดือน (SD 3 ปี 2 เดือน) มีระยะเวลาเจ็บป่วยในช่วง 1-2 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 24.5) ป่วยเป็นโรคในระบบทางเดินหายใจ เช่น หืด ภูมิแพ้ มากที่สุด (คิดเป็นร้อยละ 39.1) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.7) มีอาการของโรคที่เกิดขึ้นเป็นประจำ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 94.6) มียาที่ต้องใช้เป็นประจำโดยส่วนใหญ่เป็นยาชนิดรับประทาน (ร้อยละ 72.8)

คุณภาพชีวิตในภาพรวมของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ในระดับที่ปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.9 (SD 15.8) โดยเป็นเด็กที่มีคุณภาพชีวิตระดับปกติ เท่ากับ ร้อยละ 57.6 และมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ เท่ากับร้อยละ 42.4 หากจำแนกเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านสังคม อยู่ในระดับปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 73.3, 71.3, และ 81.4 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านโรงเรียนอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 65.2 (SD 19.9) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ตารางแสดงระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน (n = 184 คน)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน						แปลผล
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่ได้	M	SD	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ภาพรวม	0-100	30.4-100	72.9	15.8			ระดับปกติ
- ระดับปกติ	69.72-100	70.6-100			106	57.6	
- ระดับต่ำ	0-69.71	30.4-69.7			78	42.4	
ด้านร่างกาย	0-100	12.5-100	73.3	19.3			ระดับปกติ
- ระดับปกติ	69.72-100	71.9-100			111	60.3	
- ระดับต่ำ	0-69.71	12.5-68.8			73	39.7	
ด้านอารมณ์	0-100	10-100	71.3	19.7			ระดับปกติ
- ระดับปกติ	69.72-100	70-100			96	52.2	
- ระดับต่ำ	0-69.71	10-65			88	47.8	
ด้านสังคม	0-100	20-100	81.4	18.6			ระดับปกติ
- ระดับปกติ	69.72-100	70-100			145	78.8	
- ระดับต่ำ	0-69.71	20-65			39	21.2	
ด้านโรงเรียน	0-100	0-100	65.2	19.9			ระดับต่ำ
- ระดับปกติ	69.72-100	70-100			83	45.1	
- ระดับต่ำ	0-69.71	0-65			101	54.9	

การวิเคราะห์เปรียบเทียบโรคที่เจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและระดับคุณภาพชีวิตพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนในแต่ละโรคไม่มีความแตกต่างกัน นั่นคือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนไม่ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคในกลุ่มใดก็ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องคุณภาพชีวิต ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนในแต่ละโรค (n = 184 คน)

โรค	จำนวนคน (ร้อยละ)	ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน						chi-square	p-value
		ค่าที่ได้	M (SD)	ระดับปกติ		ระดับต่ำ			
				(คน)	(%)	(คน)	(%)		
ทางเดินหายใจ: หืด ภูมิแพ้	72 (39.13)	42.39 - 100	75.56 (13.07)	45	62.5	27	37.5	11.832	.066
โรคหัวใจ เช่น ลิ้นหัวใจรั่ว	28 (15.22)	30.43 - 100	72.49 (19.02)	17	60.7	11	39.3		
ระบบเลือด: ธาลัสซีเมีย ฮีโมฟีเลีย	22 (11.96)	36.96 - 96.74	62.99 (18.08)	7	31.8	15	68.2		
โรคไต เช่น เนฟโรติก ไตวายเรื้อรัง	12 (6.52)	50.00 - 86.96	70.82 (13.69)	5	41.7	7	58.3		
ระบบประสาท เช่น ชัก	15 (8.15)	39.13 - 93.48	74.13 (17.99)	9	60.0	6	40.0		
ทางเดินอาหาร เช่น ลำไส้อักเสบเรื้อรัง	5 (2.72)	73.91 - 90.22	84.05 (8.85)	5	100	0	0		
ต่อมไร้ท่อ เช่น เบาหวาน	30 (16.30)	31.52 - 100	73.22 (14.99)	16	53.3	14	46.7		
รวม				104	56.5	80	43.5		

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 16 คนเป็นเด็กที่มีคุณภาพชีวิตในระดับปกติ 9 คน มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ 7 คน เป็นเพศชาย (ร้อยละ 50) เพศหญิง (ร้อยละ 50) มีอายุเฉลี่ย 9 ปี 10 เดือน (SD 1.5 ปี) อายุในช่วง 10-11 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 37.5) กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มากที่สุด (ร้อยละ 25.0) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 5 ปี 1 เดือน (SD 2 ปี 5 เดือน) เป็นโรคหืด 5 คน โรคไต เช่น เนฟโรคติก ไตวายเรื้อรัง จำนวน 4 คน โรคเลือด เช่น ธาลัสซีเมีย ฮีโมฟีเลีย จำนวน 3 คน โรคเบาหวาน 2 คน โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 1 คน โรคลมชัก 1 คน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับสูง (คะแนนรวม 100 คะแนน) และระดับต่ำ จากการตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่หลากหลายครอบคลุมในแต่ละกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งสามารถสรุปเป็น 3 ประเด็นหลัก 7 ประเด็นย่อย ดังต่อไปนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ใช้ชีวิตปกติภายใต้ข้อจำกัด: มุมมองจากเด็กที่มีคุณภาพชีวิตดี ประกอบด้วยประเด็นย่อย 2 ประเด็น คือ 1) ใช้ชีวิตอย่างไม่แตกต่างจากเพื่อน 2) ทักษคติบวกและยอมรับตนเอง เป็นประเด็นที่ได้จากเด็กที่มีคุณภาพชีวิตปกติทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านโรงเรียน

1.1 ใช้ชีวิตอย่างไม่แตกต่างจากเพื่อน

เด็กวัยเรียนที่มีระดับคุณภาพชีวิตปกติส่วนใหญ่ (จำนวน 6 คน) รับรู้ถึงแม้ตนเองจะมีอาการป่วย แต่ยังคงใช้ชีวิตได้เป็นปกติ ไม่แตกต่างจากเพื่อน ดังคำกล่าวที่ว่า

“เวลาไปผดุงยาที่โรงเรียน ก็ไปเรียนตามปกติไม่ได้มีอะไร ช่วงเช้าหนูก็จะผดุงยาจากที่บ้านไป แล้วก็ไปกินข้าวที่โรงเรียน ช่วงเจาะเลือดผดุงยาก็จะทำที่บ้านแล้วก็ค่อยไปโรงเรียน ถ้าเป็นช่วงกลางวันหนูก็อาจจะเดินไปทำที่ห้องน้ำ หรือไม่หนูก็ทำกลางห้องเลย ถ้าเราไม่อาย...หนูคิดว่าหนูเป็นแล้วก็ไม่ค่อยอาย แล้วก็ก็มีเพื่อนบางคนที่มีมันอ้วนมันก็อาจจะเป็นไปได้... เพราะหนูอ้วนหนูก็เป็น ถ้ามีเพื่อนล้อ ก็ไม่เป็นไรก็เราเป็นไปแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 07)

“ไม่ได้กังวลอะไรเรื่องโรค ไม่มีปัญหาเรื่องการเรียนเพราะก็เรียนทันเพื่อน เรียนวิชาพลศึกษาไม่ได้มีปัญหาอะไร เพราะไม่ได้เรียนอะไรที่มันวิ่งเยอะ ๆ จะเรียนแค่ว่ายน้ำ แต่ก็วิ่งได้ ตีปิงปองได้ไม่เหนียวมาก” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 13)

1.2 ทักษคติบวกและยอมรับตนเอง

เด็กกลุ่มที่มีระดับคุณภาพชีวิตปกติรับรู้ว่าการป่วยจากโรคเรื้อรัง ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม แต่ก็ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น และมีความหวังว่าตนเองจะหายจากอาการป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่เกิดปัญหาอะไรกับหนู ไม่เป็นยังงี้...ก็เป็นไปก่อน พอเดี๋ยวรักษาเดี๋ยวก็หายค่ะ...รู้สึกイヤแล้วมันหายขึ้น มันดีก็เลยอยากมา...อาการดีขึ้นไม่ค่อยหอบ มันรู้สึกเหมือนเริ่มหายไปแล้ว มันเหมือนคนปกติไม่ค่อยหอบ เวลาขึ้นบันได 4 ชั้นก็ไม่เป็นไรไม่หอบ” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 04)

“ถ้าผมไม่พยายามวิ่งก็จะเป็นไม่เป็น คือปีนี้ผมยังไม่เป็นเลย เพราะผมไม่พยายามวิ่ง ไปไหนมาไหนผมก็จะเดิน ๆ เอา...จะมีอาการตอนที่ออกกำลังกาย เวลาที่ใช้แรงเยอะ ๆ ปกติก็แค่ออกกำลังกายนิดหน่อย แล้วก็ให้ฝึกซ้อมส่งบอลเล่นแฮนด์บอล อาจจะเหนื่อยนิดหน่อย เพื่อน ๆ ก็ทำเต็มที่ เพราะมันไม่ได้เป็นหอบหืดเหมือนผม...ผมก็ได้เสียใจ เพราะว่าเล่นเยอะมันก็เหนื่อย ผมก็รับได้” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 03)

ประเด็นหลักที่ 2 ชีวิตที่ไม่เหมือนคนอื่น: ภาพสะท้อนของเด็กที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ ประกอบด้วยประเด็นย่อย 3 ประเด็น คือ 1) ร่างกายที่ไม่เหมือนเพื่อน 2) ขาดโอกาสในการเรียนรู้เหมือนเพื่อน 3) ใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมือนคนอื่น เป็นประเด็นที่ได้จากกลุ่มเด็กที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ

2.1 ร่างกายที่ไม่เหมือนเพื่อน

เด็กวัยเรียนที่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ ล้วนรับรู้ว่าการทำหน้าที่ของร่างกายไม่สมบูรณ์เหมือนคนอื่น บางคนมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากโรคหรือการรักษาทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป เด็กผู้ให้ข้อมูลเกือบ

ทุกคน อยากหายจากอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง อยากแข็งแรงเหมือนคนอื่น ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากเป็นเหมือนเดิม คือ ไม่มีโรคอะไรเลย เพราะจะได้เล่นกับเพื่อน ไม่ต้องมานอน...หมอบอกว่า หอบหืดถ้าหนูรักษาก็จะหายแล้ว...ไม่รู้จะต้องฉีดยากี่ปี หมอบอกว่าเดี๋ยวก็หาย เค้าว่า 4 ปี” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 02)

“เล่นกับเพื่อนนาน ๆ ไม่ได้ มันรู้สึกที่เราเล่นได้ไม่นาน เหมือนกับว่าเพื่อนจะน้อยใจหรือเปล่าที่เรา เล่นไม่ได้...หอบง่ายมาก วิ่งนิดเดียว วิ่งนานมากก็หอบ วิ่งประมาณสิบกว่านาทีก็น่าก็หอบ บางทีก็แน่น ๆ เริ่มอาการ เหนื่อยแล้วก็เริ่มหายใจไม่ออก แล้วก็มีการจุกนิดหน่อย” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 05)

“หนูก็เล่นกับเพื่อน ๆ ได้ แต่เพื่อน ๆ ชอบล้อหนูว่าดำ เพราะเพื่อนรู้ว่าหนูเป็นไต ล้อหนูว่าดำ ชอบ มาล้อหนูว่าทำไมแฉ่งดำจัง ดำ” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 06)

“ตอนที่หนูเป็นโรคนี้แรก ๆ หนูก็อายเขา...อายเพื่อนกลัวเพื่อนล้อ...กลัวเพื่อนจะล้อว่าเป็นโรคไต... ก็ไม่รู้เหมือนกันว่าทำไมกลัวว่าเขาจะล้อ แค่ว่าตอนนี้หนูจะไปโรงเรียน ค็นี่หนูก็คิดหนักเลย คิดว่าเพื่อนจะล้อไหม เพื่อนจะเล่นด้วยไหม ก็คิดหนักเลย จนตัวร้อนเลยคะ” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 10)

2.2 ขาดโอกาสในการเรียนรู้เหมือนเพื่อน

เด็กผู้ให้ข้อมูลทุกคนสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ ได้ไปโรงเรียน หากแต่เด็กที่มีคุณภาพชีวิตต่ำรับรู้ว่ ตนเองมีความสามารถในการเรียนลดลง อันเนื่องมาจากอาการเจ็บป่วยทำให้ขาดโอกาสในการเรียนรู้ ต้องขาด เรียน ไม่ทันเพื่อน ทำให้ผลการเรียนไม่ดี ดังคำกล่าวที่ว่า

“เวลาไม่สบายไม่ได้เล่นกับเพื่อน แล้วก็ไม่ได้ทำงานค้างด้วย ข้อสอบ งานวิชา แล้วก็งานกลุ่ม เวลา หนูไม่สบายหนูก็จะไม่ได้ทำ...มาหาหมอมั้ยผลกับเรื่องเรียนนิดนึง แบบขาดเรียน เคลียร์วิชา งานค้างเยอะ เพื่อนก็ ล้อนิดนึงบอกว่าทำไมได้คะแนนน้อยจัง หนูก็บอกว่ไม่ได้มาโรงเรียนนี่...ต้องมาโรงพยาบาลเดือนนึง ก็วันพฤหัสบดี วันนึง มาเดือนละครั้งในวันพฤหัสบดี หนูหยุดเรียน วันนี้นี้หนูก็ต้องขาดเรียน วันนี้นี้หนูก็ต้องไปสอบอีก” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 02)

“ผลการเรียนเมื่อก่อนก็ดีเพราะเรียนออนไลน์ไม่ขาดเรียน เพราะโควิดเลยเรียนออนไลน์ได้เรียน ตลอดก็ได้ประมาณที่ 6 ตอน ป.5 ได้เกรด 4 ทุกวิชาไม่เคยสอบตก แต่ตอนนี้ไม่ได้ไปโรงเรียนทุกวันถ้าต้องมาหมอบ ก็น่าจะได้เกรดประมาณ 3 สอบได้ที่ 16 เพราะบางทีไม่ได้ทำกิจกรรมในห้อง” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 06)

2.3 การใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมือนคนอื่น

เด็กวัยเรียนที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (จำนวน 10 คน) รับรู้ว่ตนเองใช้ชีวิตไม่เหมือนคนอื่น ต้องถูกจำกัด การทำกิจกรรม เช่น ไม่สามารถเล่นกีฬา ต้องป้องกันการติดเชื้อมากกว่าปกติ ต้องใช้ยาทุกวัน ไม่สามารถเล่นหรือ รับประทานอาหารตามปกติกับเพื่อน เพื่อควบคุมอาการไม่ให้โรคกำเริบ ดังคำกล่าวที่ว่า

“รู้สึกแบบยาก อยากจกข้าวเหนียวหมูทอดเข้าปากก็มันกินไม่ได้ ทำอะไรไม่ได้...ก็ต้องรอให้หมอบอกว่ หายก่อนแล้วถึงจะกินได้ ถ้าเพื่อนเขากินขนมกัน หนูก็ไปกินผลไม้ ที่โรงเรียนมีขนมหวานด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 11)

“ผมจะไม่สบายบ่อยกว่า เพื่อนก็นานเป็นทีหรือไม่ก็ไม่เป็นเลย ส่วนผมก็เป็นมากกว่า...รู้สึกว่ ไม่สบายหนักกว่าเค้า ต้องดูแลตนเองมากกว่าเค้า ...ออกกำลังกายมากกว่าเค้า ไม่สบายก็ต้องไม่กินน้ำที่เย็นจัด ไม่ กินน้ำแข็ง กินอาหารที่มีประโยชน์ ไม่เข้าใกล้หมาแมวเพราะแพ้ขนหมาแมว แล้วก็ไม่ออกนอกบ้านตอนฝนตก ไม่ให้เปียกฝน แล้วเวลาน้องไม่สบายก็ไม่ต้องไปยุ่งกับน้องเพราะว่าน้องไม่สบายเพื่อติดขึ้นมาจะทำให้หอบ” (ผู้ให้ ข้อมูลรหัส 08)

ประเด็นหลักที่ 3 ภาวะที่ต้องจัดการสุขภาพ ประกอบด้วยประเด็นย่อย 2 ประเด็น คือ 1) ความเบื่อหน่าย จนเหนื่อยล้า 2) เป็นภาระของครอบครัว ประเด็นหลักนี้ได้จากกลุ่มเด็กที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ

3.1 ความเบื่อหน่ายจนเหนื่อยล้า

เด็กวัยเรียนที่ให้ข้อมูลทุกคนรู้สึกเบื่อหน่ายที่ตนเองมีอาการเจ็บป่วย เป็นโรคประจำตัวที่ต้องมา ตรวจรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง โดยให้ข้อมูลที่บ่งบอกถึงความรู้สึกเบื่อที่มีอาการป่วย เบื่อที่ต้องทำตามแผนการ



รักษา เช่น เปื่อการใช้ยา เปื่อที่ต้องรับประทานอาหารตามโรค โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ จำนวน 3 คน รู้สึกเหนื่อยกับการที่ต้องจัดการสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เคยเปื่อที่ต้องมาหาหมอ เพราะงานแต่ละวันมันก็เยอะ แล้วก็เดินทางไกลประมาณ 3-4 ชั่วโมงกว่าจะมาถึงนี่... แม่บอกว่าต้องมาหาหมอเพื่อมาฉีดยากระตุ้นภูมิ” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 03)

“หนูต้องพามาโรงเรียนทุกวัน... รู้สึกว่ามันต้องทำอะไรเยอะมากเลย อย่างต้องพามาเข้า-เย็น กินยากก่อนนอน มันรู้สึกน่าเบื่อต้องใช้ยา รู้สึกว่าไม่อยากทำ... มันยาก ยากตรงต้องคอยพามา คอยกินยา ออกห่างจากฝุ่น จากคนสัตว์เพราะหนูเป็นคนชอบแมวด้วยแต่ก็เล่นกับมันไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 05)

“ถ้ามันกำเริบมันก็จะเหมือนมีความกดดัน กดดันว่าทำไมยังไม่หาย หรือว่าเราไม่กินน้ำเปล่านะ มันถึงกำเริบอีก (เสียงสั่น มีน้ำตาคลอ) ก็กดดันไม่ได้ไปโรงเรียนด้วย ก็ยากไปเล่นกับเพื่อนด้วย หนูมีเพื่อนเยอะ... ชอบเล่นก็เล่นของเล่นที่เพื่อนเอามาก็เล่นด้วยกัน... ก็เปื่อ เปื่อกินนอนเล่นโทรศัพท์ หนูชอบเล่น เล่นกับเพื่อนบางวันก็มีเพื่อนในซอยมาเล่นตลอด ชอบเล่นขายของ” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 11)

“ตอนนี้อยู่โรงพยาบาล อาหารที่โรงพยาบาลยังกินไม่ได้ เห็นแล้วจะอ้วกเลย ตอนนี้อยู่ไม่ได้กินข้าว รอมแม ข้าวโรงพยาบาลไม่อร่อยเปิดมาแล้วจะอ้วก รอมแมจะซื้ออะไรมาให้กิน หนูไม่ค่อยกินข้าวโรงพยาบาล... เมื่อก่อนโตขึ้นอยากเป็นหมอ แต่ตอนนี้ไม่เอาแล้วอยู่โรงพยาบาลเข้าโรงพยาบาลจนเปื่อ ไม่อยากเจอโรงพยาบาล... เข้าโรงพยาบาลทีก็กินยาก เปื่อ ไม่รู้อะไรเลย หนูก็เปื่อที่เป็นแบบนี้ ต้องล้างไตทุกวัน หมอก็ให้กินอาหารบางอย่าง ต้องไม่กิน ก็ไม่รู้จะทำยังไงบอกแม่ แม่ก็บอกให้ทำ” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 06)

3.2 เป็นภาระของครอบครัว

เด็กวัยเรียนที่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ จำนวน 4 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่รับรู้ว่าเป็นภาระของครอบครัว ทำให้คนในครอบครัวต้องมีการเพิ่มขึ้นในการดูแลตนเองที่เจ็บป่วย และยังมีค่าใช้จ่ายในการรักษาอีกด้วย ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความเครียด ดังคำกล่าวที่ว่า

“หนูว่าแม่ก็เครียดแหละ ต้องทำงาน ต้องดูแลหนูอีก จนบางทีก็หงุดหงิดทั้งหนูทั้งแม่” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 16)

“อยู่ที่โรงพยาบาล 5 เดือน หมอก็ให้กลับมา แล้วก็ไปหาหมอรอบต่อมา ไปตรวจดูผนังหน้าท้อง หมอก็บอกว่าติดเชื้อที่ผนังหน้าท้องที่ล้างไต หมอก็ให้ออนโรงพยาบาลต่อ ก็นอนโรงพยาบาลต่อยาวเลย ก็รักษาที่โรงพยาบาลมา 5 เดือนกว่า ๆ แล้วก็ย้ายมารักษาที่นี่เพราะค่ารักษามันเยอะ เสียค่ารถเยอะ แล้วแม่ก็ต้องเอาเงินไปใช้หนี้ก็ต้องย้ายมารักษาที่นี่ เพราะรักษาที่ (ชื่อโรงพยาบาลหนึ่ง) เสียเงินไปเยอะประมาณ 2 ล้าน 2 ก็เลยขอย้ายมานี่เพราะใกล้บ้านกว่า” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 01)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า คุณภาพชีวิตในภาพรวมของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 57.6) มีคุณภาพชีวิตระดับปกติ ในขณะที่ร้อยละ 42.4 มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า เด็กวัยเรียนที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักมีคุณภาพชีวิตลดลง (Silva et al., 2019; Tekin et al., 2022) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ เป็นเด็กที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในโรคระบบหายใจ เช่น หืด ภูมิแพ้ จำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 39.13) ซึ่งเป็นโรคที่ไม่อยู่ในภาวะคุกคามต่อชีวิต และกลุ่มตัวอย่างทุกคนยังคงสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ อีกทั้งมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ยประมาณ 5 ปี ซึ่งถือว่านานพอสมควรทำให้ครอบครัวและเด็กได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นและแนวทางการจัดการกับอาการ จึงทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ บาร์เธล และคณะ (Barthel et al., 2018) ที่พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีผลต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่สับสน และจะมีความเครียดลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



แม้ว่าผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับที่ปกติ แต่เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านโรงเรียนอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากการทำหน้าที่ด้านการเรียน อันหมายถึง การรับรู้ความสามารถในการเรียน เช่น ความตั้งใจหรือสมาธิในการเรียน ความสามารถทำตามการเรียนการสอน และการที่ต้องขาดเรียนบ่อย (Varni et al., 2001) จึงทำให้เด็กวัยเรียนซึ่งเป็นช่วงวัยที่เด็กต้องเข้าโรงเรียน แต่การเจ็บป่วยทำให้เด็กต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลบ่อย ขาดเรียนบ่อยครั้งเพื่อมาพบแพทย์ตามนัดหมาย จึงมีเวลาเรียนไม่พอ เรียนไม่ทันเพื่อน มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนลดลงหรือไม่ดีนัก ทำให้เด็กรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองลดลง (Lum et al., 2017) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า เด็กวัยเรียนได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยทำให้มีปัญหาการเรียน ต้องขาดเรียน เรียนรู้ไม่ทันเพื่อน กล่าวได้ว่าปัญหาด้านการเรียนจัดเป็นปัญหาสำคัญของเด็กวัยเรียน ทำให้คุณภาพชีวิตในด้านการทำหน้าที่การเรียนลดต่ำลงเมื่อเทียบกับเด็กวัยอื่น ๆ (Barthel et al., 2018; Rasha Gamal-El-Din et al., 2021; Silva et al., 2019)

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของเด็กที่ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนในแต่ละโรคไม่มีความแตกต่างกัน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมอาการได้ มีจำนวนน้อยที่ป่วยเป็นโรคที่คุกคามชีวิต หรือโรคที่มีการรักษาซับซ้อน กลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ สามารถไปโรงเรียนได้ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 5 ปีซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามีการดำเนินของโรคที่ยาวนาน ยังมีอาการของโรคที่เกิดขึ้นเป็นประจำ ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมียาที่ต้องใช้เป็นประจำ โดยส่วนใหญ่เป็นยาชนิดรับประทาน (ร้อยละ 72.8) ด้วยลักษณะดังกล่าวของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันจึงอาจเป็นเหตุให้ระดับคุณภาพชีวิตในแต่ละโรคไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ซิลวา และคณะ (Silva et al., 2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัย 8-18 ปี ที่เจ็บป่วยทางร่างกายไม่ว่าจะเป็นในระบบใดก็ล้วนทำให้เด็กวัยเรียนมีคุณภาพชีวิตลดต่ำลง นั่นคือ ไม่ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคใด ๆ หากแต่ทำให้เกิดอาการป่วยเรื้อรัง ย่อมส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย ไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ จึงทำให้มีคุณค่าในตนเองลดลงและมีภาพลักษณ์ในทางลบ

ประเด็นที่น่าสนใจ คือ ผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีความสอดคล้องกัน นั่นคือ ในกลุ่มเด็กวัยเรียนที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับปกติจากการตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ให้ข้อค้นพบที่แสดงให้เห็นว่ามีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตยังใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ยอมรับในอาการป่วยและมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ ในขณะที่กลุ่มที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตระดับต่ำ สะท้อนให้เห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อเด็กในด้านร่างกาย เนื่องจากรู้ว่าตนเองมีการทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์มีความแตกต่างไม่เหมือนคนอื่น ใช้ชีวิตที่แตกต่างแปลกจากคนทั่วไป ต้องจำกัดกิจกรรม มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ขาดโอกาสในการเรียนรู้ มีปัญหาการเรียน จึงอยากหายเป็นปกติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การเจ็บป่วยทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะผิดปกติ จึงไม่สามารถทำกิจกรรมตามช่วงวัยที่ควรจะได้ด้วยมีข้อจำกัดด้านร่างกายต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังบางรายถูกจำกัดกิจกรรม ไม่สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้ ขาดโอกาสด้านการเรียนรู้ ขาดโอกาสพัฒนาทักษะและความสามารถ บกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อน จึงส่งผลให้เด็กมีคุณภาพชีวิตลดลง และต้องการหายป่วยเพื่อใช้ชีวิตตามปกติ (Lum et al., 2017; Rasha Gamal-El-Din et al., 2021; Silva et al., 2019)

โรคเรื้อรังยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์เช่นกัน ตามที่พบว่า เด็กมีความเบื่อหน่ายทั้งต่ออาการที่เป็น การรักษา การใช้ยา และทำตามแผนการรักษา สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นได้ในเด็กวัยเรียนซึ่งเป็นไปตามพัฒนาการตามวัยของเด็กที่จะเปรียบเทียบความแตกต่างของตนเองกับบุคคลอื่นโดยเฉพาะเพื่อน ทำให้เด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังรู้สึกหงุดหงิด กังวล เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ง่าย (Hockenberry et al., 2021) รวมทั้งรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว เนื่องจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้ครอบครัวต้องเผชิญปัญหามากมายในการดูแลเด็ก ต้องมีการจัดการให้เด็กได้รับการรักษาที่เป็นไปตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง เกิดเป็นภาระการดูแล หากครอบครัวมีรูปแบบ



การเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสม หรือมีการจัดการที่ยากลำบาก จะทำให้เด็กเกิดความคับข้องใจ มีปัญหาด้านอารมณ์ ซึมเศร้า หรือมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Sudnawa et al., 2024; Sutthisompohn & Kusol, 2021)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กรวมถึงครอบครัวเป็นระยะ เพื่อให้การช่วยเหลือ อีกทั้งพยาบาลโรงเรียนควรวางแผนการช่วยเหลือเด็กป่วยโรคเรื้อรังตามข้อจำกัดเฉพาะของแต่ละราย เช่น จัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจในเด็กที่มีแนวโน้มประสบปัญหาทางด้านจิตใจหรือการปรับตัวต่อโรค

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรจัดการเรียนรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคเรื้อรังและแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กและครอบครัว เช่น การประเมินคุณภาพชีวิตของเด็ก บทบาทของพยาบาลเด็กและงานอนามัยโรงเรียนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียน เช่น ปัจจัยในบริบทของโรงเรียน เนื่องจากโรงเรียนเป็นบริบทที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็ก

References

- Ahmed Meelad, R., Abd Hamid, I. J., Zainudeen, Z. T., Hashim, I. F., Azizuddin, M. N. A., Mangantig, E., Taib, F., Mohamad, N., Ismail, I. H., Abdul Latiff, A. H., & Mohd Noh, L. (2023). Health-related quality of life of patients and families with primary immunodeficiency in Malaysia: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Immunology*, 43(5), 999-1006. <https://doi.org/10.1007/s10875-023-01463-1>
- Amodeo, G., Ragni, B., Calcagni, G., Piga, S., Giannico, S., Yammine, M. L., Drago, F., Ciofi Degli Atti, M. L., Rossi, A., De Stasio, S., & Grimaldi Capitello, T. (2022). Health-related quality of life in Italian children and adolescents with congenital heart diseases. *BMC Cardiovascular Disorders*, 22(1), 173. <https://doi.org/10.1186/s12872-022-02611-y>
- Barthel, D., Ravens-Sieberer, U., Nolte, S., Thyen, U., Klein, M., Walter, O., Meyrose, A. K., Rose, M., & Otto, C. (2018). Predictors of health-related quality of life in chronically ill children and adolescents over time. *Journal of Psychosomatic Research*, 109, 63-70. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.03.005>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). *About chronic diseases*. Centers for Disease Control and Prevention.
- 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>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>



Quality of Life of School-aged Children Living with Chronic Illness:
A Convergent Mixed Method Study
คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง: การวิจัยผสมผสานวิธีแบบคู่ขนาน

- Forrest, C. B., Koenigsberg, L. J., Harvey, F. E., Maltenfort, M. G., & Halfon, N. (2025). Trends in US children's mortality, chronic conditions, obesity, functional status, and symptoms. *JAMA*, 34(6), 509-516. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.9855>
- Hall, C., Donza, C., McGinn, S., Rimmer, A., Skomial, S., Todd, E., & Vaccaro, F. (2019). Health-related quality of life in children with chronic illness compared to parents: A systematic review. *Pediatric Physical Therapy*, 31(4), 315-322. <https://doi.org/10.1097/PEP.00000000000000638>
- Health Information System Development Office (HISO). (2020). *Thai health statistics*. <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/system/index.php?t=01>
- Hockenberry, M. J., Rodgers, C. C., & Wilson, D. (2021). *Wong's essentials of pediatric nursing* (11th ed.). Elsevier.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Lum, A., Wakefield, C. E., Donnan, B., Burns, M. A., Fardell, J. E., & Marshall, G. M. (2017). Understanding the school experiences of children and adolescents with serious chronic illness: A systematic meta-review. *Child: Care, Health & Development*, 43(5), 645-662. <https://doi.org/10.1111/cch.12475>
- Moreno-Medina, K., Barrera-Castañeda, M., Vargas-Acevedo, C., García-Torres, A. E., Ronderos, M., Huertas-Quñones, M., Cabrera, S., Domínguez, M. T., Sandoval Reyes, N., & Dennis, R. J. (2020). Quality of life in children with infrequent congenital heart defects: Cohort study with one-year of follow-up. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1265-z>
- Morse, J. M. (1991). Strategies for sampling. In J. M. Morse (Ed.), *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue*. Sage.
- Oumtane, A. (2016). *Qualitative research in nursing*. Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer Health.
- Rasha Gamal-El-Din Abu-El-Goud, Ahmed M Hegab, Fouad M A. Yousef, & Eman Abdel-Baset Mohamed. (2021). Health-related quality of life in children and adolescents with chronic kidney diseases at Sohag, Egypt: A case-control study. *Journal of Medicine in Scientific Research*, 4(4), 320-327.
- Salih, K. M. A. (2019). The impact of sickle cell anemia on the quality of life of sicklers at school age. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(2), 468-471. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_444_18
- Silva, N., Pereira, M., Otto, C., Ravens-Sieberger, U., Canavarro, M. C., & Bullinger, M. (2019). Do 8-to 18-year-old children/adolescents with chronic physical health conditions have worse health-related quality of life than their healthy peers? A meta-analysis of studies using the KIDSCREEN questionnaires. *Quality of Life Research*, 28(7), 1725-1750. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02189-7>



Quality of Life of School-aged Children Living with Chronic Illness:
A Convergent Mixed Method Study
คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง: การวิจัยผสมผสานวิธีแบบคู่ขนาน

- Sinlapamongkolkul, P., & Surapolchai, P. (2020). Health-related quality of life in Thai children with thalassemia as evaluated by PedsQL and EQ-5D-Y: A single-center experience. *Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases*, 12(1), e2020036. <https://doi.org/10.4084/mjhid.2020.036>
- Sritipsukho, P., Wisai, M., & Thavorncharoensap, M. (2013). Reliability and validity of the Thai version of the pediatric quality of life inventory 4.0. *Quality of Life Research*, 22(3), 551–557. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0190-y>
- Sudnawa, K. K., Yeepae, J., Photia, A., Rujkijyanont, P., Traivaree, C., & Monsereenusorn, C. (2024). Health-related quality of life and its determinant factors in Thai children with cancer: Parents vs. children perspectives. *BMC Pediatrics*, 24(1), 531. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-05010-8>
- Sutthisompohn, S., & Kusol, K. (2021). Association between caregivers' family management and quality of life in children with chronic disease in Southern Thailand. *Patient Preference and Adherence*, 15, 2165–2174. <https://doi.org/10.2147/PPA.S327553>
- Tekin, M. N., Düşünsel, R., Şahin, N., Dursun, I., Sözeri, B., Çiçek, S. Ö., Kısaarslan, A. P., & Poyrazoğlu, M. H. (2022). Assessment of factor affecting the quality of life in children with juvenile idiopathic arthritis. *The Journal of Pediatric Academy*, 3(3), 125–131. <https://doi.org/10.51271/jpea-2022-163>
- The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24–56. <https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>
- Varni, J. W., Seid, M., & Kurtin, P. S. (2001). PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the pediatric quality of life inventory™ version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Medical Care*, 39(8), 800–812. <https://www.jstor.org/stable/3767969>
- World Health Organization. (2005). *Preventing chronic diseases: A vital investment: WHO global report*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/43314>



Factors Related to Care Behaviors Among Caregivers of Children with Congenital Heart Disease After Heart Surgery*

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ*

Thanatchaporn	Pantib**	ฐนัฐชกรณ	ปันทิบ**
Thitima	Suklerttrakul***	ฐิติมา	สุชลเลิศตระกูล***
Nethong	Namprom****	เนตรทอง	นามพรหม****

Abstract

Care behaviors among caregivers of children with congenital heart disease after heart surgery are crucial for the optimal health status of children after the surgery. This correlational study aimed to examine factors related to care behaviors among caregivers of children with congenital heart disease after heart surgery. The sample consisted of caregivers of children aged 1 to 6 years with acyanotic congenital heart disease after undergoing open-heart surgery, who attended follow-up appointments within the first two weeks post-surgery at the pediatric cardiology clinic at 5 tertiary hospitals in the northern region, with a total of 85 cases. The research instruments included a demographic data record form, the Care Behaviors of Caregivers of Children with Congenital Heart Disease After Heart Surgery Questionnaire, the Self-Efficacy of Caregivers Questionnaire, and the Social Support Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's correlation coefficient statistics.

The research results showed that the overall care behaviors of caregivers of children with congenital heart disease after heart surgery were at a high level ($M = 66.95$, $SD = 8.22$), accounting for 65.9%. Caregivers' self-efficacy and social support were significantly positively correlated with care behaviors at a high level ($r = .736$, $r = .759$, $p < .001$, respectively).

These findings can be used as preliminary data to promote more efficient care behaviors among caregivers of children with congenital heart disease after heart surgery during the first two weeks at home in order to provide correct and appropriate care for their children.

Keywords: Care behaviors; Children with congenital heart diseases; After heart surgery

* 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: thitima.suk@cmu.ac.th

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

Received 24 November 2024; Revised 31 December 2024; Accepted 29 January 2025



Factors Related to Care Behaviors Among Caregivers of Children with Congenital Heart Disease After Heart Surgery ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังผ่าตัดหัวใจ

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังผ่าตัดหัวใจมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพที่ดีของเด็กภายหลังผ่าตัดหัวใจ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของเด็กอายุ 1 ถึง 6 ปี ที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่มาติดตามการรักษาตามนัดในช่วง 2 สัปดาห์แรกภายหลังผ่าตัดหัวใจ ณ คลินิกโรคหัวใจเด็ก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 5 แห่ง ในเขตพื้นที่ภาคเหนือ จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 66.95$, $SD = 8.22$) คิดเป็นร้อยละ 65.9 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .736$, $r = .759$, $p < .001$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในช่วง 2 สัปดาห์แรกเมื่ออยู่ที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแล เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังผ่าตัดหัวใจ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: thitima.suk@cmu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวกลุ่มที่มีเลือดไปปอดมาก หรือกลุ่มที่เลือดไหลลัดจากหัวใจห้องซ้ายไปยังหัวใจห้องขวา (left to right shunt) ได้แก่ VSD, ASD, PDA และ AVSD เป็นความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Liu et al., 2019) เด็กกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น ภาวะหัวใจวาย การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง การติดเชื้อที่เยื่อปอดหัวใจ และการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนก่อนได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษา (Murni et al., 2021) ซึ่งการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญและจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Elsobky et al., 2018) โดยพบว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (The Society of Thoracic Surgeons of Thailand, 2023) และได้รับการผ่าตัดในช่วงอายุ 1-6 ปี (Chaimakham et al., 2022)

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเมื่อเด็กกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ซึ่งเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในช่วง 7-20 วันแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Benavidez et al., 2019; Kogon et al., 2019) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อที่เยื่อปอดหัวใจ (Kogon et al., 2019; Marin-Cruz et al., 2024) และการติดเชื้อแผลผ่าตัดบริเวณทรวงอก ในช่วง 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด (Shoeb et al., 2021) ดังนั้นการประเมินติดตามสุขภาพของเด็กและการดูแลที่เหมาะสม ในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัดหัวใจ จึงเป็นสิ่งที่จะต้องพิจารณาของสุขภาพของเด็ก

การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแล ในระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและอยู่พักฟื้นที่บ้าน ในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัดหัวใจมีความสำคัญมาก เนื่องจากเด็กมีความต้องการการดูแลที่เฉพาะภายหลังผ่าตัดในระยะแรกเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการดูแลแผลผ่าตัดบริเวณกระดูกหน้าอก การจำกัดน้ำและอาหารที่มีโซเดียมสูง การรับประทานยา และการทำกิจกรรมทางกาย (Coban & Ortobag, 2022; Lee & Koo, 2020) รวมถึงความต้องการการดูแลตามปกติด้านโภชนาการ จิตใจ และพัฒนาการ เนื่องจากได้รับผลกระทบจากการรักษา ซึ่งความต้องการการดูแลทั้งหมดของเด็กต้องอาศัยความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ เนื่องจากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัด อายุ 1-6 ปี อยู่ในช่วงวัยที่ยังไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ทั้งหมด ยังต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลเพราะมีข้อจำกัดด้านพัฒนาการและสติปัญญา (Hockenberry et al., 2021)

ในระยะแรกหลังผ่าตัด การทำหน้าที่ของหัวใจยังไม่ดีพอและบางรายมีความผิดปกติของหัวใจที่หลงเหลืออยู่ (Yuan et al., 2022) เด็กจึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ โดยกิจกรรมการดูแลในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัดหัวใจ ขณะอยู่บ้าน ได้แก่ ผู้ดูแลจะต้องดูแลบริเวณแผลผ่าตัดให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ ใช้ผ้าปิดแผลปิดให้สนิทจนกว่าจะถึงวันนัดติดตามอาการครั้งแรก ดูแลไม่ให้เด็กเล่นหรือทำกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดการกระทบกระแทกหรือหกล้ม เพราะมีผลต่อการยึดติดและเชื่อมประสานของแผลผ่าตัด ดูแลให้เด็กได้รับอาหารอย่างเหมาะสมและเพียงพอตามวัย ยังคงต้องจำกัดน้ำและอาหารที่มีโซเดียมสูง ดูแลให้รับประทานยาทุกวันตามแผนการรักษาให้ถูกต้องทั้งชนิด ขนาด เวลา และสังเกตอาการข้างเคียงของยาจนถึงวันที่แพทย์นัดใน 2 สัปดาห์แรก สังเกตอาการผิดปกติบริเวณแผลผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการของภาวะหัวใจวายและการติดเชื้อทางเดินหายใจ และดูแลการทำกิจกรรมทางกาย ซึ่งสำคัญต่อพัฒนาการของเด็ก โดยผู้ดูแลควรส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และการออกกำลังกายที่สัมพันธ์กับพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวเท่าที่เด็กสามารถทำได้ตามวัย เช่น การช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหารและการแต่งตัว รวมถึงการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการลุกนั่งหรือนั่งเล่นของเล่น และการก้าวเดินช้า ๆ (Haseba et al., 2018; Yotsai et al., 2021)

การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจที่บ้าน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Ehrler et al., 2023; Ni et al., 2019) อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความยากลำบากในการจัดการดูแลเด็ก ผู้ดูแลจำเป็นต้องปรับบทบาทตนเองอย่างต่อเนื่องในการจัดการดูแลเด็กในระยะนี้ (Ni et al., 2019) จาก



ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสมได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสมในเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด การจำกัดน้ำหรืออาหารที่มีโซเดียม การนับอัตราการเต้นของหัวใจก่อนให้ยาโรคหัวใจ การสังเกตอาการผิดปกติของเด็ก การทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูร่างกาย และการดูแลสภาพช่องปากเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่เยื่อหัวใจ (Coban & Ortabag, 2022; Elsobky et al., 2018; Intaranarong et al., 2023; Khueanthong et al., 2021) ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ กฤติกา อินทรณรงค์ และคณะ (Intaranarong et al., 2023) พบว่า ผู้ดูแลบางรายไม่ได้ดูแลบริเวณแผลผ่าตัด เช่น ไม่ได้ระมัดระวังไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำขณะเด็กอาบน้ำ ทาครีมโลชั่นหรือแป้งบริเวณแผลผ่าตัด และไม่พาเด็กไปพบแพทย์ทันทีเมื่อแผลผ่าตัดมีอาการผิดปกติ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้นับอัตราการเต้นของหัวใจของเด็กก่อนให้ยาลาน็อกซิน และไม่ได้ควบคุมปริมาณน้ำดื่มและนมของเด็กให้ใกล้เคียงตามคำแนะนำที่ได้รับและไม่ได้จำกัดอาหารที่มีโซเดียม ซึ่งพฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้เด็กเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดขณะอยู่ที่บ้านได้ (Eckerstrom et al., 2023; Shoeb et al., 2021)

จากความสำคัญของการดูแลดังกล่าวข้างต้น ยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในช่วง 2 สัปดาห์ ขณะอยู่บ้าน แต่พบการศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในช่วง 30 วัน (Khueanthong et al., 2021) 3 เดือน (Intaranarong et al., 2023) และ 1 ปี หลังผ่าตัดหัวใจ (Payjapoh et al., 2017) ซึ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลทั่วไปสำหรับดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจที่ไม่ได้มีความเฉพาะกับการดูแลในแต่ละช่วงเวลาที่สำคัญตามความต้องการการดูแลของเด็ก และยังพบว่า ในระยะเวลาการดูแลดังกล่าว การดูแลแผลผ่าตัด การทำกิจกรรมทางกาย และการป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ดูแลยังปฏิบัติได้ไม่ดี (Intaranarong et al., 2023; Khueanthong et al., 2021) อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กเกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวมทั้งการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่สมวัย ดังนั้นจึงยังคงมีความจำเป็นในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัดหัวใจขณะพักฟื้นที่บ้าน เพื่อช่วยลดการเกิดปัญหาสุขภาพของเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ

พฤติกรรมการดูแล ตามแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ โอเร็ม (Orem, 2001) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่ริเริ่มและกระทำสำหรับบุคคลที่ต้องพึ่งพาเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ประกอบด้วย 1) การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป 2) การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และ 3) การดูแลที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ถึงแม้จะพบว่า มีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ โดยใช้แนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ โอเร็ม แต่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้งชนิดเขียวและไม่เขียว อายุ 0-5 ปี ในช่วง 1 ปี หลังผ่าตัดหัวใจโดยพบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับดี รายด้านพบว่า การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป และการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการอยู่ในระดับดี ส่วนการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Payjapoh et al., 2017) จึงไม่สามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวหลังผ่าตัดหัวใจ อายุ 1-6 ปี ใน 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัดได้ เนื่องจากมีความแตกต่างกันในคุณลักษณะของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแต่ละชนิดมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวมีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนกว่าชนิดไม่เขียว (Petruentong et al., 2018) และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในแต่ละกลุ่มอายุของเด็กก็มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ระยะเวลาภายหลังได้รับการผ่าตัดของเด็กใน 2 สัปดาห์แรกและใน 1 ปี อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่มีความแตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา และความสัมพันธ์



กับเด็ก (Payjapoh et al., 2017) โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ดังนั้นการศึกษานี้จึงไม่ได้เลือกศึกษาความสัมพันธ์ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล สำหรับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลทั้งในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจ (Chaisom et al., 2010) และหลังผ่าตัดหัวใจในช่วง 30 วัน ขณะอยู่บ้าน (Khueanthong et al., 2021) และการสนับสนุนทางสังคม พบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลทั้งในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจขณะอยู่บ้าน (S.G.M.L et al., 2022) และหลังผ่าตัดหัวใจขณะพักฟื้นในโรงพยาบาล (Jaikla et al., 2021) ซึ่งทั้งสองปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ และสามารถปรับเปลี่ยนได้ในแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

ตามทฤษฎีของ โอเร็ม (Orem, 2001) ผู้ดูแลที่ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ อายุ 1-6 ปี เป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็ก โดยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาและปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน ในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถเชื่อมโยงได้กับแนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในความสามารถระดับพลังความสามารถ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจในการดูแลของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกรดูแลเด็กในระยะหลังผ่าตัด และการสนับสนุนทางสังคม สามารถเชื่อมโยงได้กับแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่และพอเพียง ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกบุคคลในปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลตามแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1997) หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการจัดการและการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็น เพื่อบรรลุผลสำเร็จและมีอำนาจทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ (Bandura, 1997) หากผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง อาจนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจที่ดีขึ้นได้ ถึงแม้มีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์กับการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจโดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ($r = 0.846, p < .001$) (Khueanthong et al., 2021) แต่เป็นการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เป็นความเชื่อมั่นของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก ในช่วง 30 วัน หลังผ่าตัดหัวใจ ในการดูแล 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การทำกิจกรรม การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด จึงอาจไม่สามารถนำมาอธิบายในผู้ดูแลในการศึกษานี้ ซึ่งศึกษาความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดใน 2 สัปดาห์แรก หลังผ่าตัดหัวใจ ในการดูแลที่จำเป็นทั้ง 3 ด้าน ที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในการศึกษานี้

ส่วนการสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) โดยพบเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระยะหลังผ่าตัดหัวใจขณะอยู่พักฟื้นที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ($r = .340, p < .01$) (Jaikla et al., 2021) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาในครั้งนี้ จึงอาจไม่สามารถนำมาใช้อธิบายการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและอยู่พักฟื้นที่บ้านในช่วง 2 สัปดาห์แรก เนื่องจากมีความแตกต่างกันในช่วงระยะเวลาของการดูแลและสถานที่ที่ให้การดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล



ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาสองปัจจัยดังกล่าวที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ในช่วง 2 สัปดาห์หลังผ่าตัดหัวใจ ขณะอยู่บ้าน โดยใช้แนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ โอเร็ม (Orem, 2001) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

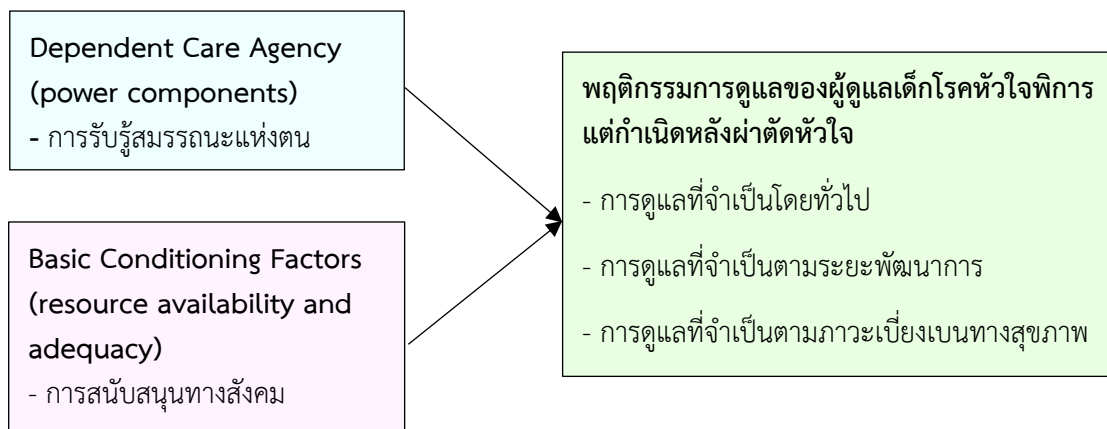
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งเป็นแนวคิดในทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ตามแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลเด็กอายุ 1-6 ปี ที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวหลังผ่าตัดหัวใจ ใน 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลที่จำเป็นตามภาวะเปราะบางทางสุขภาพ โดยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ขึ้นอยู่กับ 1) ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (dependent care agency) และ 2) ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (basic conditioning factors) ซึ่งในการศึกษานี้ ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา คือ พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) ในส่วนของระดับพลังความสามารถในทักษะการตัดสินใจ วางแผน ดำเนินการดูแล และตอบสนองความต้องการของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ โดยพลังความสามารถช่วยเชื่อมโยงการรับรู้กับการกระทำที่จิตใจของผู้ดูแลส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะการรับรู้และปฏิบัติตามความต้องการของเด็กในแต่ละด้านได้เหมาะสม ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura, 1997) หากผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จะส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการตอบสนองความต้องการการดูแลของเด็กทั้ง 3 ด้านจากการที่ผู้ดูแลรับรู้ความสามารถและเชื่อว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติการดูแลเด็กในระยะหลังผ่าตัดได้สำเร็จ และคาดว่าจะเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อเด็กได้ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ดูแลในการลงมือปฏิบัติ อาจจะทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้องได้

สำหรับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน คือ แหล่งสนับสนุนที่มีอยู่และพอเพียง (resource availability and adequacy) เป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการเลือกวิธีการปฏิบัติในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็ก โดยมีความเชื่อมโยงกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) หากผู้ดูแลรับรู้ว่าจะได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอ ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจ มีคุณค่า และสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้ อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ดังแผนภาพที่ 1



Factors Related to Care Behaviors Among Caregivers of Children
with Congenital Heart Disease After Heart Surgery
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
หลังผ่าตัดหัวใจ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่มีอายุ 1-6 ปี ที่ได้รับการรักษาผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พาเด็กมารับการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีศูนย์ผ่าตัดหัวใจในภาคเหนือของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวที่มีอายุ 1-6 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่พาเด็กมารับการตรวจที่คลินิกโรคหัวใจเด็กหลังผ่าตัดครั้งแรก ไม่เกิน 2 สัปดาห์ หลังจำหน่ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตพื้นที่ภาคเหนือ 5 แห่ง โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลัก ได้แก่ บิดา มารดา ญาติ หรือบุคคลที่จ้างมา ที่ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด VSD, ASD และ AVSD ที่ให้การดูแลเด็กที่บ้าน หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดครั้งแรก ไม่เกิน 2 สัปดาห์ 2) มีอายุ 20 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ถึงอายุ 59 ปี 3) สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีโรคร่วมทางพันธุกรรมอื่น ได้แก่ Trisomy 13, Trisomy 18, และ Trisomy 21 และที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหัวใจก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ภาวะ chylothorax

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยวิธีเปิดตารางประมาณค่าการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.30 เป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 85 ราย (Polit & Beck, 2021) และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคัดเลือกตามสัดส่วน (proportional sampling) จากจำนวนประชากรทั้งหมดของแต่ละโรงพยาบาล จำนวน 5 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับเด็ก เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ และระยะเวลาในการดูแลเด็กตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจนถึงการผ่าตัด จำนวน 9 ข้อ



ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ยาที่เด็กได้รับในปัจจุบัน สิทธิในการรักษา จำนวน 6 ข้อ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของ ฉัตรชญา พยอมหอม และคณะ (Payomhom et al., 2013) ที่พัฒนาจากแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ โอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ ด้านบวก 22 ข้อ ด้านลบ 5 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลเด็กเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป 13 ข้อ การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ 4 ข้อ และการดูแลที่จำเป็นตามภาวะเสี่ยงเบนทางสุขภาพ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเหตุการณ์นั้น ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ เกณฑ์การให้คะแนน 1-3 คะแนน โดยการให้คะแนนข้อคำถามด้านลบเป็นการให้คะแนนกลับรายชื่อ ข้อที่ระบุว่า ไม่มีเหตุการณ์นั้น ได้ 0 คะแนน ไม่น่ามาวิเคราะห์ข้อมูล คะแนนรวม 27-81 คะแนน การแปลผลคะแนน โดยแบ่งช่วงคะแนนตามอันตรภาคชั้นเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน แบ่งพฤติกรรมการดูแลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (คะแนน 63.02-81.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 45.01-63.01) และระดับต่ำ (คะแนน 27.00-45.00)

3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาของ พรศิริ ใจสม และคณะ (Chaisom et al., 2010) ที่สร้างจากแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) แนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ โอเร็ม (Orem, 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจที่ครอบคลุมการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กทั้ง 3 ด้าน มีจำนวน 25 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ประกอบด้วย ความมั่นใจในการดูแลเด็กด้านการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป 13 ข้อ การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ 3 ข้อ และการดูแลที่จำเป็นตามภาวะเสี่ยงเบนทางสุขภาพ 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มั่นใจเลย มั่นใจน้อย มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก มั่นใจมากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน 1-5 คะแนน คะแนนรวม 25-125 คะแนน การแปลผลคะแนน โดยแบ่งช่วงคะแนนตามอันตรภาคชั้นเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน แบ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (คะแนน 91.68-125.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 58.34-91.67) และระดับต่ำ (คะแนน 25.00-58.33)

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของ สุภาพร วัฒนา และคณะ (Wattana et al., 2022) ที่สร้างตามแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลต่อการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนใน 4 ด้าน มีข้อคำถาม 27 ข้อ ด้านบวก 16 ข้อ และด้านลบ 11 ข้อ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ 8 ข้อ ด้านการประเมินค่า 6 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 6 ข้อ และด้านทรัพยากร 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน 1-5 คะแนน สำหรับข้อคำถามด้านลบให้คะแนนกลับรายชื่อ คะแนนรวม 27-135 คะแนน การแปลผลคะแนน โดยแบ่งช่วงคะแนนตามอันตรภาคชั้นเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน แบ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (คะแนน 99.02-135.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 63.01-99.01) และระดับน้อย (คะแนน 27.00-63.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

(CVI) เท่ากับ 0.96, 1.00 และ 0.92 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.83, 0.96 และ 0.84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ 116/2566 วันที่อนุมัติ 26 ตุลาคม 2566 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ 446/66 COA-NUR116/66 วันที่อนุมัติ 26 ตุลาคม 2566 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เอกสารรับรองเลขที่ ชร 0033.102/วิจัย/EC.67-180 วันที่อนุมัติ 20 มีนาคม 2567 โรงพยาบาลลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ EC 209/66 วันที่อนุมัติ 27 ธันวาคม 2566 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เอกสารรับรองเลขที่ อว 0603.10/ 9338 วันที่อนุมัติ 29 พฤศจิกายน 2566 และโรงพยาบาลพุทธชินราช เอกสารรับรองเลขที่ พล 0033.124.4/021 วันที่อนุมัติ 16 มกราคม 2567 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงของการเข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับของข้อมูลสิทธิ์ในการปฏิเสธหรือตอบรับเข้าร่วมวิจัย การถอนตัวออกจากโครงการวิจัย การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และข้อมูลถูกทำลายทั้งหมดภายใน 1 ปีหลังจากการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ให้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 4 คน เก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล และการขอความยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความเข้าใจในการเก็บข้อมูลให้ตรงกัน โดยให้ผู้ช่วยวิจัยแต่ละคนฝึกเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจจำนวน 1 คน เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างคืนแบบสอบถามทั้งหมดใส่ไว้ในซอง และคืนหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยใส่ในกล่องที่ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเตรียมไว้ให้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Spearman's correlation coefficient กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลพบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.6 เป็นมารดาของเด็ก ร้อยละ 80.0 มีอายุเฉลี่ย 33 ปี (SD = 7.84) มีอายุระหว่าง 20-40 ปี ร้อยละ 83.5 สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 78.8 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 43.5 มีรายได้ครอบครัว 10,001-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 32.9



และรายได้เพียงพอ ร้อยละ 71.8 เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 54.1 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.1 ระยะเวลาในการดูแลเด็กตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจนถึงการผ่าตัดหัวใจ เฉลี่ยประมาณ 2 ปี (SD = 1.30)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.9 อายุเฉลี่ย 2 ปี 11 เดือน (SD = 1.41) มีอายุระหว่าง 1-3 ปี ร้อยละ 58.8 สิทธิในการรักษาใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ร้อยละ 82.4 ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น VSD ร้อยละ 60.0 ได้รับการผ่าตัดเย็บปิดรูรั่วที่ผนังหัวใจห้องล่าง ร้อยละ 60.0 ยาที่เด็กได้รับในปัจจุบัน เป็นยารับประทาน ร้อยละ 100 ได้รับยาขับปัสสาวะ ร้อยละ 48.2

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจใน 2 สัปดาห์แรก โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.9 (M = 66.95, SD = 8.22) มีคะแนนระหว่าง 44-81 คะแนน สำหรับคะแนนรายด้านพบว่า พฤติกรรมดูแลในแต่ละด้านอยู่ในระดับสูงทั้งหมด โดยพฤติกรรมดูแลอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คือ ด้านการดูแลที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ร้อยละ 82.4 (M = 26.29, SD = 3.44) ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ “ฉันดูแลให้เด็กรับประทานยาตรงตามชนิด ขนาด และเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์” ข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ “ฉันดูแลให้เด็กรับประทานยาที่ซื้อมาจากร้านขายยา เมื่อเด็กเป็นหวัด ไข้ ไอ เจ็บคอ หรือมีเสมหะ” (คำถามเชิงลบ) รองลงมา คือ ด้านการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ร้อยละ 67.1 (M = 10.07, SD = 2.05) ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ “ฉันปล่อยให้เด็กทุกคนร้องไห้หรือกลัว” ข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ “ฉันกระตุ้นและส่งเสริมการเรียนรู้ และการคิดของเด็กที่เหมาะสมกับวัย” และด้านการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป ร้อยละ 52.9 (M = 30.58, SD = 4.11) ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ “ฉันให้เด็กรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ เช่น หมู ไก่ หรือปลา” ข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ “ฉันให้เด็กรับประทานขนมได้ตามปกติเหมือนเด็กทั่วไป เช่น ขนมปัง มันฝรั่งทอด ข้าวโพดอบเนย หรือขนมกรุบกรอบ” (คำถามเชิงลบ) ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 48.2 (M = 98.51, SD = 18.11) มีคะแนนระหว่าง 47-125 คะแนน ดังตารางที่ 1 สำหรับคะแนนรายด้านพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในแต่ละด้านอยู่ในระดับสูงทั้งหมด โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 68.2 (M = 36.24, SD = 6.92) รองลงมา คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป ร้อยละ 67.1 (M = 50.54, SD = 9.77) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ร้อยละ 58.8 (M = 11.72, SD = 2.55)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.5 (M = 102.24, SD = 17.18) มีคะแนนระหว่าง 68-135 คะแนน ดังตารางที่ 1 สำหรับคะแนนรายด้านพบว่า ด้านทรัพยากรและด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับสูง (M = 27.24, SD = 4.78 และ M = 24.21, SD = 3.60 ตามลำดับ) ด้านอารมณ์ และด้านการประเมินค่า อยู่ในระดับปานกลาง (M = 28.90, SD=6.95 และ M = 21.88, SD = 4.83 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคะแนน ของตัวแปรที่ศึกษา (n = 85)

ตัวแปรที่ศึกษา	Range	M	SD	ระดับคะแนน
พฤติกรรมดูแล โดยรวม	44-81	66.95	8.22	สูง
ด้านการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป	19-39	30.58	4.11	สูง
ด้านการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ	3-12	10.07	2.05	สูง
ด้านการดูแลที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ	15-30	26.29	3.44	สูง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล	47-125	98.51	18.11	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	68-135	102.24	17.18	สูง



Factors Related to Care Behaviors Among Caregivers of Children with Congenital Heart Disease After Heart Surgery

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

หลังผ่าตัดหัวใจ

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .736, p < .001$ และ $r = .759, p < .001$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ($n = 85$)

ตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล	.736	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.759	< .001

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า พฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับสูงทุกด้าน อาจเป็นสาเหตุให้พฤติกรรมการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในช่วง 2 สัปดาห์แรก ขณะอยู่ที่บ้าน ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลที่จำเป็น 3 ด้าน (Orem, 2001) ได้แก่

1.1 พฤติกรรมการดูแลด้านการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปอยู่ในระดับสูง ($M = 30.58, SD = 4.11$) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลร้อยละ 80.0 เป็นมารดาของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจที่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 1-3 ปี ซึ่งเป็นวัยเริ่มต้นของพัฒนาการ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ทั้งหมด ต้องการพึ่งพาการดูแลจากผู้ใหญ่ (Orem, 2001) มารดาเป็นผู้ที่ใช้เวลามากที่สุดในการดูแลทั้งการดูแลทั่วไปและการดูแลที่เฉพาะ และตอบสนองความต้องการของเด็กได้ดี (Pinheiro et al., 2017) โดยมารดาหรือผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีความสามารถในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดระยะหลังผ่าตัดหัวใจ ซึ่งเป็นบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาจากมารดาหรือผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง (Orem, 2001) และส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีอายุระหว่าง 20-40 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่บ่งชี้ถึงวุฒิภาวะในการรับรู้และการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรม (Orem, 2001)

นอกจากนี้ ระยะเวลาในการดูแลเด็กของผู้ดูแลตั้งแต่ทราบว่าเด็กเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจนถึงวันผ่าตัดหัวใจโดยเฉลี่ย 2 ปี ที่ได้ดูแลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งกลับไปดูแลต่อที่บ้านในช่วง 2 สัปดาห์แรก หลังผ่าตัด ซึ่งเป็นระยะเวลาการดูแลที่นาน สามารถช่วยเพิ่มประสบการณ์และทักษะการดูแลจนเกิดความชำนาญ และสามารถปรับตัวในการดูแลเด็กได้เหมาะสม (Orem, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิเศษ เชื้อทอง และคณะ (Khueanthong et al., 2021) ที่ศึกษาการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล ไม่เกิน 30 วัน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักที่บ้านเป็นมารดาและเด็กมีอายุ 1-3 ปี โดยพบว่า การดูแลด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของ กฤติกา อินทรณรงค์ และคณะ (Intaranarong et al., 2023) ที่ศึกษาการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล ในช่วง 3 เดือน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักที่บ้านเป็นมารดาและเด็กมีอายุ 1-2 ปี โดยพบว่า การดูแลด้านการรับประทานอาหารและการทำกิจกรรมประจำวันของเด็กอยู่ในระดับสูง

อย่างไรก็ตาม ในรายช้อยยังพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลบางกิจกรรมที่ไม่เหมาะสม อาจเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ ได้แก่ ผู้ดูแลเติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือซอสปรุงรสในอาหารเพื่อเพิ่มรสชาติ โดยร้อยละ 48.2 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 31.8 ปฏิบัติเป็นประจำ ผู้ดูแลให้เด็กรับประทานนมได้ตามปกติ

เหมือนเด็กทั่วไป เช่น ขนมนึ่ง มันฝรั่งทอด ข้าวโพดอบเนย หรือขนมกรุบกรอบ ร้อยละ 50.6 ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 36.5 ปฏิบัติบางครั้ง ผู้ดูแลให้เด็กดื่มน้ำและนมได้โดยไม่จำกัดปริมาณ ร้อยละ 43.5 ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 36.5 ปฏิบัติบางครั้ง รวมทั้ง ผู้ดูแลพาเด็กไปสถานที่ท่องเที่ยวต่าง ๆ เมื่อมีโอกาสร้อยละ 63.5 ปฏิบัติ บางครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากจากผู้ดูแลรับรู้หลังจากผ่าตัดหัวใจเด็กมีอาการดีขึ้นจากการที่สังเกตอาการทั่วไปของ เด็กที่เหมือนปกติ เช่น รับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย และเป็นหวัดน้อยลง จึงไม่ได้ดูแล เข้มงวดในการจำกัดน้ำ นม และอาหารที่มีโซเดียมสูงหรือมีรสเค็ม หรือหลีกเลี่ยงการไปสถานที่แออัด เหมือนตอน ก่อนผ่าตัดหัวใจ (Srichantarant & Thampanichawat, 2018)

1.2 พฤติกรรมการดูแลด้านการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการอยู่ในระดับสูง ($M = 10.07$, $SD = 2.05$) อาจเนื่องมาจากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจชนิดไม่เขียว ส่วนใหญ่มักไม่มีการที่รุนแรง และหลังจากได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติ เด็กจะมีพัฒนาการและสติปัญญาที่ปกติหรือใกล้เคียงกับเด็กปกติ ทำให้ผู้ดูแลสามารถกระตุ้นพัฒนาการให้แก่เด็กในระยะหลังผ่าตัดได้โดยไม่มีความยุ่งยาก ซึ่งในระยะ 1-2 สัปดาห์ หลังผ่าตัด เด็กสามารถทำกิจกรรมในระดับเบาหรือปานกลางได้อย่างปลอดภัย เช่น เล่นเลียนแบบงานบ้าน นั่งเล่น ต่อภาพ และเดินเล่นในบริเวณบ้าน เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่เหมาะสมกับช่วงวัย (Yotsai et al., 2021)

เมื่อพิจารณารายข้อในการศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำในทุกข้อ ได้แก่ การ กระตุ้นและส่งเสริมการเรียนรู้และการคิดของเด็กที่เหมาะสมกับวัย ส่งเสริมการใช้ภาษาและความเข้าใจภาษาที่ เหมาะสมกับวัย และเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับเด็กทุกครั้ง เช่น ดูรูปภาพในหนังสือกับเด็ก หรือเดิน เล่นกับเด็ก เป็นต้น จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลในการศึกษานี้ได้ปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัยตาม ความต้องการการดูแลด้านพัฒนาการของเด็กอายุ 1-6 ปี จากผู้ดูแล เพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการของ เด็กในระยะหลังผ่าตัดหัวใจในช่วง 2 สัปดาห์แรก ขณะพักฟื้นที่บ้าน โดยที่ผู้ดูแลคำนึงถึงข้อจำกัดด้านภาวะ สุขภาพของเด็ก (health state) ในระยะนี้ด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุฑามาศ พายจะโปะ และคณะ (Payjapoh et al., 2017) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ด้าน การส่งเสริมพัฒนาการอยู่ในระดับดี และผลการศึกษาของ ชญาภา วันทุม และ สุพรรณิ สุ่มเล็ก (Vantum & Soomlek, 2012) ที่พบว่า การส่งเสริมพัฒนาการเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแลอยู่ใน ระดับมาก

1.3 พฤติกรรมการดูแลด้านการดูแลที่จำเป็นตามภาวะเปราะบางทางสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ($M = 26.29$, $SD = 3.44$) โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำในเรื่องการดูแลให้เด็กรับประทานยา และสังเกตอาการ ผิดปกติจากการรับประทานยา การสังเกตอาการหัวใจวายและการช่วยเหลือ การดูแลแผลผ่าตัดและสังเกตอาการ ผิดปกติบริเวณแผลผ่าตัด รวมทั้งการซักถามแพทย์หรือพยาบาล เมื่อผู้ดูแลมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการ หรือการดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสม (Wu et al., 2015) การที่ ผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่อธิบายปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ (health-care system factor) ที่เป็นปัจจัยหนึ่งในปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานตามทฤษฎีของ โอเร็ม (Orem, 2001) ที่ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กในระยะหลังผ่าตัดหัวใจที่บ้าน เช่น การดูแลแผลผ่าตัดและสังเกตการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด โดยเฉพาะในช่วงก่อนมาพบแพทย์ตามนัด จึงทำให้ผู้ดูแลในการศึกษานี้มีพฤติกรรมการดูแล ด้านนี้อยู่ในระดับสูง

ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิเศษ เชื้อนทอง และคณะ (Khueanthong et al., 2021) ที่ศึกษาการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ไม่เกิน 30 วัน พบว่า ผู้ดูแลมีการดูแลโดยรวม อยู่ในระดับสูง โดยด้านการดูแลแผลผ่าตัด ด้านการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ และด้านการ



รับประทานยา อยู่ในระดับสูง และการศึกษาของ กฤติกา อินทรณรงค์ และคณะ (Intaranarong et al., 2023) ที่ศึกษาการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ในช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ดูแลมีการดูแล
แผลผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ และการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง

อย่างไรก็ตาม มีบางรายข้อที่ผู้ดูแลยังมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมโดยพบว่า ผู้ดูแล ร้อยละ 69.4 ดูแลให้เด็ก
รับประทานยาที่ซื้อจากร้านขายยา เมื่อเด็กเป็นหวัด ไข้ ไอ เจ็บคอ หรือมีเสมหะ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากก่อน
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ดูแลได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพที่เน้นการดูแลให้เด็กรับประทานยา
ตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งยาที่เด็กได้รับกลับบ้านส่วนใหญ่เป็นยาขับปัสสาวะและยาลาน็อกซิน เมื่อเด็กเป็น
หวัด ผู้ดูแลอาจรับรู้ว่าเป็นอาการป่วยเล็กน้อยและไม่รุนแรง จึงให้การรักษาเองที่บ้านโดยซื้อยาจากร้านขายยามา
ให้เด็กรับประทาน โดยอาจจะไม่ได้ตระหนักถึงผลกระทบหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นกับโรคหัวใจพิการ
แต่กำเนิดที่เด็กเป็นอยู่

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังผ่าตัดหัวใจ

2.1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแล
ของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .736, p < .001$) แสดงให้
เห็นว่า เมื่อผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน นั่นคือ ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นในการ
ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ขณะอยู่ที่บ้านในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัดหัวใจ ผู้ดูแลมี
พฤติกรรมการดูแลที่ดียิ่งขึ้น ทั้งด้านการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการ
ดูแลที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา
(Bandura, 1997) เมื่อผู้ดูแลรู้สึกมีความมั่นใจในการปฏิบัติดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลที่มี
ความเฉพาะ ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นที่ผู้ดูแลจะพยายามกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไปโดยมุ่งหวังให้สำเร็จและนำไปสู่
ผลลัพธ์ที่คาดหวังได้

ทั้งนี้สามารถอธิบายผลการศึกษาดังกล่าว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งมีความเชื่อมโยงกับแนวคิดความสามารถ
ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในความสามารถระดับพลังความสามารถ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของ
ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ซึ่งตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 2001)
ความสามารถในการตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นหนึ่งในพลังความสามารถ 10 ประการ
สามารถเป็นพลังอย่างมากที่จะทำให้ผู้ดูแลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมการ
ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นทั้ง 3 ด้านของเด็กในระยะหลังผ่าตัด โดยพลังความสามารถเป็น
ตัวกลางที่เชื่อมการรับรู้กับการกระทำที่จิตใจของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ดีขึ้น

นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการ
แต่กำเนิดตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคและให้การดูแลต่อเนื่องจนถึงวันผ่าตัดหัวใจ อยู่ในช่วงระยะเวลา 1-2 ปี
ร้อยละ 51.8 ซึ่งกิจกรรมการดูแลในระยะก่อนผ่าตัดและภายหลังผ่าตัดมีบางกิจกรรมที่ปฏิบัติคล้ายคลึงกันที่ต้อง
ดูแลต่อเนื่อง เช่น การดูแลด้านโภชนาการ การดูแลให้ยารักษาโรคหัวใจ และการส่งเสริมพัฒนาการ ผู้ดูแลจึงมี
ประสบการณ์ในการดูแลเด็กมากเพียงพอและประสบความสำเร็จในการดูแลจากการได้รับทักษะการดูแลที่จำเป็น
มาเป็นเวลานานจึงสามารถเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ขณะดูแลเด็กหลังผ่าตัดที่บ้านได้ (Orem, 2001) ซึ่งการเกิด
พฤติกรรมต้องการทั้งทักษะและความเชื่อในความสามารถในการปฏิบัติทักษะนั้น ๆ (Barani et al., 2023) จึงทำ
ให้ผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ถูกต้องมากขึ้นได้ ซึ่งผลการศึกษาคำสัมพันธ์ครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา
ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวทั้งในระยะก่อนผ่าตัด (Chaisom et al., 2010) และหลัง

ผ่าตัดหัวใจใน 30 วัน ขณะอยู่บ้าน (Khueanthong et al., 2021)

2.2 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .759, p < .001$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับสูง ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดที่สูงตามไปด้วย อธิบายตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) ได้ว่า ผู้ดูแลในกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีและเพียงพอจากบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้อง ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลในการศึกษานี้มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 78.8 และอยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 54.1 ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัว จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกอบอุ่น มั่นใจในการดูแล สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เผชิญได้ระหว่างที่ดูแลเด็กหลังผ่าตัดที่บ้าน (Chaimakham et al., 2022)

การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะเอื้อต่อผู้ดูแลในการเกิดประสบการณ์เชิงบวกในการดูแลเด็กระยะหลังผ่าตัดที่บ้าน ผ่านความสำเร็จจากการได้รับความรู้หรือข้อมูลใหม่และการสร้างความสัมพันธ์ทางบวกกับบุคคลที่มีความใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา คู่สมรส และบุคลากรสหวิชาชีพ (Renbarger et al., 2021) และจากการเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแล รวมทั้งการควบคุมตนเองหากเผชิญกับสถานการณ์ยากลำบาก เช่น เด็กมีอาการผิดปกติหรือผลติดเชื้อ เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลในกลุ่มตัวอย่างได้รับเพียงพอ ตัวอย่างเช่น ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือในสิ่งที่จำเป็นในการดูแลเด็ก เช่น เงิน สิ่งของ และการช่วยดูแลเด็ก เป็นต้น ซึ่งเป็นการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการกับข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กหลังผ่าตัดที่บ้านได้

ผลการศึกษาที่ได้ ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความเชื่อมโยงกับปัจจัยแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่และพอเพียง ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ตามทฤษฎีของ โอเร็ม (Orem, 2001) โดยผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่เพียงพอ จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสมในการตอบสนองความต้องการดูแลของเด็กได้ ผลการศึกษารังนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มาตาวาลา เอส.จี.เอ็ม.แอล และคณะ (S.G.M.L et al., 2022) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลของผู้ปกครองเด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อายุ 1-5 ปี ในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจ ขณะดูแลเด็กที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ โดยเฉพาะในช่วง 2 สัปดาห์แรก ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลที่ครอบคลุมทั้งการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลที่จำเป็นตามภาวะเปราะบางทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ การนำข้อมูลนี้ไปใช้ในแผนการจำหน่ายเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและให้ข้อมูลที่เหมาะสมแก่ผู้ดูแล เช่น การจำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง การหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด และการจัดการกับอาการผิดปกติก่อนมารับการตรวจตามนัด นอกจากนี้ควรส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านอารมณ์และด้านการประเมินค่าแก่ผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ในช่วง 2 สัปดาห์หลังผ่าตัดหัวใจ



Factors Related to Care Behaviors Among Caregivers of Children with Congenital Heart Disease After Heart Surgery ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังผ่าตัดหัวใจ

2. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ครอบคลุมผู้ดูแลของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอาการหลากหลาย รวมถึงในช่วงวัยที่แตกต่างกัน เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำไปปรับใช้กับกลุ่มประชากรที่กว้างขึ้น

References

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Barani, M., Hassani, L., Ghanbarnejad, A., & Molavi, M. A. (2023). Effect of educational intervention based on self-efficacy theory on the caring behaviour of mothers who have children with cancer. *Journal of Mother and Child*, 27(1), 93-101. <https://doi.org/10.34763/jmotherandchild.20232701.d-2200065>
- Benavidez, O. J., He, W., & Lahoud-Rahme, M. (2019). Readmissions following congenital heart surgery in infants and children. *Pediatric Cardiology*, 40(5), 994-1000. <https://doi.org/10.1007/s00246-019-02104-4>
- Chaimakham, K., Jintrawet, U., & Klunklin, P. (2022). Factors related to family management among caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 33(2), 190-203. (in Thai)
- Chaisom, P., Yenbut, J., Chontawan, R., Soivong, P., & Patumanond, J. (2010). Predicting factors of dependent care behaviors among mothers of toddlers with congenital heart disease. *Chiang Mai University Journal of Natural Sciences*, 9(2), 193-200.
- Coban, N., & Ortabag, T. (2022). Home care needs and symptoms of children undergoing heart surgery and quality of life of parents. *International Journal of Caring Sciences*, 15(1), 109-117.
- Eckerstrom, F., Nyboe, C., Maagaard, M., Redington, A., & Hjortdal, V. E. (2023). Survival of patients with congenital ventricular septal defect. *European Heart Journal*, 44(1), 54-61. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac618>
- Ehrler, M., Wettach, C., Beck, I., Buechel, E. R. V., Latal, B., & Landolt, M. A. (2023). Mental health-related quality of life in mothers of children with surgically repaired congenital heart disease: A 13-year longitudinal study. *Quality of Life Research*, 32(10), 2975-2986. <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03440-y>
- Elsobky, F. A., Amer, S. A. M., & Sarhan, A. E. M. (2018). The effect of pre-hospital discharge care program on mothers' knowledge and reported practice for children after congenital heart surgery. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(9), 122-130. <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n9p122>
- Haseba, S., Sakakima, H., Nakao, S., Ohira, M., Yanagi, S., Imoto, Y., Yoshida, A., & Shimodozono, M. (2018). Early postoperative physical therapy for improving short-term gross motor outcome in infants with cyanotic and acyanotic congenital heart disease. *Disability and Rehabilitation*, 40(14), 1694-1701. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1309582>
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2021). *Wong's essentials of pediatric nursing* (11th ed.). Mosby.



Factors Related to Care Behaviors Among Caregivers of Children
with Congenital Heart Disease After Heart Surgery
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
หลังผ่าตัดหัวใจ

- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Intaranarong, K., Klunklin, P., & Namprom, N. (2023). Health literacy and caring for children with congenital heart disease after cardiac surgery of caregivers. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(1), 182-195. (in Thai)
- Jaikla, W., Jintrawet, U., & Niyomkar, S. (2021). Factors related to caregiving among caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, 32(2), 22-36. (in Thai)
- Khueanthong, P., Jintrawet, U., & Klunklin, P. (2021). Factors related to caring for children with congenital heart disease after heart surgery among caregivers. *Nursing Journal*, 48(1), 107-121. (in Thai)
- Kogon, B. E., Oster, M. E., Wallace, A., Chiswell, K., Hill, K. D., Cox, M. L., Jacobs, J. P., Pasquali, S., Karamlou, T., & Jacobs, M. L. (2019). Readmission after pediatric cardiothoracic surgery: An analysis of the society of thoracic surgeons database. *The Annals of Thoracic Surgery*, 107(6), 1816-1823. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2019.01.009>
- Lee, B. R., & Koo, H. Y. (2020). Needs for post-hospital education among parents of infants and toddlers with congenital heart disease. *Child Health Nursing Research*, 26(1), 107-120. <https://doi.org/10.4094/chnr.2020.26.1.107>
- Liu, Y., Chen, S., Zühlke, L., Black, G. C., Choy, M. K., Li, N., & Keavney, B. D. (2019). Global birth prevalence of congenital heart defects 1970-2017: Updated systematic review and meta-analysis of 260 studies. *International Journal of Epidemiology*, 48(2), 455-463. <https://doi.org/10.1093/ije/dyz009>
- Marín-Cruz, I., Pedrero-Tomé, R., Toral, B., Flores, M., Orellana-Miguel, M. Á., Boni, L., Belda-Hofheinz, S., Prieto-Tato, L. M., Fernández-Cooke, E., Epalza, C., López-Medrano, F., Rojo, P., & Blázquez-Gamero, D. (2024). Infective endocarditis in pediatric patients: A decade of insights from a leading Spanish heart surgery reference center. *European Journal of Pediatrics*, 183(9), 3905-3913. <https://doi.org/10.1007/s00431-02405606-3>
- Murni, I. K., Wirawan, M. T., Patmasari, L., Sativa, E. R., Arafuri, N., & Nugroho, S. (2021). Delayed diagnosis in children with congenital heart disease: A mixed-method study. *BMC Pediatrics*, 21(1), 191. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02667-3>
- Ni, Z. H., Lv, H. T., Ding, S., & Yao, W. Y. (2019). Home care experience and nursing needs of caregivers of children undergoing congenital heart disease operations: A qualitative descriptive study. *PLOS ONE*, 14(3), e0213154. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213154>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby Yearbook.
- Payjapoh, C., Kongsaktrakul, C., & Vallibhakara, S. (2017). Predicting factors of care behaviors among caregivers of newborns up to 5 years old after open heart surgery. *Journal of Nursing Science & Health*, 40(4), 134-141. (in Thai)



Factors Related to Care Behaviors Among Caregivers of Children
with Congenital Heart Disease After Heart Surgery
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
หลังผ่าตัดหัวใจ

- Payomhom, C., Seeda, R., & Wichiencharoen, K. (2013). The effect of educational program on maternal care for children with congenital heart disease undergone post open-heart surgery. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 24(1), 31-43. (in Thai)
- Petruentong, P., Srichantarant, A., & Prasopkittikun, T. (2018). Growth and development in children with congenital heart disease. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(1), 10-21. (in Thai)
- Pinheiro, J. A. M., de Paula Pessoa, V. L. M., Machado, M. M. T., Moreira, T. M. M., & Salles, D. L. (2017). Experiences of mothers of children with congenital heart disease. *International Archives of Medicine*, 10(131), 1-5. <https://doi.org/10.3823/2401>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Renbarger, K. M., Place, J. M., & Schreiner, M. (2021). The influence of four constructs of social support on pregnancy experiences in group prenatal care. *Women's Health Reports*, 2(1), 154-162. <https://doi.org/10.1089/whr.2020.0113>
- S.G.M.L, M., Klunklin, P., & Jintrawet, U. (2022). Social support, self-efficacy, and care practices among parents of children with congenital heart disease, the democratic socialist republic of Sri Lanka. *Nursing Journal CMU*, 49(2), 29-40. (in Thai)
- Shoeb, M. A. A. E., El-Midany, A. A. E., Ibrahim, W. I. K., & Atiea, W. A. A. A. E. (2021). Deep wound infection in pediatrics after open cardiac surgery. *QJM: An International Journal of Medicine*, 114(Suppl 1), hcab089.009. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcab089.009>
- Srichantarant, A., & Thampanichawat, W. (2018). Mothers' experience of having their children undergoing cardiac surgery: A qualitative study. *Thai Journal of Nursing Council*, 33(1), 74-88. (in Thai)
- The Society of Thoracic Surgeons of Thailand. (2023). Cardiac surgery statistics in Thailand 2023. <https://www.thaists.or.th/download-category/statistics-on-heart-surgery-in-thailand/> (in Thai)
- Vantum, C., & Soomlek, S. (2012). Health promotion of caregivers in children with congenital heart disease undergone heart surgery. *Journal of Nursing Science & Health*, 35(1), 1-9. (in Thai)
- Wattana, S., Jintrawet, U., & Lamchang, S. (2022). Factors related to family management in families having children with congenital heart disease. *Nursing Journal CMU*, 49(2), 153-166. (in Thai)
- Wu, X., Li, Q., & Chen, J. (2015). Discharge planning for children with ventricular septal defect and pulmonary arterial hypertension in China. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(2), 167-172. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.04.011>
- Yotsai, B., Jintrawet, U., & Sripusanapan, A. (2021). Factors related to promoting post operative physical activities in children with congenital heart disease among caregivers. *Nursing Journal*, 48(1), 92-106. (in Thai)



Factors Related to Care Behaviors Among Caregivers of Children
with Congenital Heart Disease After Heart Surgery
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
หลังผ่าตัดหัวใจ

Yuan, Y., Pan, B., Liang, X., Lv, T., & Tian, J. (2022). Health-related quality of life in children with congenital heart disease following interventional closure versus minimally invasive closure. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 9, 974720. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.974720>



Effect of a Virtual Reality Technology Program on Fear of Vaccine Injections in Preschool Children*

ผลของโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงต่อความกลัวการฉีดวัคซีนในเด็กวัยก่อนเรียน*

Pornrawin	Anunchaitanakhul**	พรรวินท์	อนันต์ชัยธนกุล**
Pimpaporn	Klunklin***	พิมพาภรณ์	กลั่นกลิน***
Srimana	Niyomkar****	ศรีมณา	นิยมคำ****

Abstract

Injection-related pain and fear are common adverse reactions in preschool children undergoing vaccination, and they influence vaccine acceptance. Intense fear can have adverse effects on their physical, mental, and behavioral health. This quasi-experimental study aimed to investigate the effect of a Virtual Reality (VR) technology program on preschool children's fear of vaccine injections. The participants consisted of 52 preschool children aged 3-5 years, who came to receive vaccinations at a well-baby clinic. The participants were selected purposively, and divided into an experimental group and a control group with 26 children in each. The operation was carried out with the control group first, followed by the experimental group. The experimental group received the VR program and routine nursing care. The control group received routine nursing care. The research tools included the VR technology program, a child's demographic data form, the Children's Face Fear Scale, and the Children's Fear Behavior Observation form. Data were analyzed using descriptive statistics, Mann-Whitney U test, and Wilcoxon signed-rank test.

The research results showed that preschool children in the experimental group showed a significant reduction in fear behavior scores after participating in the program, with results reaching statistical significance ($Z = -4.497$, $p < .01$), and significantly lower scores compared to the control group ($Z = -6.307$, $p < .01$).

The results suggest that the VR program can reduce preschoolers' fear of vaccinations. The adoption of VR programs should be promoted to reduce fear of vaccination and provide preschool children with positive memories of vaccinations to enhance their mental development.

Keywords: Fear; Preschool children; Vaccine injections; Virtual reality

* 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 4 March 2025; Revised 22 May 2025; Accepted 29 May 2025



บทคัดย่อ

ความเจ็บปวดและความกลัวจากการฉีดวัคซีน เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองที่พบบ่อยในเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับการฉีดวัคซีนและมีอิทธิพลต่อการยอมรับวัคซีน ความกลัวที่มากเกินไปจะมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมของเด็ก การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงต่อความกลัวการฉีดวัคซีนในเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-5 ปี ที่มาฉีดวัคซีนที่คลินิกสุขภาพเด็กดีแห่งหนึ่ง จำนวน 52 ราย กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 ราย โดยดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบแล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็ก แบบประเมินความกลัวด้วยรูปภาพของเด็ก และแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวของเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า เด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความกลัวลดลงหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.497, p < .01$) และมีคะแนนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.307, p < .01$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงสามารถลดความกลัวการฉีดวัคซีนในเด็กวัยก่อนเรียนได้ ควรมีการส่งเสริมการนำโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงไปใช้ในการลดความกลัวการฉีดวัคซีนในเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อช่วยให้เด็กมีภาพจำที่ดีต่อการฉีดวัคซีน ส่งผลให้มีพัฒนาการทางด้านจิตใจที่ดี

คำสำคัญ: ความกลัว เด็กวัยก่อนเรียน การฉีดวัคซีน เทคโนโลยีภาพเสมือนจริง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: pimpaporn.k@cmu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฉีดวัคซีน เป็นหัตถการที่เจ็บปวดก่อให้เกิดความกลัวในเด็ก ซึ่งเด็กทุกคนจำเป็นต้องได้รับวัคซีนเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่สามารถป้องกันได้และเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ตามกำหนดการให้วัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันของโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Division of Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2024) เด็กไทยควรได้รับการฉีดวัคซีนพื้นฐานตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 12 ปี ตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข เด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-5 ปี ช่วงวัยนี้ควรได้รับการฉีดวัคซีนอย่างน้อย 4 ครั้ง คือ วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน จำนวน 1 ครั้ง เมื่ออายุ 4 ปี และวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ จำนวน 3 ครั้ง ซึ่งจะฉีดกระตุ้นปีละ 1 เข็ม การรับวัคซีนของเด็กก่อให้เกิดความกลัว ความเจ็บปวดจากการถูกฉีดวัคซีน ความกลัวของเด็กนั้นจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น เป็นผลมาจากกระบวนการควบคุมอารมณ์ที่เพิ่มขึ้น (Waxman et al., 2017)

ความกลัวของเด็ก เป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่แสดงถึงความรู้สึกไม่สบายใจต่อสิ่งที่มาคุกคามตามทฤษฎีพัฒนาการด้านสติปัญญาของ เพียเจต์ (Piaget, 1963) เด็กวัยก่อนเรียนช่วงอายุ 3-5 ปี มักยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง มีจินตนาการสูง แปลความหมายตามความรู้สึกของตนเองเป็นสำคัญ เริ่มใช้เหตุผลพื้นฐาน แต่ยังไม่สามารถใช้เหตุผลในการตัดสินใจได้ ความเข้าใจยังขึ้นกับสิ่งที่ตนรับรู้หรือมองเห็นขณะนั้น เมื่อเด็กรับรู้ว่าการเกิดเหตุใดเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง เด็กจะเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย ส่งผลให้เกิดความกลัวขึ้น (Monroe, 2019) ความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียน จึงมักเป็นความกลัวที่เกิดจากจินตนาการ กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ กลัวในสิ่งที่ทำให้ร่างกายเกิดการบาดเจ็บ และมีความกลัวทางการแพทย์ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์ หรือกิจกรรมการรักษาสุขภาพในโรงพยาบาล (Nicastro & Whetsell, 1999)

เมื่อเด็กวัยก่อนเรียนมารับการฉีดวัคซีนเป็นระยะ มีภาพจำว่าการฉีดวัคซีนเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเองโดยก่อให้เกิดความปวด มีการจดจำภาพของอุปกรณ์การฉีดวัคซีน ได้แก่ กระบอกฉีดวัคซีน และเข็มฉีดวัคซีน ภาพบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาลที่เป็นผู้ฉีดวัคซีน รวมทั้งสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล ประสบการณ์จากการฉีดวัคซีนดังกล่าวจะทำให้เด็กประเมินว่าการฉีดวัคซีนเป็นสิ่งที่คุกคาม ส่งผลให้เด็กวัยก่อนเรียนมีความกลัวเกิดขึ้นเมื่อต้องมารับการฉีดวัคซีนในครั้งต่อไป (Konkabayeva et al., 2016) เมื่อมีความกลัวเกิดขึ้น เด็กวัยก่อนเรียนจะมีปฏิกิริยาของความกลัวโดยการตอบสนองต่อความกลัว 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และส่งผลต่อด้านการแสดงพฤติกรรมตามมา เด็กวัยก่อนเรียนจะแสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความกลัวเพื่อช่วยให้หลีกเลี่ยงสิ่งที่มาคุกคาม เช่น ร้องไห้ ดิ้น วิ่งหนี มีการจับยึดเกาะผู้ปกครอง หรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น (Moore, 1987)

การประเมินความกลัวในเด็กวัยก่อนเรียนสามารถใช้แบบประเมินความกลัวด้วยรูปภาพ และแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัว โดยสังเกตจากการร้องไห้ การจับยึดเกาะผู้ปกครอง ลักษณะการเข้าห้องปฏิบัติการ การแสดงสีหน้า น้ำเสียงหรือคำพูดที่แสดงออกถึงความกลัว และการเคลื่อนไหวที่แสดงถึงการไม่ให้ความร่วมมือ (Somjit, 2002) หากเด็กวัยก่อนเรียนมีความกลัวมาก และไม่ได้รับการจัดการความกลัวอย่างเหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านจิตสังคมและสติปัญญา โดยมีพฤติกรรมที่แสดงถึงพัฒนาการถดถอย เช่น มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจากเดิมในด้านการพูดและการทำกิจกรรม หรือทำกิจวัตรประจำวันที่ทำได้ลดลง (Monroe, 2019) และหากไม่ได้รับการดูแลจนมีความกลัวเป็นเวลานาน อาจพัฒนากลายเป็นโรคกลัว (phobia) ได้ (Broeren et al., 2019; Orenius et al., 2018) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะดำเนินการป้องกันหรือลดความกลัวในเด็กวัยก่อนเรียนที่มาฉีดวัคซีน

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการลดความกลัวการฉีดวัคซีน มีวิธีการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนให้สามารถเผชิญและจัดการความกลัว สรุปได้ 3 วิธี คือ การให้ข้อมูล การเบี่ยงเบนความสนใจ และการสนับสนุน ซึ่งการให้ข้อมูลเป็นการเตรียมพร้อมแก่เด็กและผู้ปกครอง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน แต่เนื่องจากตามทฤษฎีพัฒนาการ

ผลของโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงต่อความกลัวการฉีดวัคซีนในเด็กวัยก่อนเรียน

ทางสติปัญญา เด็กวัยก่อนเรียนยังไม่สามารถเข้าใจเหตุผลที่ซับซ้อนได้ จึงควรให้ข้อมูลกับผู้ปกครองเป็นหลัก เพื่อให้ผู้ปกครองเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการและขั้นตอนการฉีดวัคซีน โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับความกลัวการฉีดวัคซีน ของเด็กวัยก่อนเรียน และการดูแลลดความกลัวการฉีดวัคซีนของเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อให้สามารถคาดเดา สถานการณ์และช่วยเหลือลดความกลัวแก่เด็กวัยก่อนเรียนได้อย่างเหมาะสม (Supsung et al., 2017)

สำหรับการเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นการใช้หลักการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ความรู้สึกนึกคิด โดยเบี่ยงเบน ความสนใจของเด็กไปจากสิ่งกระตุ้นที่คุกคามจิตใจหรือการรับรู้ความเจ็บปวดจากการฉีดวัคซีนไปสู่กิจกรรมหรือสิ่ง กระตุ้นอื่นที่ทำให้เด็กรู้สึกเพลิดเพลิน มีความรู้สึกพึงพอใจและผ่อนคลายมากกว่า (Orenius et al., 2018) ทำให้ เด็กมีระดับการรับรู้ความเจ็บปวดลดลง สัมความเจ็บปวดชั่วขณะ ส่งผลให้มีความกลัวลดลงตามมา ซึ่งการ เบี่ยงเบนความสนใจมีหลากหลายวิธี เช่น การสัมผัสหรือการนวด การกระตุ้นผิวโดยใช้ความร้อนหรือความ เย็น การเป่าฟองสบู่ การนับการหายใจ การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยวาจา การใช้สื่อวิดีโอ การใช้ดนตรี การใช้ เทคโนโลยีภาพเสมือนจริง เป็นต้น (Birnie et al., 2015; Burns-Nader et al., 2016) อย่างไรก็ตามวิธีการ เบี่ยงเบนความสนใจเพื่อลดความกลัวควรเลือกเทคนิคให้เหมาะสมกับพัฒนาการตามวัยของเด็ก

การสนับสนุน เป็นเทคนิคที่ใช้การสนับสนุนทางสังคม โดยให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก ระหว่างได้รับกิจกรรมการพยาบาล เพราะผู้ปกครองเป็นบุคคลที่เด็กไว้วางใจ เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัยเมื่ออยู่ ใกล้ชิด มีความมั่นคงทางจิตใจ สามารถช่วยลดความกลัวของเด็กลงได้ และทำให้เด็กสามารถปรับตัวและเผชิญกับ ความกลัวได้อย่างเหมาะสม การจัดสิ่งแวดล้อมโดยสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลาย จะช่วยเพิ่มความสดชื่น อบอุ่น ต่อสายตาและจิตใจของเด็ก การจัดสถานที่ฉีดวัคซีนให้มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นที่สะอาด ปลอดภัย เป็นส่วนตัว จะช่วยลดความกลัวสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ของเด็กได้ (Prabmeechai et al., 2017; Roonmai et al., 2018) และการเสริมแรงทางบวก โดยการให้คำชมเชยหรือให้รางวัลเป็นรูปธรรม หลังจากเด็กสามารถเผชิญความกลัวได้ เพื่อสร้างเสริมกำลังใจให้เด็กรู้สึกภาคภูมิใจและมีประสบการณ์ที่ดีต่อการฉีดวัคซีน (Supsung et al., 2017)

การเบี่ยงเบนความสนใจโดยวิธีการทางสติปัญญา เป็นวิธีการหลักที่ใช้ในการเบี่ยงเบนความสนใจในเด็กวัย ก่อนเรียน เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่มีจินตนาการ การใช้วิธีการทางสติปัญญาโดยวิธีที่สร้างจินตนาการ (guided imagery) เพื่อดึงดูดความสนใจ จะทำให้เด็กรู้สึกเพลิดเพลิน ส่งผลให้เด็กมีความกลัวที่ลดลงได้ (Boles, 2018) จากการศึกษาการใช้คอมพิวเตอร์แท็บเล็ตในการเบี่ยงเบนความสนใจเด็กที่ได้รับการฉีดยา (Burns-Nader et al., 2016) พบว่า การเล่นแท็บเล็ตสามารถช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากการฉีดยาได้ เด็กเกิดความเพลิดเพลิน และไม่จดจ่อกับการฉีดยา แต่เด็กยังเกิดเสียสมาธิระหว่างการฉีดยา เนื่องจากยังมองเห็นเข็มฉีดยาที่เป็นสิ่งกระตุ้น ความกลัว เด็กจึงถูกเบี่ยงเบนความสนใจจากแท็บเล็ตกลับมาสู่เข็มฉีดยา ทำให้บางรายมีระดับความกลัวมากขึ้น หากเด็กไม่สามารถมองเห็นเข็มฉีดยาหรือสิ่งกระตุ้นความกลัวอื่นภายนอก อาจทำให้เด็กวัยก่อนเรียนมีความสนใจ จดจ่ออยู่กับภาพของสิ่งที่ใช้เบี่ยงเบนความสนใจได้นานขึ้น และมีพฤติกรรมความกลัวที่ลดลง

การลดความกลัวจากการฉีดวัคซีนในเด็กวัยก่อนเรียน โดยการใช้เทคโนโลยีสร้างภาพเสมือนจริง (Virtual reality: VR) ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่จะปิดมุมมองการรับรู้รอบข้าง เมื่อเด็กสวมอุปกรณ์ VR เด็กจะมองเห็นเพียงภาพ ภายในอุปกรณ์ และไม่สามารถเห็นสภาพแวดล้อมจากสถานการณ์จริงรอบข้างได้ เด็กจะถูกเบี่ยงเบนความสนใจ จากการฉีดวัคซีนของพยาบาลไปจดจ่อกับภาพภายในอุปกรณ์ VR (Althumairi et al., 2021; Yoo et al., 2019) ซึ่งจากผลการศึกษาการลดความกลัวการฉีดวัคซีนในเด็กวัยก่อนเรียนโดยใช้อุปกรณ์ VR พบว่า กลุ่มที่ได้รับการ เบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้อุปกรณ์ VR มีคะแนนความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และมี พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความกลัวลดลง แสดงให้เห็นว่าเมื่อเด็กวัยก่อนเรียนมีความกลัวที่ลดลง จะมีปฏิกิริยา ตอบสนองต่อความกลัวโดยมีการแสดงพฤติกรรมความกลัวที่ลดลงด้วยเช่นกัน (Althumairi et al., 2021) แต่จาก การทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษานำเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงมาใช้ในการลดความกลัวการฉีดวัคซีน ของเด็กวัยก่อนเรียนในประเทศไทย อาจเนื่องมาจากบริบททางสังคม และความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ซึ่งแม้ว่า



ผลของโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงต่อความกลัวการฉีดวัคซีนในเด็กวัยก่อนเรียน

การฉีดวัคซีนจะเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ยุ่งยากและใช้เวลาสั้นๆ แต่ความรู้สึกกังวลและก่อให้เกิดความกลัวเป็นอย่างมาก จึงควรมีการศึกษาและพัฒนาวิธีการในการลดความกลัวการฉีดวัคซีนของเด็กวัยก่อนเรียนในประเทศไทย

การพยาบาลตามปกติในการให้บริการฉีดวัคซีนในประเทศไทย จะปฏิบัติตามการพยาบาลด้วยความเร่งรีบจากข้อจำกัดเรื่องเวลา จำนวนเด็กที่มารับบริการ และจำนวนบุคลากรอาจไม่เพียงพอในการให้ข้อมูลหรือทำกิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งที่เด็กเห็นการเตรียมการฉีดวัคซีน ซึ่งอาจทำให้เด็กเกิดความกลัวการฉีดวัคซีน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงเพื่อลดความกลัวการฉีดวัคซีนในเด็กวัยก่อนเรียน โดยพัฒนาโปรแกรมตามทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ ซึ่งอาจใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อลดความกลัวในเด็กวัยก่อนเรียนที่มารับการฉีดวัคซีนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่มารับการฉีดวัคซีน ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่มารับการฉีดวัคซีน หลังได้รับโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. เด็กวัยก่อนเรียนที่มารับการฉีดวัคซีน หลังได้รับโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงมีคะแนนพฤติกรรมความกลัวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. เด็กวัยก่อนเรียนที่มารับการฉีดวัคซีน หลังได้รับโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความกลัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของ เพียเจต์ (Piaget, 1963) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงต่อความกลัวการฉีดวัคซีนในเด็กวัยก่อนเรียน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การให้ข้อมูล 2) การเบี่ยงเบนความสนใจผ่านการใช้สื่อเทคโนโลยีภาพเสมือนจริง (VR) และ 3) การสนับสนุน เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียน เป็นวัยที่มีความคิดเป็นลักษณะของจินตนาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์หรือความคิดฝัน มีความคิดเชิงสัญลักษณ์ ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง มีความคิดแบบรวมศูนย์ คือ ในขณะเวลาหนึ่งเด็กวัยก่อนเรียนจะสนใจเพียงสิ่งใดสิ่งหนึ่งและมุ่งความสนใจไปที่สิ่งนั้นโดยยกเว้นสิ่งอื่นทั้งหมด เด็กวัยก่อนเรียนจะแปลความหมายตามความรู้สึกของตนเองเป็นสำคัญ เริ่มใช้เหตุผลพื้นฐาน แต่ยังไม่สามารถใช้เหตุผลในการตัดสินใจได้ ความเข้าใจจะขึ้นกับสิ่งที่ตนรับรู้หรือมองเห็นขณะนั้น เมื่อเด็กวัยก่อนเรียนเข้ารับการฉีดวัคซีน เกิดสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความกลัว เช่น ภาพบรรยากาศของการฉีดวัคซีน พยาบาลที่จะฉีดวัคซีน อุปกรณ์ในการฉีดวัคซีน ประสบการณ์เดิมจากการฉีดวัคซีนที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด เป็นต้น เด็กจะรับรู้ด้วยการมองเห็นและประเมินว่าการฉีดวัคซีนเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง ทำให้เด็กวัยก่อนเรียนเกิดความกลัวการฉีดวัคซีน และตอบสนองต่อความกลัวนั้นโดยมีปฏิกิริยาแสดงออกของความกลัวทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา และพฤติกรรม

โปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงต่อความกลัวการฉีดวัคซีนในเด็กวัยก่อนเรียน ในขั้นตอนการให้ข้อมูลดำเนินการโดยให้ข้อมูลกับผู้ปกครอง เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียนยังไม่สามารถใช้เหตุผลในการตัดสินใจได้ ผู้ปกครองจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียน และการลดความกลัวของเด็กขณะฉีดวัคซีน ซึ่งเปรียบเสมือนกับเป็นการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ปกครองในการคาดเดาสถานการณ์จากการแสดงพฤติกรรมความกลัวของเด็กที่อาจเกิดขึ้น ขั้นตอนการเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นวิธีหลักที่ในการลดความกลัวการฉีดวัคซีนของเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งจุดเริ่มต้นที่ทำให้เด็กวัยก่อนเรียนเกิดความกลัว คือ การมองเห็นสิ่งเร้าที่มากระตุ้นให้เกิดความกลัว ดังนั้นหากเด็กสวมอุปกรณ์ VR จะปิดมุมมองการรับรู้รอบข้าง ทำให้เด็กไม่สามารถเห็นสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์



ผลของโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงต่อความกลัวการฉีดวัคซีนในเด็กวัยก่อนเรียน

จริงรอบข้าง เด็กจะสามารถจดจ่อกับภาพที่มองเห็นผ่านอุปกรณ์ VR โดยไม่มีสิ่งเร้าอื่นมากระตุ้นความสนใจ การให้เด็กมองภาพการ์ตูนแอนิเมชันผ่านอุปกรณ์ VR จะทำให้เด็กรู้สึกเหมือนได้อยู่ในจินตนาการ สร้างความรู้สึก ตื่นตาตื่นใจ ซึ่งอาจช่วยปรับเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด อารมณ์และความจำ โดยเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กจากการ จดจ่อกับเข็มฉีดยา การเตรียมวัคซีน และการฉีดวัคซีนของพยาบาลไปสู่ภาพการ์ตูนแอนิเมชันที่น่าสนใจผ่าน อุปกรณ์ VR เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของเด็กวัยก่อนเรียนจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัวไปสู่สิ่งที่พึงพอใจ มากกว่า ทำให้ไม่เห็นภาพการเตรียมวัคซีนและการฉีดวัคซีนของพยาบาล ขั้นตอนการสนับสนุน เนื่องจาก ผู้ปกครองเป็นบุคคลที่เด็กไวใจ มีความมั่นคง การให้ผู้ปกครองอยู่ด้วยขณะฉีดวัคซีน จะทำให้เด็กวัยก่อนเรียนรู้สึก ปลอดภัยเมื่ออยู่ใกล้ชิด การจัดสิ่งแวดล้อมโดยสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย สะอาด ปลอดภัย เป็นส่วนตัว เด็กวัย ก่อนเรียนจะไม่เห็นภาพการฉีดวัคซีนหรือได้ยินเสียงร้องไห้จากผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนก่อนหน้านี้ เป็นการลดสิ่งเร้า อื่นที่อาจกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากขึ้น การเสริมแรงทางบวกโดยการชมเชยและให้รางวัล เป็นการสร้างเสริม กำลังใจให้เด็กวัยก่อนเรียนรู้สึกภาคภูมิใจและมีประสบการณ์ที่ดีต่อการฉีดวัคซีน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและ หลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กวัยก่อนเรียน อายุ 3-5 ปี ที่มาฉีดวัคซีนที่คลินิกสุขภาพเด็กดี ในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยก่อนเรียน อายุ 3-5 ปี ที่มาฉีดวัคซีนที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลเอกชนแห่ง หนึ่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เด็กรู้สึกตัวดี สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ สามารถปฏิบัติตามคำสั่งในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมฯ โดยสามารถสวมอุปกรณ์ VR และนั่งตักผู้ปกครองได้ 2) เด็กไม่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคกระดูก เป็นต้น เนื่องจากเด็กต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็น ประจำ อาจทำให้มีความกลัวมากขึ้นหรือลดลง 3) เด็กไม่มีประวัติการได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปี เนื่องจากเด็กอาจยังจดจำประสบการณ์จากเหตุการณ์พยาบาลที่ได้รับ ซึ่งอาจทำให้เด็กมีความกลัวทางการแพทย์อยู่ 4) เด็กและผู้ปกครองยินยอมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม 5) เด็กมีคะแนนความกลัวการฉีดวัคซีน ระดับปานกลาง โดยประเมินจากแบบประเมินความกลัวด้วยรูปหน้าของ ซันจิตต์ สมจิตต์ (Somjit, 2002) ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) เด็กมีอุปสรรคที่ไม่สามารถสวมอุปกรณ์ VR ได้ เช่น สวมแว่นตา มีความไม่สุขสบายในการสวมอุปกรณ์ VR เวียนศีรษะ โดยสังเกตจากพฤติกรรมของเด็ก เช่น เด็กบอกว่าเวียนศีรษะ ถอดอุปกรณ์ VR ออก เป็นต้น 2) เด็กและผู้ปกครองขอถอนตัวออกจากการวิจัย หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยต่อ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดเป็นการทดสอบทางเดียว อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลางเท่ากับ 0.5 นำไปเปิดตารางสำเร็จรูป (Grove et al., 2013) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Gray & Grove, 2021) เป็นกลุ่มละ 26 คน โดยดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ จำนวนแล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง รวมทั้งสิ้น 52 คน กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ดังนี้



1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 โปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงต่อความกลัวการฉีดวัคซีนในเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1.1.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนแก่ผู้ปกครอง เพื่อให้ผู้ปกครองเตรียมตัวและให้ความร่วมมือในการป้องกันความกลัวที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ ชนิดของวัคซีน วิธีการที่จะฉีดวัคซีน ผลข้างเคียงของวัคซีน ความกลัวการฉีดวัคซีนของเด็กวัยก่อนเรียน การเบี่ยงเบนความสนใจผ่านการใช้สื่อเทคโนโลยีภาพเสมือนจริง และการลดความกลัวการฉีดวัคซีนของเด็กวัยก่อนเรียน

1.1.2 การเบี่ยงเบนความสนใจขณะฉีดวัคซีน ประกอบด้วย

1) อุปกรณ์สร้างภาพเสมือนจริง หรืออุปกรณ์ VR เป็นอุปกรณ์สวมศีรษะ รุ่น Oculus Quest 2 สามารถแยกภาพด้านซ้ายและด้านขวา เมื่อสวมใส่จะปิดการรับรู้รอบข้าง ให้ภาพที่มีมุมมองเสมือนจริง ให้เสียงแบบสเตอริโอ และมีคอมพิวเตอร์สำหรับเชื่อมต่ออุปกรณ์

2) สื่อการ์ตูนแอนิเมชัน เรื่อง “นักผจญภัยกับผู้วิเศษ” ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีพัฒนาการของเพียเจต์ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาร่วมกับทีมนักศึกษาวิทยาลัยศิลปะ สื่อ และเทคโนโลยี สาขา ดิจิทัลเกม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ให้มีเนื้อหาที่เชื่อมโยงกับความรู้สึกที่เด็กจะได้รับขณะฉีดวัคซีน

1.1.3 การสนับสนุน โดยการให้ผู้ปกครองอยู่กับเด็กขณะฉีดวัคซีน จัดสิ่งแวดล้อม สร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลาย สะอาด ปลอดภัย เป็นส่วนตัว ไม่ให้เด็กวัยก่อนเรียนเห็นภาพการฉีดวัคซีนของผู้มาฉีดวัคซีนก่อนหน้า มีการเสริมแรงทางบวกโดยการชมเชยและให้รางวัล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็ก ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ จำนวนพี่น้อง ลำดับที่ การเป็นบุตร โรคประจำตัว ประวัติการได้รับวัคซีน ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 1 ปี และ สัญญาณชีพ ณ วันที่มารับวัคซีนในครั้งนี้ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิต เพื่อเก็บข้อมูลและคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

2.2 แบบประเมินความกลัวของเด็กต่อการฉีดวัคซีน โดยใช้แบบประเมินความกลัวด้วยรูปภาพ สร้างโดย ชื่นจิตต์ สมจิตต์ (Somjit, 2002) กำหนดการให้คะแนนความกลัวตามรูปภาพเป็น 3 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง รู้สึกไม่กลัวหรือกลัวน้อย 2 คะแนน หมายถึง รู้สึกกลัวปานกลาง และ 3 คะแนน หมายถึง รู้สึกกลัวมาก โดยให้เด็กเลือกรูปภาพใบหน้าตามความรู้สึก

2.3 แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวของเด็กที่มีต่อการฉีดวัคซีน โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวที่ได้รับสำรอน้ำทางหลอดเลือดดำของ ชื่นจิตต์ สมจิตต์ (Somjit, 2002) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมที่ต้องสังเกต 6 พฤติกรรม ได้แก่ การร้องไห้ การจับยึดเกาะผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่หรือสิ่งของ ลักษณะการเข้าห้องปฏิบัติการ การแสดงสีหน้า น้ำเสียงหรือคำพูดที่แสดงออกถึงความกลัว และการเคลื่อนไหวที่แสดงถึงการไม่ให้ความร่วมมือ ให้คะแนนแต่ละพฤติกรรมโดยกำหนดค่าคะแนนพฤติกรรม 3 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมที่แสดงถึงความกลัว 2 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความกลัวระดับปานกลาง และ 3 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความกลัวระดับมาก มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6-18 คะแนน การแปลผลพฤติกรรมความกลัวแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยแบ่งคะแนนในแต่ละช่วงให้เท่า ๆ กัน ค่าคะแนนพฤติกรรมความกลัวจะแสดงถึงความกลัวในแต่ละระดับตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 6-9 คะแนน หมายถึง ไม่มีความกลัว หรือมีระดับน้อย 10-13 คะแนน หมายถึง มีความกลัวระดับปานกลาง และ 14-18 คะแนน หมายถึง มีความกลัวระดับมาก



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงต่อความกลัวการฉีดวัคซีนในเด็กวัยก่อนเรียน ประกอบด้วย แผนการดำเนินงาน อุปกรณ์เทคโนโลยีภาพเสมือนจริง และสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลสาขาการเวชศาสตร์ 2 ท่าน กุมารแพทย์ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อมัลติมีเดียหรือการผลิตเนื้อหา 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่ได้รับการฉีดวัคซีน 2 ท่าน ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเพิ่มเติมขั้นตอนในการให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้อุปกรณ์ VR ก่อนการฉีดวัคซีนเพื่อสร้างความคุ้นเคยต่ออุปกรณ์ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับการฉีดวัคซีนที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบวิธีการและความเหมาะสมของโปรแกรม และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริงซึ่งพบว่า อุปกรณ์ VR มีขนาดใหญ่กว่าศีรษะของเด็กวัยก่อนเรียน จึงแก้ไขโดยให้ผู้วิจัยช่วยจับอุปกรณ์ VR ขณะกลุ่มทดลองของเข้ารับการฉีดวัคซีน

แบบประเมินความกลัวของเด็กต่อการฉีดวัคซีน ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความกลัวตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 งานวิจัยครั้งนี้จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวของเด็กที่มีต่อการฉีดวัคซีน ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80 งานวิจัยครั้งนี้จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ แต่นำไปทดสอบความเชื่อมั่นของการสังเกต (inter-rater reliability) โดยผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมของเด็กพร้อมกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่ได้รับการฉีดวัคซีนและมีประสบการณ์ในการประเมินความกลัวในเด็ก จำนวน 1 คน สังเกตพฤติกรรมเด็กวัยก่อนเรียนที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย โดยทำการสังเกตเด็กพร้อมกันและแยกกันให้คะแนนโดยอิสระ นำผลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยวิธี intraclass correlation coefficient (ICC) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98 แสดงว่ามีความเที่ยงอยู่ในระดับดีมาก (Koo & Li, 2016)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 098/2567 วันที่อนุมัติ วันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยยื่นเอกสารเพื่อขอเก็บข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการเข้าร่วมเป็นไปด้วยความสมัครใจ สามารถขอยุติการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลจากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม และใช้ประโยชน์ทางการวิจัยเท่านั้น จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างถามข้อสงสัย และเชิญชวนเข้าร่วมโครงการ ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อีกทั้งโครงการวิจัยนี้มีการปฏิบัติตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกเด็กของโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลเด็กที่มาฉีดวัคซีน ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 2 ปี มีประสบการณ์ในการประเมินความกลัวในเด็ก และได้รับการอบรมจริยธรรมการวิจัย



2. ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิกสุขภาพเด็กดี เพื่อขอความร่วมมือในการแจ้งให้ผู้วิจัยทราบเมื่อมีเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-5 ปี มาฉีดวัคซีน ผู้วิจัยพิจารณาคุณสมบัติของเด็กวัยก่อนเรียนตามเกณฑ์การคัดเข้า เมื่อเด็กมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าพบผู้ปกครองเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยก่อนเรียนและผู้ปกครอง พร้อมตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็ก และให้เด็กวัยก่อนเรียนประเมินความกลัวการฉีดวัคซีนของตนเอง ด้วยแบบประเมินความกลัวด้วยรูปหน้า เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติก่อนเข้าพบแพทย์ หลังจากพบแพทย์และอยู่ในขั้นตอนรอฉีดวัคซีน ผู้ช่วยวิจัยประเมินความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนในระยะก่อนฉีดวัคซีนหรือก่อนได้รับโปรแกรม ด้วยแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวการฉีดวัคซีน จากนั้นดำเนินการรวบรวมข้อมูลเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบจำนวนแล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการถ่ายทอดของข้อมูลวิจัย โดยดำเนินการดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม

2.1.1 พยาบาลแนะนำการรับวัคซีนของเด็กวัยก่อนเรียนแก่ผู้ปกครอง ได้แก่ ชนิดของวัคซีน วิธีการที่ฉีดวัคซีน และผลข้างเคียงของวัคซีน

2.1.2 ผู้วิจัยนำเด็กวัยก่อนเรียนและผู้ปกครองไปยังห้องฉีดวัคซีน ให้เด็กนั่งตักของผู้ปกครอง ขณะฉีดวัคซีนให้ผู้ปกครองกอดและจับหน้าเด็กหันออกจากมุมมองการเห็นเข็มฉีดยาและการฉีดวัคซีนของพยาบาล หลังจากฉีดวัคซีนเสร็จสิ้น พยาบาลและผู้ปกครองพูดปลอบโยนและชมเชยเด็ก

2.1.3 ผู้ช่วยวิจัยประเมินความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนด้วยแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวการฉีดวัคซีนในระยะหลังฉีดวัคซีน ก่อนเด็กวัยก่อนเรียนและผู้ปกครองออกจากห้องฉีดวัคซีน

2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ข้อมูล พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กวัยก่อนเรียนแก่ผู้ปกครอง ได้แก่ ชนิดของวัคซีน วิธีการที่ฉีดวัคซีน ขั้นตอนการฉีดวัคซีน และผลข้างเคียงของวัคซีน จากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับความกลัวการฉีดวัคซีนของเด็กวัยก่อนเรียน การลดความกลัวการฉีดวัคซีน พร้อมแนะนำอุปกรณ์ VR

ขั้นตอนที่ 2 การเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้เทคโนโลยีภาพเสมือนจริง ผู้วิจัยนำเด็กวัยก่อนเรียนและผู้ปกครองไปยังห้องที่เตรียมไว้สำหรับการฉีดวัคซีน ให้เด็กทดลองสวมอุปกรณ์ VR เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความสนใจต่ออุปกรณ์ VR เมื่อพยาบาลเตรียมการฉีดวัคซีน ให้ผู้ปกครองจับเด็กนั่งตักและกอดเด็กไว้ พร้อมสวมอุปกรณ์ VR ให้กับเด็กและให้เด็กดูสื่อการ์ตูนแอนิเมชันผ่านอุปกรณ์ VR เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กจากการเตรียมการฉีดวัคซีนของพยาบาล ขณะพยาบาลดำเนินการฉีดวัคซีน ให้พยาบาลดำเนินการให้สัมพันธ์กับการกระทำของตัวละครที่เด็กเห็นเพื่อเชื่อมโยงกับความรู้สึกที่เด็กกำลังได้รับขณะฉีดวัคซีน พยาบาลมองเห็นภาพเดียวกับที่เด็กมองเห็นขณะนั้นผ่านจอคอมพิวเตอร์ ได้แก่ ขณะที่สื่อการ์ตูนแอนิเมชันแสดงตัวละครยิงแสงสีฟ้าซึ่งสัมพันธ์กับความรู้สึกเย็นให้พยาบาลเช็ดสำลีแอลกอฮอล์บนผิวหนังของเด็ก และขณะที่สื่อการ์ตูนแอนิเมชันแสดงตัวละครยิงแสงสีแดงซึ่งสัมพันธ์กับความรู้สึกเจ็บปวดให้พยาบาลดำเนินการแทงเข็มเพื่อฉีดวัคซีน ใช้เวลาประมาณ 2 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุน หลังจากฉีดวัคซีนเสร็จสิ้นและถอดอุปกรณ์ VR พยาบาลและผู้ปกครองให้การสนับสนุนและเสริมแรงทางบวกแก่เด็ก โดยพูดชมเชยและให้รางวัลเป็นสติ๊กเกอร์รูปการ์ตูน

หลังจากดำเนินการครบทั้ง 3 ขั้นตอน ผู้ช่วยวิจัยประเมินความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนด้วยแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวการฉีดวัคซีนในระยะหลังฉีดวัคซีนหรือหลังได้รับโปรแกรม ก่อนเด็กวัยก่อนเรียนและผู้ปกครองออกจากห้องฉีดวัคซีน

3. ระยะประเมินผล นำข้อมูลที่ได้รวบรวมได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ จำนวนพี่น้อง ลำดับที่การเป็นบุตร และคะแนนการประเมินความกลัวด้วยตนเองของเด็กในระยีก่อนฉีดวัคซีน แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ chi-square test และสถิติ Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนต่อการฉีดวัคซีนในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยีก่อนฉีดวัคซีนหรือก่อนได้รับโปรแกรม และระยะหลังฉีดวัคซีนหรือหลังได้รับโปรแกรม ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้ Shapiro-Wilk test ผลการทดสอบข้อมูลมีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนต่อการฉีดวัคซีนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในระยีก่อนฉีดวัคซีนหรือก่อนได้รับโปรแกรม และระยะหลังฉีดวัคซีนหรือหลังได้รับโปรแกรม ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้ Shapiro-Wilk test ผลการทดสอบข้อมูลมีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon signed-ranks test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มควบคุมมีอายุในช่วง 3 ปี 8 เดือน-5 ปี 11 เดือน มีอายุเฉลี่ย 4 ปี 9 เดือน ส่วนใหญ่มีคะแนนการประเมินความกลัวการฉีดวัคซีนด้วยตนเองในระยีก่อนฉีดวัคซีนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.31$, $SD = 0.47$) และกลุ่มทดลองมีอายุในช่วง 3 ปี 2 เดือน-5 ปี 11 เดือน มีอายุเฉลี่ย 4 ปี 6 เดือน ส่วนใหญ่มีคะแนนการประเมินความกลัวการฉีดวัคซีนด้วยตนเองในระยีก่อนฉีดวัคซีนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.19$, $SD = 0.40$) โดยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ จำนวนพี่น้อง ลำดับที่การเป็นบุตร และคะแนนการประเมินความกลัวด้วยตนเองของเด็กในระยีก่อนฉีดวัคซีน ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 52$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม ($n = 26$)		กลุ่มทดลอง ($n = 26$)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ	$(M = 57.31, SD = 7.58)$		$(M = 54.31, SD = 9.41)$		.44 ^b
3 ปี-3 ปี 11 เดือน	1	3.80	3	11.50	
4 ปี-4 ปี 11 เดือน	14	53.80	14	53.80	
5 ปี-5 ปี 11 เดือน	11	42.30	9	34.60	
เพศ					.05 ^a
ชาย	9	34.60	16	61.50	
หญิง	17	65.40	10	38.50	
จำนวนพี่น้อง					1.00 ^a
ไม่มีพี่น้อง	17	65.40	17	65.40	
มีพี่น้อง ≥ 1 คน	9	34.60	9	34.60	
ลำดับการเป็นบุตร					.76 ^a
คนแรก	19	73.10	18	69.20	
คนที่สอง	7	26.90	8	30.80	



ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 52) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 26)		กลุ่มทดลอง (n = 26)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
คะแนนการประเมินความกลัวการฉีดวัคซีนด้วยตนเองในระยะก่อนฉีดวัคซีน	(M = 2.31, SD = 0.47)		(M = 2.19, SD = 0.40)		.34 ^a
กลัวปานกลาง	18	69.20	21	80.80	
กลัวมาก	8	30.80	5	19.20	

หมายเหตุ ^a = chi-square test, ^b = Fisher's exact test

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่มารับการฉีดวัคซีนระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริง

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนต่อการฉีดวัคซีน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-ranks test ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนพฤติกรรมความกลัวระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.50, p < .01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนในระยะก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (n = 26)

คะแนนพฤติกรรมความกลัวของกลุ่มทดลอง	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	13.50	351	-4.50 ^a	.000**

หมายเหตุ ^aBased on Negative Ranks = คะแนนความกลัว หลังฉีดวัคซีน < ก่อนฉีดวัคซีน,

**p < .01

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่มารับการฉีดวัคซีนหลังได้รับโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนต่อการฉีดวัคซีนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการฉีดวัคซีน โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนพฤติกรรมความกลัวระยะก่อนฉีดวัคซีนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ($Z = -1.94, p = .05$) และคะแนนพฤติกรรมความกลัวระยะหลังฉีดวัคซีนในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.31, p < .01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนในระยะก่อนและหลังการฉีดวัคซีนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง (n = 52)	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	p-value
ก่อนการฉีดวัคซีน					
กลุ่มควบคุม	30.50	793.00	234.00	-1.94	.05
กลุ่มทดลอง	22.50	585.00			



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนในระยะก่อนและหลังการฉีดวัคซีน
ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง (n = 52)	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	p-value
หลังการฉีดวัคซีน					
กลุ่มควบคุม	39.46	1026.00	1.00	-6.31	.000**
กลุ่มทดลอง	13.54	352.00			

หมายเหตุ **p < .01

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยได้อภิปรายตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 เด็กวัยก่อนเรียนที่มารับการฉีดวัคซีน หลังได้รับโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงมี
คะแนนพฤติกรรมความกลัวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า

เด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-5 ปี ตามแนวคิดพัฒนาการสติปัญญาของ เพียเจต์ (Piaget, 1963) จัดอยู่ในระยะ
ขั้นก่อนปฏิบัติการ (2-7 ปี) (preoperational phase) สามารถเข้าใจเบื้องต้นในสิ่งต่าง ๆ และสามารถแยกแยะ
หรือแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ เรียนรู้ที่จะใช้ภาพหรือสัญลักษณ์แทนสิ่งต่าง ๆ แต่ยังไม่มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งพอ ยึด
ตนเองเป็นศูนย์กลาง มีจินตนาการ และไม่สามารถเข้าใจเหตุผลเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ ทำให้เด็กวัย
ก่อนเรียนมีความคิดว่าการฉีดวัคซีนเป็นสิ่งที่คุกคาม ทำให้ร่างกายได้รับความเจ็บปวด จึงเกิดเป็นความกลัวการฉีด
วัคซีนขึ้น เมื่อได้รับโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงโดยใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชัน เรื่อง “นักผจญภัยกับผู้วิเศษ”
ซึ่งเป็นการเสริมสร้างจินตนาการ (guided imagery) เป็นการสร้างสิ่งกระตุ้นใหม่ที่น่าสนใจ ทำให้เด็กวัยก่อนเรียน
มีความเพลิดเพลิน จึงสามารถทำให้เด็กวัยก่อนเรียนถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้โดยการเบี่ยงเบนความสนใจออก
จากการฉีดวัคซีนของพยาบาล เด็กจะลืมความกลัวไปชั่วขณะ อีกทั้งอุปกรณ์ VR เป็นอุปกรณ์ที่ปิดมุมมองการรับรู้
สภาพแวดล้อมความเป็นจริงรอบข้าง ทำให้เด็กไม่สามารถมองเห็นการเตรียมฉีดวัคซีนของพยาบาลได้ ถึงแม้ว่า
ในขณะฉีดวัคซีนเด็กจะเจ็บปวดและอาจแสดงพฤติกรรมโดยการร้องไห้ เด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลองซึ่งได้สวม
อุปกรณ์ VR จะหันกลับมาจดจ่อที่ภาพการ์ตูนอีกครั้ง เนื่องจากภาพการ์ตูนนั้นเป็นภาพเคลื่อนไหวและมีเสียงที่
น่าสนใจเป็นการกระตุ้นแอนิเมชันประมาณ 2 นาที โดยมีเรื่องราวที่สอดคล้องกับความรู้สึกรับรู้ที่เด็กจะได้รับ เมื่อเด็ก
วัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลองสวมอุปกรณ์ VR และดูการ์ตูนแอนิเมชันผ่านอุปกรณ์ VR ขณะเดียวกันพยาบาลจะเห็น
ภาพการ์ตูนแอนิเมชันเช่นเดียวกันผ่านจอมอนิเตอร์ และในช่วงเวลาที่กำหนดพยาบาลจะฉีดวัคซีนให้กับเด็ก
ส่งผลให้เด็กมีการแสดงออกของพฤติกรรมความกลัวที่ลดลง และมีอารมณ์ดีหลังจากฉีดวัคซีนเสร็จสิ้น

การใช้เทคโนโลยีภาพเสมือนจริงจะทำให้ความกลัวของเด็กลดลง โดยดึงความสนใจของเด็กออกจากการทำ
หัตถการของพยาบาล ทำให้เด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมความกลัวน้อย
กว่าก่อนได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เฮอร์เซเคอร์ และคณะ (Gerceker et al., 2020) ที่ศึกษา
ผลของการใช้เทคโนโลยีภาพเสมือนจริงเพื่อลดความเจ็บปวด ความกลัวและความวิตกกังวลขณะเจาะเลือดในเด็ก
อายุ 5-12 ปี เด็กในกลุ่มที่ได้รับเทคโนโลยีภาพเสมือนจริง มีคะแนนความเจ็บปวด คะแนนความกลัว และคะแนน
ความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของ ชาง และ
คณะ (Chang et al., 2022) ที่ศึกษาผลของการใช้เทคโนโลยีภาพเสมือนจริงหรืออุปกรณ์ VR ในการลดความกลัว
จากการฉีดวัคซีนในเด็กอายุ 4-10 ปี โดยกลุ่มทดลองจะได้ดูการ์ตูนแอนิเมชันผ่านอุปกรณ์ VR กลุ่มควบคุมจะ
ได้รับการพยาบาลตามปกติ และผู้ปกครองมีส่วนช่วยในการจับเด็กระหว่างการฉีดวัคซีน เด็กในกลุ่มควบคุม
สามารถใช้อุปกรณ์อื่น ๆ ในการเบี่ยงเบนความสนใจการฉีดวัคซีนได้ เช่น ของเล่น หนังสือ แท็บเล็ต ฟังเพลง เป็นต้น



ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการฉีดวัคซีน กลุ่มทดลองมีคะแนนความกลัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .04$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนความกลัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .013$)

สมมติฐานข้อที่ 2 เด็กวัยก่อนเรียนที่มารับการฉีดวัคซีน หลังได้รับโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความกลัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า

เมื่อเด็กวัยก่อนเรียนมารับบริการฉีดวัคซีน เด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มควบคุมจะเห็นเด็กรายอื่น ๆ ที่มารับการฉีดวัคซีน ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี ซึ่งอาจมีพฤติกรรมแสดงออกของความกลัว เช่น ร้องไห้ กรีดร้อง วิ่งหนี เป็นต้น ทำให้มีความคิด จินตนาการ ประเมินว่าการฉีดวัคซีนเป็นสิ่งคุกคามต่อตนเอง ส่งผลให้เด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มควบคุมมีความกลัวและมีการแสดงออกของพฤติกรรมความกลัวเกิดขึ้น ทั้งนี้แม้เด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลองจะถูกจัดให้เป็นส่วนตัว ไม่เห็นภาพพฤติกรรมความกลัวการฉีดวัคซีนของเด็กกรายอื่น ๆ ที่รับการฉีดวัคซีนก่อนหน้า เด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลองยังมีความกลัวการฉีดวัคซีนอยู่ อาจเนื่องมาจากประสบการณ์เดิมและจินตนาการของเด็ก จึงทำให้ในระยะก่อนฉีดวัคซีน เด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความกลัวที่ไม่แตกต่างกัน

การให้ข้อมูล ตามปกติของการให้บริการฉีดวัคซีนของคลินิกสุขภาพเด็กดีนั้นยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการลดความกลัวการฉีดวัคซีนของเด็กวัยก่อนเรียน ผู้ปกครองไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความกลัวและวิธีการลดความกลัวการฉีดวัคซีนของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างเพียงพอ ทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทเพื่อช่วยลดความกลัวได้อย่างเหมาะสม การให้ข้อมูลผู้ปกครองในกลุ่มทดลองจึงให้ข้อมูลเพิ่มเติมจากการพยาบาลตามปกติ คือ ผู้ปกครองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียน และการลดความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนขณะฉีดวัคซีน ทำให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจในการรับมือต่อความกลัวของเด็กและช่วยเหลือปลอดภัย ให้กำลังใจ ทำให้เด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความกลัวลดลง

ขั้นตอนการเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันผ่านอุปกรณ์ VR ช่วยให้เด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลองไม่เห็นภาพการฉีดวัคซีนของพยาบาล เด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลองจึงไม่สามารถรับรู้ถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความกลัวได้ ทำให้มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความกลัวลดลง มีอารมณ์ดี ขั้นตอนการสนับสนุน การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย เป็นส่วนตัว เด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลองไม่เห็นภาพหรือได้ยินเสียงร้องไห้จากเด็กกรายอื่น ๆ ที่มารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี ซึ่งเป็นการลดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้มีความกลัวมากขึ้น หลังจากฉีดวัคซีนเสร็จสิ้น เด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลองได้รับการชมเชย และได้รับรางวัล เด็กแสดงอาการพึงพอใจ พูดคุยอย่างยิ้มแย้ม แสดงให้เห็นว่าเด็กมีประสบการณ์ที่ดีต่อการมารับวัคซีนในครั้งนี้ โดยวิธีการทั้งหมด ได้แก่ การให้ข้อมูล การเบี่ยงเบนความสนใจ และการสนับสนุน ร่วมกันส่งเสริมให้การลดความกลัวต่อการฉีดวัคซีนของเด็กวัยก่อนเรียนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงทำให้ภายหลังการฉีดวัคซีน เด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความกลัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาการใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจร่วมกับวิธีการอื่น ได้แก่ การศึกษาของ เต็มสุข รัชศรีทอง และ วราภรณ์ ชัยวัฒน์ (Ruksrithong & Chaiyawat, 2016) ที่เปรียบเทียบพฤติกรรมความกลัวการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำของเด็กวัยก่อนเรียนระหว่างกลุ่มที่ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มที่ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมได้เตรียมผู้ปกครองโดยให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมในการดูแล ให้ผู้ปกครองอยู่กับเด็กขณะทำหัตถการ และช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของเด็ก กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติได้ให้ผู้ปกครองอยู่ภายนอกห้องหัตถการ และพยาบาลเป็นผู้พูดคุยปลอดภัยให้กำลังใจขณะทำหัตถการ ผลการศึกษาพบว่า การเตรียมผู้ปกครองส่งผลให้ผู้ปกครองสามารถช่วยเหลือเด็กเพื่อลดความกลัวได้อย่างเหมาะสม เด็กได้รับการเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งที่คุกคามจิตใจไปยังของเล่นที่สร้างความรู้สึกพึงพอใจมากกว่า เด็กวัยก่อนเรียนกลุ่มที่ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมจึงมีคะแนนพฤติกรรมความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการ



พยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นอกจากนี้การศึกษาของ จิตสิริ รุ่งใหม่ และคณะ (Roonmai et al., 2018) ที่ศึกษาผลของการใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน โดยใช้ซีดีนิทานเพลงอีสปพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การศึกษาของ พนิต พงศ์พิพัฒน์พันธุ์ (Phongpipattanapan, 2020) ศึกษาการประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการความกลัวต่อความกลัวการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 3-6 ปี โดยประกอบด้วยการเบี่ยงเบนความสนใจโดยให้เด็กดูสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน และการสนับสนุนโดยการเตรียมสิ่งแวดล้อมภายในห้องด้วยการตกแต่งผนังด้วยภาพการ์ตูน ใช้ผ้าคลุมเตียงหัตถการลายการ์ตูน ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมขณะพยาบาลให้สารน้ำทางหลอดเลือด มีการกล่าวคำชมเชยและให้รางวัล การปฏิบัติทั้งหมดช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมที่ให้ความร่วมมือในการทำหัตถการ ผลการศึกษาจึงพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอันดับของคะแนนพฤติกรรมความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ดังนั้นการใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจร่วมกับวิธีการอื่นสามารถช่วยลดความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนต่อการได้รับหัตถการที่เกี่ยวข้องกับการแทงเข็มได้ โปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงต่อความกลัวการฉีดวัคซีนของเด็กวัยก่อนเรียนที่พัฒนาขึ้นโดยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การให้ข้อมูล การเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันผ่านอุปกรณ์ VR และการสนับสนุน จึงมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลเพื่อลดความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่มารับการฉีดวัคซีน ณ คลินิกสุขภาพเด็กต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงต่อความกลัวการฉีดวัคซีนของเด็กวัยก่อนเรียนไปใช้ เพื่อช่วยลดความกลัวการฉีดวัคซีนในเด็กวัยก่อนเรียนที่มารับการฉีดวัคซีน ณ คลินิกสุขภาพเด็ก
2. ด้านการศึกษา สามารถนำรูปแบบของโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงเพื่อลดความกลัวการฉีดวัคซีนในเด็กวัยก่อนเรียนไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสื่อเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการลดความกลัวการฉีดวัคซีนในเด็กวัยก่อนเรียนที่มารับการฉีดวัคซีน ณ คลินิกสุขภาพเด็กต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงต่อความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนในหัตถการที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดอื่น ๆ
2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมเทคโนโลยีภาพเสมือนจริงต่อความกลัวของเด็กในวัยอื่น ๆ โดยประยุกต์ใช้สื่อแอนิเมชันที่เหมาะสมกับพัฒนาการตามวัยของเด็ก

References

- Althumairi, A., Sahwan, M., Alsaleh, S., Alabduljobar, Z., & Aljabri, D. (2021). Virtual reality: Is it helping children cope with fear and pain during vaccination. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 2625-2632. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S327349>
- Birnie, K. A., Chambers, C. T., Taddio, A., McMurtry, C. M., Noel, M., Riddell, R. P., & Shah, V. (2015). Psychological interventions for vaccine injections in children and adolescents systematic review of randomized and quasi-randomized controlled trials. *The Clinical Journal of Pain*, 31(10 Suppl.), S72-S89. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000265>



- Boles, J. (2018). The powerful practice of distraction. *Pediatric Nursing*, 44(5), 247-253.
- Broeren, S., Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2019). Fear and anxiety in young children and their assessment. In R. DelCarmen-Wiggins & A. S. Carter (Eds.), *The Oxford handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (2nd ed., pp.389-417). Oxford University Press.
- Burns-Nader, S., Atencio, S., & Chavez, M. (2016). Computer tablet distraction in children receiving an injection. *Pain Medicine*, 17(3), 590-595. <https://doi.org/10.1111/pme.12877>
- Chang, Z. Y., Kang, G. C., Koh, E. Y. L., Fong, R. J. K., Tang, J., Goh, C. K., & Tan, C. T. (2022). Immersive virtual reality in alleviating pain and anxiety in children during immunization in primary care: A pilot randomized controlled trial. *Frontiers in Pediatrics*, 10, 847257. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.847257>
- Division of Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2024). *Vaccination schedule according to the Ministry of Public Health's immunization plan for 2024*. https://ddc.moph.go.th/dcd/journal_detail.php?publish=15103 (in Thai)
- Gerceker, G. O., Ayar, D., Ozdemir, E. Z., & Bektas, M. (2020). Effects of virtual reality on pain, fear and anxiety during blood draw in children aged 5–12 years old: A randomized controlled study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7-8), 1151-1161. <https://doi.org/10.1111/jocn.15173>
- Gray, J., & Grove, S. K. (2021). *Burns & Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th ed.). Elsevier.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7th ed.). Elsevier.
- Konkabayeva, A. E., Dakhbay, B. D., Oleksyuk, Z. Y., Tykezhanova, G. M., Alshynbekova, G. K., & Starikova, A. Y. (2016). Research of fears of preschool age children. *International Journal of Environmental & Science Education*, 11(15), 8517-8535. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1117783.pdf>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155– 163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Monroe, R. A. (2019). Family-centered care of the toddler and preschooler. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (pp. 523-542). Mosby.
- Moore, A. (1987). Frightened of fear. *Nursing Times*, 83(13), 34-38.
- Nicastro, E. A., & Whetsell, M. V. (1999). Children's fear. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(6), 392-402. [https://doi.org/10.1016/S0882-5963\(99\)80068-2](https://doi.org/10.1016/S0882-5963(99)80068-2)
- Orenius, T., LicPsych., Säilä, H., Mikola, K., & Ristolainen, L. (2018). Fear of injections and needle phobia among children and adolescents: An overview of psychological, behavioral, and contextual factors. *SAGE Open Nursing*, 4, 2377960818759442. <https://doi.org/10.1177/2377960818759442>



- Phongpipattanapan, P. (2020). The effect of guideline application for management fear on fear from receiving intravenous infusion in pre-school children. *12th Region Medical Journal*, 31(1), 32-40. (in Thai)
- Piaget, J. (1963). *The origins of intelligence in children*. W. W. Norton & Co.
- Prabmeechai, S., Ruengworaboon, S., & Somkumlung, P. (2017). Application of concepts in managing pre-school children's fear of receiving intravenous infusion. *Nakhon Phanom University Journal (Humanities and Social Sciences)*, (Special Issue of the 25th Nursing Conference), 196-202. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/npuj/article/view/112670> (in Thai)
- Roonmai, J., Mongkonsin, D., Keidmongkon, K., & Tanprapha, S. (2018). Effect of distraction technique and environmental design on fear of intravenous fluid administration in preschool aged children. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 5(2), 55-68. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/article/download/160930/116049/> (in Thai)
- Ruksrithong, T., & Chaiyawat, W. (2016). The effect of nursing care to relieve pain and parental participative nursing care on fear among preschoolers receiving intravenous fluid infusion. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 28(1), 67-78. <https://digital.car.chula.ac.th/cgi/viewcontent.cgi?article=1098&context=cuns> (in Thai)
- Somjit, C. (2002). *Effect of videotape information program on fear of preschoolers before intravenous infusion* [Master's thesis, Chiang Mai University]. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:101186> (in Thai)
- Supsung, A., Khunkaew, A., & Udomlerd, M. (2017). Managing fear needle pain in children: Nursing practice in pediatric care. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(Suppl.), 25-31. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/101577/78695> (in Thai)
- Waxman, J. A., DiLorenzo, M. G., Pillai Riddell, R. R., Flora, D. B., Greenberg, S., & Garfield, H. (2017). Preschool needle pain responding: Establishing 'Normal'. *The Journal of Pain*, 18(6), 739-745. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.01.010>
- Yoo, S., Weatherall, A., Wong, G., Scott, S., Menezes, M., Wood, N., Pillai, A., & Ahmadpour, N. (2019). Clinician perspective on VR games for managing periprocedural anxiety in children. *In Proceedings of Australian conference on computer-human interaction conference (OzCHI'19)* (pp. 280-284). <https://doi.org/10.1145/3369457.3369522>



Factors Related to Medical Adherence Among Caregivers of Children with Reactive Airway Disease*

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ดูแลเด็ก
ที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม*

Arpaporn	Tat-injun**	อาภาภรณ์	ธาดูอินจันทร์**
Jutamas	Chotibang***	จุฑามาศ	โชติบาง***
Thitima	Suklerttrakul****	ฐิติมา	สุชลเลิศตระกูล****

Abstract

Medication adherence among caregivers of children with reactive airway disease is important for controlling symptoms of the disease in children younger than 5 years old. These children depend on their caregivers for medicine administration. This descriptive correlational study aimed to examine medication adherence among caregivers of children with reactive airway disease and to investigate the relationships between caregiver personal factors, perceptions of reactive airway disease, and caregiver medication adherence. The participants, purposively selected using stratified sampling, were 85 primary caregivers who provided care for their children, aged under 5 years of age, with reactive airway disease for at least 6 months. Data were collected at two private hospitals in Chiang Mai. Research instruments included the Personal Information Questionnaire, the Perception of Reactive Airway Disease Questionnaire, and the Inhalers Therapy Adherence Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman's rank correlation, and eta correlation coefficients.

The results showed that 60% of participants demonstrated a high level of medication adherence ($M = 32.70$, $SD = 7.26$). Income and education levels were positively and significantly correlated with medication adherence ($\eta = .23$, $p < .01$ and $\eta = .26$, $p < .01$, respectively). Age and duration of caregiving were negatively and significantly correlated with medication adherence ($r = -.22$, $p < .05$ and $r = -.22$, $p < .05$, respectively). In addition, perception of reactive airway disease was positively and significantly correlated with medication adherence ($r = .39$, $p < .01$).

This study's findings serve as preliminary data for nurses' awareness of factors affecting medication adherence among caregivers of children with reactive airway disease and may be used to develop appropriate care plans for children requiring continuous inhalation therapy.

Keywords: Caregivers; Medical adherence; Reactive airway disease

* 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: jutamas.c@cmu.ac.th

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

Received 29 September 2024; Revised 21 July 2025; Accepted 29 July 2025



บทคัดย่อ

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม มีความสำคัญต่อควบคุมอาการของโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้ยังต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการบริหารยา การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล การรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแล เลือกลุ่มตัวอย่างแบบขั้นภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักอายุตั้งแต่ 20-60 ปี ที่ดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 85 รายจากโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม และแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาผ่านวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Spearman's rank correlation และ eta correlation coefficients.

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กร้อยละ 60 มีความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.42$, $SD = 0.81$) รายได้และระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา ($\eta = .22$, $p < .01$ และ $\eta = .26$, $p < .01$ ตามลำดับ) อายุและระยะเวลาในการดูแลเด็กของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ดูแล ($r = -.22$, $p < .05$ และ $r = -.22$, $p < .05$ ตามลำดับ) และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา ($r = .39$, $p < .01$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยให้พยาบาลตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม และสามารถพัฒนาแนวทางสำหรับผู้ดูแลเด็กในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้ดูแล ความร่วมมือในการใช้ยา ภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: jutamas.c@cmu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม หมายถึง กลุ่มโรคที่หลอดลมมีความไวมากผิดปกติ เช่น โรคหอบหืดจากภูมิแพ้ (atopic related asthma) โรคหลอดลมอักเสบชนิดที่มีหลอดลมหดตัว (wheezy bronchitis) จากการชักประวัติ ได้แก่ ประวัติไอมีเสมหะ หายใจลำบาก หายใจมีเสียงวี๊ด (Douglas & Feder, 2017; Fahy & O'Byrne, 2001) โดยผู้ป่วยเด็กจะมีการเมื่อสัมผัสฝุ่นละออง มลภาวะต่าง ๆ ควันบุหรี่ การเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศ การออกกำลังกาย การอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อ และการอักเสบจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ (Biggers, 2018) ภาวะนี้ของระบบทางเดินหายใจพบมากในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเป็นสาเหตุให้เด็กเกิดโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง การสำรวจประชากรเด็ก 1,200,000 คน จาก 97 ประเทศทั่วโลก พบความชุกของภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมกลุ่มเด็กเล็กร้อยละ 2.40-37.60 โดยที่ภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมจำนวนมากกว่าร้อยละ 80 เกิดอาการครั้งแรกภายในอายุ 5 ปี และหากเด็กเกิดอาการหลังอายุ 6 ปี จะมีโอกาสเกิดโรคหืดเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังพบมากที่สุดของเด็ก (Masefield et al., 2017)

การสำรวจในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 พบเด็กไทยมีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมกว่าร้อยละ 10 ซึ่งในจำนวนนี้มีอาการรุนแรงร้อยละ 2 อัตราการเสียชีวิต 3-5 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอัตราป่วยมากเป็น 2 เท่าของกลุ่มเด็กโตหรือผู้ใหญ่ และการเจ็บป่วยในช่วง 6 ปีแรก เป็นการเจ็บป่วยด้วยภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม ถึงร้อยละ 10 (Chinratanapisit et al., 2019) ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2003) ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศโลกร้อน ส่งผลให้ละอองเกสรและเชื้อราเพิ่มขึ้น ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี มีอาการหอบ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 15 และยังพบว่า แนวโน้มจากมลพิษทางอากาศ คือ ฝุ่น PM 2.5 ซึ่งค่าฝุ่นที่เพิ่มมากขึ้นทุก ๆ 10 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร จะเพิ่มการหอบกำเริบ 0.2 ครั้ง ในระยะยาวการสัมผัสกับฝุ่น PM 2.5 มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตจากโรคต่าง ๆ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (Yang et al., 2022) ทำให้มีอาการไอ จาม น้ำมูกไหล หายใจลำบาก

นอกจากนี้ ปัญหาสิ่งแวดล้อม ฝุ่น เป็นปัจจัยทำให้เกิดความเสี่ยงโรคภูมิแพ้ ซึ่งจะส่งผลต่อการกระตุ้นให้เกิดภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม ซึ่งหากไม่ได้พินยาควบคุมรักษาอย่างต่อเนื่อง จะมีผลทำให้สมรรถภาพของปอดลดลง และมีโอกาสเกิดโรคปอดเรื้อรัง หรือโรคหืดเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ได้มากกว่าเด็กปกติ โดยโรคหืดเป็นโรคของทางเดินหายใจที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึง 0.5 ล้านคนต่อปี (GBD 2017 Chronic Respiratory Disease Collaborators, 2020; GBD 2017 Risk Factor Collaborators, 2018) และมีผู้ป่วยเด็กอายุ 2-6 ปี ที่มีแนวโน้มเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกภายใน 30 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล (Andrews et al., 2017) จากสถิติโรงพยาบาลราชเวชเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วยเด็กเข้ามารับการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่น ด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อยเข้ารับการรักษากว่า 373, 562 และ 435 ราย ตามลำดับ (Rajavej Hospital Chiang Mai, 2023) ร้อยละ 75.43 เป็นกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่น กลับมาโรงพยาบาลราชเวชซ้ำในระยะเวลา 2 เดือน ด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย ร้อยละ 25.34 จากการสำรวจสาเหตุโดยทีมดูแลและพัฒนากระบวนการกุมารเวชกรรมพบว่า ร้อยละ 45.80 ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมไม่ได้รับการพินยาสเตียรอยด์อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 25.22 ผู้ดูแลไม่ได้พินยาให้ผู้ป่วยเด็ก

แนวทางการรักษาภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม มีเป้าหมาย คือ การแก้ไขภาวะหลอดลมหดเกร็ง และภาวะพร่องออกซิเจนให้เร็วที่สุด เพราะภาวะดังกล่าวทำให้อาการรุนแรงขึ้น ดังนั้นการรักษาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการและควบคุมอาการภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้มีอาการไอบ่อย และหายใจเหนื่อยหอบกำเริบ หากเกิดอาการเหล่านี้ต้องได้รับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการทันทีด้วยยาขยายหลอดลม เพื่อ



แก้ไขภาวะหลอดลมหดเกร็ง การให้ออกซิเจนเพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน และการให้ยาสเตียรอยด์เพื่อลดอาการบวมของหลอดลม (Niyomwit, 2017) สำหรับการดูแลเพื่อควบคุมอาการให้ทำในระยะเวลาที่ผู้ป่วยเด็กกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อควบคุมอาการหอบ ด้วยการปรับพฤติกรรมโดยหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ (Laforest et al., 2016) ปัจจุบันเป้าหมายหลักของการรักษาเน้นให้เด็กกลุ่มนี้สามารถควบคุมโรค (Thai Asthma Council, 2020) โดยมีแนวทางในการรักษา คือ การพ่นยาสเตียรอยด์

ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม หากไม่ได้รับยาพ่นอย่างต่อเนื่องจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และต่อครอบครัว ทางด้านร่างกายอาจเกิดความผิดปกติ เช่น การเจริญเติบโตช้า ปัญหาพัฒนาการล่าช้า (Biggers et al., 2019) ผลกระทบทางจิตใจ อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก โອมากในเวลานอนหลับกลางคืน ส่งผลให้ช่วงเวลากลางวันเด็กเพลีย ซึม และง่วงนอน (Chiu et al., 2014) ทำให้เด็กรู้สึกหงุดหงิดง่าย เจ้าอารมณ์ นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผลการเรียนรู้ลดลง หากเกิดอาการบ่อยครั้งทำให้ต้องขาดเรียน ไม่ได้ร่วมกิจกรรมหรือทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเด็กทั่วไป (Bellin et al., 2015) เด็กรู้สึกถูกแยกจากเพื่อน ทำให้เกิดผลกระทบต่อทางสังคม สำหรับผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลเด็ก ในด้านชีวิตประจำวัน สภาพจิตใจ สังคม เนื่องจากความเครียดและความกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก และการดูแลเด็กช่วงที่มีอาการหอบเวลากลางคืน ส่งผลให้การนอนหลับของผู้ดูแลไม่เพียงพอ (Bowen, 2013) รวมทั้งเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งหมายถึง ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา การสูญเสียรายได้เพื่อนำบุตรมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล (Peddersen et al., 2011) ผลกระทบจากภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมต่อเด็กและครอบครัวสามารถลดลงได้ หากเด็กได้รับการรักษาที่เหมาะสม (Wathanachaporn et al., 2016)

ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นวัยที่ปฏิบัติในการดูแลตัวเองยังไม่ได้ ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลเด็กในภาวะที่เจ็บป่วยตลอดเวลา และเด็กวัยนี้ยังติดเชื่อระบบทางเดินหายใจบ่อยเนื่องจากหลอดลมมีขนาดเล็ก จึงเกิดอาการหอบกำเริบได้ง่าย ผลกระทบจากภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมต่อเด็กและครอบครัวสามารถลดลงได้ หากเด็กได้รับการรักษาที่เหมาะสม เมื่อผู้ดูแลเด็กร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องจะสามารถป้องกันและควบคุมอาการของภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมได้ดี ลดความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม ลดผลกระทบที่รุนแรงจากภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมได้ (Wathanachaporn et al., 2016)

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพของผู้ดูแล (Charach et al., 2008) ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ทางด้านสุขภาพของบุคคลซึ่งเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยบุคคลที่มีความเชื่อทางด้านสุขภาพจะมีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างถูกต้อง (Becker, 1974) ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ทำให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น (Faengphong et al., 2020) ดังการศึกษาความเชื่อของผู้ปกครองต่อความร่วมมือในการใช้ยาจิตเวชของผู้ป่วยเด็กออทิสติกของ หนึ่งฤทัย สุกใส และคณะ (Sooksai et al., 2019) พบว่า ความเชื่อของผู้ปกครองเกี่ยวกับยาจิตเวชที่ใช้ในผู้ป่วยเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีการรับรู้ผู้ป่วยเด็กมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคและโรคนั้นเสี่ยงที่จะมีความรุนแรง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมพบว่า มีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ดูแลและด้านผู้ป่วยเด็ก ปัจจัยด้านอาการ เช่น ระดับความรุนแรง การมีโรคร่วม ปัจจัยด้านการรักษา เช่น ระยะเวลาในการดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล คือ อายุของผู้ดูแล ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค



ของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาของผู้ดูแล และการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาของผู้ดูแล ปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญกับการร่วมมือในการใช้ยา แม้ที่ผ่านมา มีการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการร่วมมือในการใช้ยา แต่เนื่องจากผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาอาจมีความแตกต่างกัน

การศึกษานี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุของผู้ดูแล ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม และปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาของผู้ดูแล และการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาของผู้ดูแล โดยใช้แนวคิดของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผลที่ได้จากการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการนำไปวางแผนส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม เพื่อให้สามารถควบคุมอาการของภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมได้ดี และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้กรอบแนวคิดของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการร่วมมือในการใช้ยาที่มีผลต่อพฤติกรรมในการใช้ยาของผู้ดูแล ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมตามความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาของผู้ดูแล และ 4) การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาของผู้ดูแล โดยหากผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมทั้ง 4 องค์ประกอบ และตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เกิดผลดีมากกว่าผลเสียจะทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถควบคุมอาการของภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมได้ดีและมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักอายุ 20-60 ปี ที่ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับการวินิจฉัยภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมอย่างน้อย 6 เดือน และมารับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่น ณ หอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล เอกชน 2 แห่งในภาคเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักอายุ 20-60 ปี ที่ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับการวินิจฉัยภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมอย่างน้อย 6 เดือน และมารับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างน้อย 1 เดือน และพาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง 2) สดชื่นสมบูรณ์ สามารถสื่อสาร โดยการฟัง เขียน พูด อ่านภาษาไทย 3) ยินดีและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม มีโรคประจำตัวดังต่อไปนี้ โรคทางพันธุกรรมที่ส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจ เช่น Cystic Fibrosis (CF) Primary Ciliary Dyskinesia (PCD) Alpha-1 Antitrypsin Deficiency โรคทางพันธุกรรมที่ส่งผลต่อกล้ามเนื้อและการหายใจ เช่น Duchenne Muscular Dystrophy (DMD) Spinal Muscular Atrophy (SMA) โรคทางพันธุกรรมที่กระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน เช่น Severe Combined Immunodeficiency (SCID) โรคโลหิตทางพันธุกรรม เช่น ธาลัสซีเมีย ที่มีภาวะแทรกซ้อนส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจ และ 2) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ภาวะหยุดหายใจขณะหลับที่มีสาเหตุทางกายภาพ (Obstructive Sleep Apnea) และโรคอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการหายใจหรือออกซิเจนในเลือด

คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูป โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ ที่ 0.80 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ระดับปานกลาง ($r = 0.30$) และความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้ค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 85 คน (Grove et al., 2013) วิธีการคัดเลือกตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล ใช้วิธีการคัดเลือกตามสัดส่วน (proportional sampling) คำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วน ได้กลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลเอกชนแห่งที่ 1 จำนวน 50 คน โรงพยาบาลเอกชนแห่งที่ 2 จำนวน 35 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด มี 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็ก

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็ก รายได้ ระยะเวลาในการดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยของเด็ก ความถี่ในการใช้ยาสเต็มยารอยด์สูดพ่นในแต่ละวัน จำนวนครั้งที่ต้องกดยาในแต่ละการพ่นยาแต่ละครั้ง ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาสเต็มยารอยด์สูดพ่น ความถี่ของการเกิดภาวะภูมิไวเกินกำเริบต่อเดือน การมาพบแพทย์ตามนัด และสิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากกรอบแนวคิดของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (rating scale) ซึ่งมีข้อคำถามในเชิงบวกและเชิงลบ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาของผู้ดูแลจำนวน 5 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาของผู้ดูแล จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 14 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวก 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3 หมายถึง เห็นด้วย 2 หมายถึง ไม่มีความเห็น และ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย สำหรับคำถามเชิงลบ 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 หมายถึง เห็นด้วย 3 หมายถึง ไม่มีความเห็น และ 4 หมายถึง ไม่เห็นด้วย คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม คือ 80 คะแนน คะแนนต่ำสุด 20 คะแนน เกณฑ์การแปลผลตามช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 3.01-4.00 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมอยู่ในระดับมาก 2.01-3.00 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมอยู่ในระดับปานกลาง และ 1.00-2.00 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาพ่น ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่ทำ 2 หมายถึง บางครั้ง 3 หมายถึง บ่อยครั้ง และ 4 หมายถึง ทำทุกครั้ง คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม คือ 40



คะแนน คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน เกณฑ์การแปลผลตามช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนน 1.00-1.75 หมายถึง ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมระดับน้อย 1.76-2.50 หมายถึง ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมระดับปานกลาง 2.51-3.26 หมายถึง ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมระดับมาก 3.27-4.00 หมายถึง ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม และแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาพ่นของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม จำนวน 2 ท่าน อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กโรคระบบทางเดินหายใจ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม จำนวน 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด เท่ากับ 0.80

การหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม และแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาพ่นของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่น ด้วยสถิติ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด เท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ 048/2567 อนุมัติวันที่ 27 มีนาคม 2567 ขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน แห่งที่ 1 เอกสารรับรองเลขที่ 0633/67 และผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนแห่งที่ 2 เอกสารรับรองเลขที่ 636/67 จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อมูลที่สงสัย การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำข้อมูลไปเผยแพร่เป็นการนำเสนอข้อมูลในเชิงวิชาการ ในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตามความต้องการโดยไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ และสอบถามความสมัครใจกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากในช่วงการเก็บรวบรวมข้อมูล ยังมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยมีการสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่หรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล และทำการเว้นระยะห่างทางสังคมในขณะทำกิจกรรมกับผู้ดูแลหลัก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

หลังจากได้รับเอกสารรับรองและใบอนุญาตการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมด้วยตนเอง ที่แผนกผู้ป่วยนอกเด็ก ช่วงเวลา 8.00-17.00 น. ดังนี้

1. สืบจากรายชื่อผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมที่มารับการรักษาตามนัด และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าในโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง
2. สร้างสัมพันธภาพ ด้วยการแนะนำว่าตนเองเป็นนักวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิให้ทราบ ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลใช้เวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และ



ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากที่ผู้ดูแลเข้าพบแพทย์ โดยขณะที่เชิญผู้ดูแลเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยไม่สวมเครื่องแบบพยาบาล

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้เชิญกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่ห้องประเมิน พัฒนาการ หอผู้ป่วยนอกเป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นห้องแยกมีความเป็นส่วนตัวเพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่ม ตัวอย่างอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

4. เก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลจนครบจำนวน นำ ข้อมูลจากแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม ความร่วมมือในการใช้ยาของ ผู้ดูแลในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม การรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม โดยใช้สถิติเชิง พรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา กับความร่วมมือ ในการใช้ยาของผู้ดูแลในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม ด้วยสถิติ Eta correlation coefficient

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มี ภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม ทดสอบการกระจายข้อมูลด้วยค่าสถิติ Kolmogorov- Smirnov test พบว่า มีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงทดสอบด้วยสถิติ Spearman rank correlation coefficient

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาของผู้ดูแล และการรับรู้อุปสรรคของการใช้ ยาของผู้ดูแล กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม ทดสอบการ กระจายข้อมูลด้วยค่าสถิติ Kolmogorov- Smirnov test พบว่า มีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงทดสอบ ด้วยสถิติ Spearman rank correlation coefficient

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม ดังนี้
1.1 ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม ร้อยละ 83.53 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 50.58 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 64.71 ครอบครัวยาก ร้อยละ 48.24 มีรายได้ เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 10,001-20,000 ร้อยละ 44.71 ให้การดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมส่วนใหญ่ 1 เดือน-10 เดือน ร้อยละ 78.80

1.2. ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม ร้อยละ 74.12 เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 3-5 ปี ร้อยละ 75.29 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยของเด็กมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 64.71 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา สเตียรอยด์ชนิดสูดพ่นรักษา ร้อยละ 64.70 ความถี่ของการเกิดภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมกำเริบ 0 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 48.25 กำเริบ 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 47.05 กำเริบ 2 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 4.70

2. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมพบว่า ผู้ดูแลมีความ ร่วมมือในการใช้ยาพ่นของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.42$, $SD = 0.81$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ พ่นยาควบคุมในจำนวนและความถี่ตามแผนการรักษาของแพทย์ อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 3.74$, $SD = 0.46$) รองลงมา คือ พ่นยาควบคุมตามเวลาที่แพทย์สั่ง อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 3.69$, $SD = 0.55$) และพ่นยาควบคุมทุกวัน ไม่เว้นวันหยุด ($M = 3.55$, $SD = 0.66$) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม (n = 85)

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแล	M	SD	ระดับ
1. พยายามควบคุมเฉพาะเมื่อมีอาการไอบ่อย	3.12	0.86	มาก
2. พยายามควบคุมเฉพาะเมื่อมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ	3.14	0.87	มาก
3. พยายามควบคุมให้ผู้ป่วยเด็ก ถึงแม้จะไม่มีอาการ	3.29	0.76	มาก
4. พยายามควบคุมตามเวลาที่แพทย์สั่ง	3.69	0.55	มากที่สุด
5. พยายามควบคุมให้ผู้ป่วยเด็กตามเวลา	3.34	0.89	มาก
6. แม้ผู้ป่วยเด็กสบายดีก็ไม่ลดขนาดของยาและความถี่	3.48	0.90	มาก
7. ไม่หยุดพ่นยาให้ผู้ป่วยเด็กเอง	3.36	1.02	มาก
8. ถึงแม้จะรักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ แล้วไม่ได้ผล ก็ยังพ่นยาให้ผู้ป่วยเด็ก	3.47	0.71	มาก
9. พยายามควบคุมทุกวัน ไม่เว้นวันหยุด	3.55	0.66	มากที่สุด
10. พยายามควบคุมในจำนวนและความถี่ตามแผนการรักษาของแพทย์	3.74	0.46	มากที่สุด
รวม	3.42	0.81	มาก

2. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = .22, p = .001$) และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวก กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = .26, p = .03$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแล	
	η	p-value
รายได้	.22	.001**
ระดับการศึกษา	.26	.03*

หมายเหตุ $\eta = \text{eta}$, ** $p < .01$, * $p < .05$

3. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเด็ก กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม ผลการศึกษาพบว่า อายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเด็กมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, p = .04$ และ $r = -.22, p = .04$) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเด็ก กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม (n = 85)

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแล	ค่าความสัมพันธ์ (r_s)	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุของผู้ดูแล	-.22	.04
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม	-.22	.04

หมายเหตุ. $p^* < .05$

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับมาก กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .39, p < .001$) ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมรายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของใช้ยาของผู้ดูแล และการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .05$; $r = .23, p < .05$; และ $r = .22, p < .05$ ตามลำดับ) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับมาก กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .38, p = .000$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม (n = 85)

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแล	ค่าความสัมพันธ์ (r_s)	p-value	ระดับ
การรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม	.39	.000***	มาก
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค	.22	.04*	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.38	.000***	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาของผู้ดูแล	.23	.03*	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาของผู้ดูแล	.22	.04*	ปานกลาง

หมายเหตุ. * $p < .05$, *** $p < .001$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาความร่วมมือของผู้ดูแลในการใช้ยา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม อภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

1. ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม

ผลการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.42, SD = 0.81$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) พยายามควบคุมในจำนวนและความถี่ตามแผนการรักษาของแพทย์ 2) พยายามควบคุมตามเวลาที่แพทย์สั่ง 3) พยายามควบคุมทุกวัน ไม่เว้นวันหยุด ส่วนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลเด็กในข้ออื่น ๆ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นกัน ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องมาจากผู้ดูแลเด็กมีช่วงอายุ 21-30 ปี มีผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลโดยรวม

อยู่ในระดับมาก เนื่องจากช่วงวัยดังกล่าวเป็นช่วงอายุที่มีทักษะและสามารถนำทักษะมาปรับใช้ในการให้ยาสุดพ่นกับผู้ป่วยเด็ก ทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการสูดพ่นยาต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมอาการของภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมได้ดี และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Kasemsuk & Boonbunjob, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหิวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยที่มีความพร้อมในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาได้ดี (Saopeng et al., 2019)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม

ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = .22, p = .01$) แสดงว่า ผู้ดูแลที่มีรายได้มากสามารถให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001-20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 44.71 ทั้งนี้การที่ผู้ดูแลมีรายได้มากจะทำให้มีกำลังสนับสนุนในการให้ความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ วันงามวิเศษ และคณะ (Wanngamwiset et al., 2021) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำมักจะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ และยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องเงินจะไม่ไปพบแพทย์ตามนัดทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง (Gomes & Filho, 1998) จึงสรุปได้ว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ดูแลในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = .26, p = .01$) อธิบายได้ว่า การศึกษามีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล บุคคลที่มีระดับการศึกษาในระดับสูง จะมีแนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วยเช่นกัน และเนื่องจากการมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ และมีความตระหนักในเรื่องของการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมในการให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อควบคุมภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 64.71 ซึ่งเป็นกลุ่มระดับการศึกษาที่มีความรู้ ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีระดับการศึกษาสูง จะสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีและการศึกษาหาข้อมูล (The Commission on Higher Education Standards, 2022) เพื่อนำข้อมูลนั้นมาตัดสินใจในการใช้ยาเพื่อควบคุมภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมควบคุมให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (The Commission on Higher Education Standards, 2022) สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ และคณะ (Sribenchamas et al., 2017) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค โดยพบว่า ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะดี ในการป้องกันโรคดีขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของ วงษ์เดือน จุแดง และ ศศิธร จตุโกคา (Judang & Jatupoka, 2020) ที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดที่มีระดับการศึกษาสูง สามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดได้ดี

อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, p < .05$) การศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กมีช่วงอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 50.58 เป็นวัยที่มีความแข็งแรงของร่างกาย ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมเหมาะสมในการดูแลตนเองและบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังมีพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และอารมณ์ ส่งผลที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของเด็ก (Kasemsuk & Boonbunjob, 2018) ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะมีศักยภาพและสามารถดูแลเด็กได้ดี รวมไปถึงการดูแลเรื่องการให้ยาได้ตรงตามนัดชอบในการใช้ยาได้ครบถ้วน ตรงเวลาและต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก



สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟรานกา และคณะ (França et al., 2024) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะให้ความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กโดยเฉพาะเรื่องการใช้อย่างสม่ำเสมอ

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, p < .05$) การศึกษารั้งนี้ ผู้ดูแลเด็กร้อยละ 78.80 มีการดูแลผู้ป่วยเด็ก 1-10 เดือน ซึ่งหากผู้ดูแลต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยเด็กยาวนานขึ้น ระดับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการใช้ยาของผู้ดูแลมีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจสะท้อนถึงผลกระทบของภาระการดูแลเรื้อรังต่อความเคร่งครัดในการดูแลรักษาโดยรวมของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยาในเด็กพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอายุ 3 เดือน–1 ปี นาน 3 ปีหรือมากกว่า มีโอกาสไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มที่ป่วยน้อยกว่า 3 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (Wu, et al., 2022) และการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยาในเด็กพบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยถาวร 5 ปีหรือมากกว่า ทำให้ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาอย่างเคร่งครัด ดังนั้นผู้ดูแลเด็กที่ป่วยนานมีโอกาสนำไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาอย่างเคร่งครัดสูงกว่ากลุ่มที่เจ็บป่วยในระยะสั้น (Manatpreeprem et al., 2023)

จากการศึกษาของ โมดิ และคณะ (Modi et al., 2011) พบว่า เด็กที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืด จะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในช่วงแรก แต่เมื่อติดตามต่ออีก 6 เดือน พบว่า มีการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งสาเหตุจากผู้ดูแลเบื่อหน่ายเหนื่อยล้า ประกอบกับค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีหทัย วาดวารี (Wadwatee, 2017) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล รวมทั้งการมีปัญหาร้องเรียนด้านการรักษา และการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลต้องออกไปหารายได้เพิ่มส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมที่ละเลยต่อการดูแลผู้ป่วยเด็ก ทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่ได้ใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการไม่ไปพบแพทย์ตามนัด

การรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .393, p < .01$) ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมรายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของใช้ยาของผู้ดูแล และการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .05$; $r = .23, p < .05$; และ $r = .22, p < .05$ ตามลำดับ) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .38, p < .01$)

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทำให้บุคคลปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เพื่อให้มีสุขภาพดี บุคคลจะต้องเชื่อว่าการปฏิบัติตัวจะส่งผลดีต่อสุขภาพ หรือเชื่อว่าบุคคลมีโอกาสเกิดโรค และความรุนแรงของโรคที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคจึงจะส่งผลดีต่อตนเองและช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งในการศึกษารั้งนี้พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม มีการรับรู้ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ หนึ่งฤทัย สุกใส และคณะ (Sooksai et al., 2019) ที่พบว่า ผู้ปกครองที่มีความเชื่อเกี่ยวกับอันตรายจากการใช้ยาโดยทั่วไป มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเชื่อดังกล่าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)



ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำผลการศึกษาวินิจฉัยที่พบว่า ปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล รายได้ของครอบครัว และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินของหลอดลมมาวางแผนการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะภูมิไวเกินของหลอดลม

References

- Andrews, A. L., Bundy, D. G., Simpson, K. N., Teofell II. R. J., Harvey, J., & Simpson, A. N. (2017). Inhaled corticosteroid claims and outpatient visits after hospitalization for asthma among commercially insured children. *Academic Pediatrics*, 17(2), 212-217. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.10.016>
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-473. <http://dx.doi.org/10.1177/109019817400200407>
- Bellin, M. H., Osteen, P., Kub, J., Bollinger, M. E., Tsoukleris, M., Chaikind, L., & Butz, A. M. (2015). Stress and quality of life in urban caregivers of children with poorly controlled asthma: A longitudinal analysis. *Journal of Pediatric Health Care*, 29(6), 536-546. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.04.018>
- Biggers, A. (2018). *What does reactive airway disease mean?* Medical New Today. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/321061>
- Biggers, A., Sharp, L. K., Nimitphong, H., Saetung, S., Siwasaranond, N., Manodpitipong, A., Crowley, S. J., Hood, M. M., Gerber, B. S., & Reutrakul, S. (2019). Relationship between depression, sleep quality, and hypoglycemia among person with type 2 diabetes. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 15, 62-64. <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2018.12.007>
- Bowen, F. (2013). Asthma education and health outcomes of children aged 8 to 12 years. *Clinical Nursing Research*, 22(2), 172-185. <https://doi.org/10.1177/1054773812461914>
- Charach, A., Volpe, T., Boydell, K. M., & Gearing, R. E. (2008). A theoretical approach to medication adherence for children and youth with psychiatric disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 16(2), 126-135. <https://doi.org/10.1080/10673220802069715>
- Chiu, K. C., Boonsawat, W., Cho, S. H., Cho, Y. J., Hsu, J. Y., Liam, C. K., Muttalif, A. R., Nguyen, H. D., Nguyen, V. N., Wang, C., & Kwon, N. (2014). Patients' beliefs and behaviors related to treatment adherence in patients with asthma requiring maintenance treatment in Asia. *Journal of Asthma*, 51(6), 652-659. <https://doi.org/10.3109/02770903.2014.898772>
- Chinratapisit, S., Suratanon, N., Pacharn, P., Sritipsukho, P., & Vichyanond, P. (2019). Prevalence and severity of asthma, rhinoconjunctivitis and eczema in children from the Bangkok area: The Global Asthma Network (GAN) phase I. *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology*, 37(4), 226-231. <https://doi.org/10.12932/AP-120618-0336>



- Douglas, L. C., & Feder, K. J. (2017). RAD: Reactive airways disease or really asthma disease? *Pediatrics*, 139(1), e20160625. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0625>
- Faengphong, N., Junprasert, S., & Rattanaagreetkul, S. (2020). Effects of health belief development program among parent on perceptions and hand-foot-mouth disease preventive behaviors for preschool-aged children in child development center. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(3). 114-125.
- Fahy, J. V., & O'Byrne, P. M. (2001). "Reactive airways disease". A lazy term of uncertain meaning that should be abandoned. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163(4), 822-823. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.163.4.2005049>
- França, F. A., Figueredo, A. C. F., Tessmann, L., Tiziani, V., Córdoba, J. C. M, Magalhães, I., Tavares, N. U. L., & Medeiros-Souza, P. (2024). Barriers to medication adherence by caregivers of children with leukemia: An observational study. *Revista Paulista de Pediatria*, 42, e2022214. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2024/42/2022214>
- GBD 2017 Chronic Respiratory Disease Collaborators. (2020). Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(6), 585-596. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30105-3](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30105-3)
- GBD 2017 Risk Factor Collaborators. (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990 – 2017: A systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *The Lancet Respiratory Medicine*, 392(10159), 1923-1994. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6)
- Gomes, M. D. M., & Maia Filho, H. D. S. (1998). Medication-taking behavior and drug self regulation in people with epilepsy. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 56(4), 714-719. <https://doi.org/10.1590/s0004-282x1998000500003>
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7th ed.). Elsevier.
- Judang, V., & Jatupoka, S. (2020). Caring behavior of the guardians of pediatric patients with asthma aged 0-5 years in Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi. *Region 4-5 Medical Journal*, 39(3), 488-499. (in Thai)
- Kasemsuk, K., & Boonbunjob, U. (2018). Health promotion of early adulthood development: Nurse' important role. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*, 64(3), 101-107. (in Thai)
- Laforest, L., Belhassen, M., Devouassoux, G., Didier, A., Ginoux, M., & Ganse, E. V. (2016). Long-term inhaled corticosteroid adherence in asthma patients with short-term adherence. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 4(5), 890-899.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2016.07.008>



- Manatpreeprem, B., Lerkvaleekul, B., & Vilaiyuk, S. (2023). Factors associated with medication adherence among children with rheumatic diseases. *Frontiers in Pharmacology*, 14, 1149320. <https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1149320>
- Masefield, S., Edwards, J., Hansen, K., Hamerlijnck, D., Lisspers, K., Marc, V. D. S., Silva, L., Matthews, J., Gaga, M., Adcock, I., Holgate, S., Walker, S., & Powell, P. (2017). The future of asthma research and development: A roadmap from the european asthma research and innovation partnership (EARIP). *European Respiratory Journal*, 49(5), 1602295. <https://doi.org/10.1183/13993003.02295-2016>
- Modi, A. C., Rausch, J. R., & Glauser, T. A. (2011). Patterns of nonadherence to antiepileptic drug therapy in children with newly diagnosed epilepsy. *JAMA*, 305(16), 1669-1676. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.506>
- Niyomwit, K. (2017). Nursing care for ill children with acute asthmatic attack. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 28(1), 1-12. (in Thai)
- Peddersen, E. S., Hurd, S. S., Lemanske, R. F. Jr., Becke,r A., Zar, H. J., Sly, P. D., Soto-Quiroz, M., Wong, G., & Bateman, E. D. (2011). Globa strategy for the diagnosis and management of asthma in children 5 years and younger. *Pediatric Pulmonology*, 46(1), 1-7. <https://doi.org/10.1002/ppul.21321>
- Rajavej Hospital Chiang Mai. (2023). *Statistics on children with reactive airway disease, year 2021-2023*. Rajavej Hospital Chiang Mai. (in Thai)
- Saopeng, H., Jintrawet, U., & Chotibang, J. (2019). Factors related to caregiver burden of children with congenital heart disease after open heart surgery. *Nursing Journal*, 46(4), 13-24. (in Thai)
- Sooksai, N., Rittirod, T., Pachanasoontorn, N., Maneekanonta, S., Chaiyo, N., Samthong, S., Pienwittayapun, R., & Navanukraw, C. (2019). The guardian's beliefs on psychotropic medications adherence of autistic pediatric patients. *Srinagarind Medical Journal*, 34(6), 595-601. (in Thai)
- Sribenchamas, N., Samruayruen, K., & Srijaroen, W. (2017). Factors affecting health behavior prevention of hand foot mouth disease among guardians at the child development center in Pitsanulok Province. *PSRU Journal of Science and Technology*, 2(3), 9-19. <https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/Scipsru/article/view/91644/85360> (in Thai)
- The Commission on Higher Education Standards. (2022). *The standards for the bachelor's degree program curriculum, 2022*. <http://www.ops.go.th/th/ches-download/edu-standard/item/6942-2022-07-22-03-17-22> (in Thai)
- Thai Asthma Council. (2020). *Thai asthma guideline in adults 2020*. Thai Asthma Council.
- Wadvaree, S. (2017). Problems of child rearing and community welfare management: Case studies of four communities in Wangthonglang District, Bangkok. *Romphruek Journal*, 35(2), 100-118. (in Thai)



-
- Wathanachaporn, P., Aree, P., & Lamchang, S. (2016). Asthma severity, family management behavior and asthma symptom control in children among family caregivers. *Nursing Journal*, 43(2), 1-12. (in Thai)
- Wanngamwiset, S., Seamkhumhom, D., & Thienphuride, T. (2021). Nurse's roles in promoting medication adherence in the use of inhalers for asthmatic children. *Journal of Nursing and Education*, 14(2), 1-10. (in Thai)
- World health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies evidence for action*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9241545992>
- Wu, Y., Huang, L., Sun, J., Wang, H., Fang, L., & Miao, J. (2022). Prevalence and predictors of medication non-adherence in children with inflammatory bowel disease in China: A cross-sectional study. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 1062728. <https://doi.org/10.3389/fphar.2022.1062728>
- Yang, X., Zhang, T., Zhang, X., Chu, C., & Sang, S. (2022). Global burden of lung cancer attributable to ambient fine particulate matter pollution in 204 countries and territories, 1990-2019. *Environmental Research*, 204(Pt A), 112023. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.112023>



Factors Related to Depression Among Expectant Fathers

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา

Jiraporn	Nunchai*	จิราภรณ์	นันทชัย*
Wimolsiri	Injan**	วิมลสิริ	อินทร์จันทร์**
Chutimas	Intha***	ชุติมาส	อินทา***
Jassadakon	Tongjun****	เจษฎากร	ทองจันทร์****

Abstract

The transition to fatherhood may lead to emotional changes, physical signs and symptoms, and develop into depression. This descriptive correlational research aimed to study depression and factors related to depression among expectant fathers. The participants were 115 expectant fathers whose partners were between 28-36 weeks of gestation in antenatal care at Mae Suai Hospital, Chiang Rai province and Mae Ai Hospital, Chiang Mai province. The research instruments were the 9Q Depression Screening Tool, Generalized Anxiety Disorder (GAD-7), and the Social Support Questionnaire of expectant fathers. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that:

1. Participants accounting for 8.70% were found to have depression, with a mean score of 8.60 (SD = 2.07), indicating mild symptoms of depression.

2. Factors related to depression among expectant fathers included anxiety, which had a positive correlation with depression ($r = .714, p < .001$) and social support which had a negative correlation with depression ($r = -.276, p < .01$). However, age, occupation, number of times becoming a father, history of mental illness, and pregnancy complications were not significantly correlated with depression among participants.

These findings can be used as baseline data for screening depression in expectant fathers who accompany their partners for antenatal visits between 28-36 weeks of gestation.

Keywords: Depression; Expectant father; Factors

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College;

e-mail: wimolsiri.injan@crc.ac.th

*** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

**** Registered Nurse, Health Promotion Unit, Mae Ai Hospital



บทคัดย่อ

การเปลี่ยนผ่านบทบาทเป็นบิดา อาจส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ อาการและอาการแสดงด้านร่างกาย พัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าได้ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาอายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ ในหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย และโรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 115 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม แบบประเมินความวิตกกังวล (GAD-7) และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ chi-square tests และ Spearman rank correlation coefficient

ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 8.70 มีภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าเฉลี่ย 8.60 (SD = 2.07) แสดงว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .714, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.276, p < .01$) อย่างไรก็ตาม อายุ อาชีพ จำนวนครั้งของการเป็นบิดา ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้จะเป็นบิดา ที่มาส่งภรรยาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ได้

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ผู้จะเป็นบิดา ปัจจัย

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย e-mail: wimolsiri.injan@crc.ac.th

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

**** พยาบาลวิชาชีพ หน่วยส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแม่ข่าย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้จะเป็นบิดาที่เปลี่ยนผ่านบทบาทเป็นบิดา หรือการมีบุตรเพิ่มขึ้น อาจส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (Philpott et al., 2020) บางรายอาจขาดความมั่นใจในตนเอง (Hoffman, 2011) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรม และพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าจนถึงโรคจิตประสาทได้ ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้มีอาการเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังรุนแรง เบื่อไม่ยอมทำอะไร แม้แต่กิจกรรมเพลิดเพลินที่เคยชอบทำ โดยเกิดติดต่อกัน 2 สัปดาห์ขึ้นไป (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2019) และสมาคมภาวะซึมเศร้าระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด (Post and Antenatal Depression Australia [PANDA], 2017) พบว่า ผู้จะเป็นบิดาจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ และมีอาการและอาการแสดงด้านร่างกาย ซึ่งภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก

จากการศึกษาในประเทศต่าง ๆ พบว่า ในชาวแคนาดา พบผู้จะเป็นบิดามีภาวะซึมเศร้าขณะที่ภรรยาอายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์ ร้อยละ 13.3 (Costa et al., 2017) ชาวเยอรมนี ในปี ค.ศ. 2020 พบผู้จะเป็นบิดามีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 9 โดยจำแนกเป็นมีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 5 และมีอาการซึมเศร้าที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างรุนแรง ร้อยละ 4 (Garthus-Niegel et al., 2020) และปี ค.ศ. 2023 พบผู้จะเป็นบิดามีอาการซึมเศร้าขณะที่ภรรยาอายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ ร้อยละ 14.1 (Zacher et al., 2023) สำหรับประเทศในแถบเอเชีย ได้แก่ ชาวฮ่องกง พบภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาขณะที่ภรรยาอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 5.22 (SD = 3.59) และขณะที่ภรรยาอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ร้อยละ 5.23 (SD = 3.67) (Koh et al., 2014) ส่วนในชาวมลายูเซีย พบภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาร้อยละ 8.4 (Nasreen et al., 2018) และชาวญี่ปุ่น พบภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา ร้อยละ 8.5 (95% CI 3.3-20.3%) (Tokumitsu et al., 2020)

สำหรับประเทศไทย โรคซึมเศร้าในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 1 ปี พ.ศ. 2565-2567 พบเป็นร้อยละ 2.79, 2.83 และ 3.22 ตามลำดับ และปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในลำดับที่ 6 (ร้อยละ 3.47) จากเดิม พ.ศ. 2566 เป็นลำดับที่ 8 (ร้อยละ 2.97) และจังหวัดเชียงราย อยู่ในลำดับที่ 10 (ร้อยละ 3.16) จากเดิม พ.ศ. 2566 ที่ไม่ได้อยู่ใน 10 อันดับแรก ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยโรคซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า (Chuda et al., 2025) ภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาขณะที่ภรรยาอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป พบร้อยละ 13.4 (Rutchanapagit & Roomruangwong, 2013) และพบภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ภรรยาอายุครรภ์ 12-40 สัปดาห์ ร้อยละ 18.4 (Loekdee et al., 2024)

ภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดามีผลกระทบต่อทั้งผู้จะเป็นบิดา สตรีมีครรภ์ และทารก ดังนี้ ผลกระทบต่อผู้จะเป็นบิดาด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ มีอาการอ่อนเพลียหรืออาการเหนื่อยล้าตลอดเวลา หดแรงแรง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ความสนใจทางเพศลดลง มีการเปลี่ยนแปลงในความอยากอาหาร ปัญหาการนอนหลับ หงุดหงิด โกรธหรือฉุนเฉียว และอารมณ์แปรปรวน มีความรู้สึกแยกตัวจากคู่สมรส บุตร ครอบครัว และเพื่อน มีความกลัวเมื่อต้องดูแลทารก ไม่ต้องการสื่อสารกับคู่สมรส ครอบครัว และเพื่อน รู้สึกแยกตัว ใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดในการหลีกเลี่ยงหรือรับมือกับปัญหา รวมถึงมีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (PANDA, 2017) ส่งผลด้านลบต่อสัมพันธภาพกับคู่สมรส และอาจพัฒนาสู่อาการซึมเศร้าทั้งคู่ (Chhabra et al., 2022) 2)

ผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์พบว่า สตรีมีครรภ์อาจไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือในระยะตั้งครรภ์และอาจต่อเนื่องถึงระยะหลังคลอด อาจมีผลทางด้านลบต่ออารมณ์ของสตรีมีครรภ์จากการที่ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความต้องการ (Goodman, 2004) การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ลดลง (Wee et al., 2011) และเสี่ยงต่อการเกิดความแตกแยกมากขึ้น (Ramchandani, 2011) สำหรับผลกระทบต่อทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดพบว่า มีผลกระทบทางด้านลบต่อการพัฒนาการและพฤติกรรมของทารก ในระยะยาวเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ในเด็ก (Koh et al., 2014) บุตรมีความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ร้อยละ 45 บิดาและบุตรมีความขัดแย้งกันมากขึ้น ร้อยละ 26 (Spector, 2006)



ภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดายังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา 4 ด้าน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านชีวภาพ และปัจจัยด้านคู่สมรสและการตั้งครรภ์ สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้จะเป็นบิดา ได้แก่ อายุมากกว่า 30 ปี (Costa et al., 2017) อายุน้อยกว่า 17 ปี การเป็นบิดาครั้งแรก การไม่มีงานทำ (Spector, 2006) รายได้ของครอบครัวต่ำ (Koh et al., 2014; Loekdee et al., 2024) โดยผู้จะเป็นบิดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้จะเป็นบิดาที่มีรายได้ของครอบครัวสูงขณะที่ภรรยาอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (Koh et al., 2014) มีประวัติภาวะซึมเศร้า (PANDA, 2017) คุณภาพการนอนหลับไม่ดี และมีประวัติความผิดปกติด้านจิตเวชทั้งของผู้จะเป็นบิดาและครอบครัว สามารถทำนายอารมณ์ซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาได้ร้อยละ 29 ขณะที่ภรรยาอายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์ (Costa et al., 2017) และการไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ (Chhabra et al., 2022)

ปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา ได้แก่ ความวิตกกังวล (Beesley et al., 2019) ความเครียด (Costa et al., 2017; Loekdee et al., 2024) ความรู้สึกผิด ความแตกต่างในการทำงาน ความไม่มั่นคงในชีวิตสมรส การได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย (Costa et al., 2017) การปรับตัวในชีวิตสมรส (Loekdee et al., 2024) การมีเครือข่ายทางสังคมน้อย ปัญหาทางอารมณ์ของคู่สมรส สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหรือไม่ได้รับการสนับสนุนด้านสัมพันธภาพ การหย่าร้าง (PANDA, 2017) ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ และความขัดแย้งในที่ทำงานและครอบครัว (Chhabra et al., 2022; Koh et al., 2014) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม พบการศึกษาของ บีสเลย์ และคณะ (Beesley et al., 2019) ในผู้จะเป็นบิดาจำนวน 166 ราย พบว่า ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือผู้จะเป็นบิดาให้ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร ตามแนวคิดของ เฮ้าส์ (House, 1981) จากการศึกษาของ คอสตา และคณะ (Costa et al., 2017) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย สามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาได้ร้อยละ 29 ($R^2 = .29, p < .001$) เมื่อภรรยาอายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์

ปัจจัยด้านชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา พบว่า ผู้จะเป็นบิดาที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ลดลง ซึ่งปกติฮอร์โมนเอสโตรเจนจะเพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้จะเป็นบิดามีกลุ่มอาการสามีแพ้ท้อง (couvade syndrome) การที่ฮอร์โมนเอสโตรเจนอยู่ในระดับที่ไม่คงที่หรือลดลง อาจส่งผลต่อพฤติกรรมความเป็นบิดาและเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้จะเป็นบิดาได้ สำหรับฮอร์โมนอื่น ๆ อีก 4 ชนิด ได้แก่ ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) คอร์ติซอล (cortisol) วาโซเพรสซิน (vasopressin) และโพรแลคติน (prolactin) พบว่า มีระดับลดลง ในระยะหลังบุตรเกิด จากการตอบสนองของพฤติกรรมความเป็นบิดา การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบิดากับบุตร และพฤติกรรมตอบสนองต่อการกระตุ้นของบุตร (Kim & Swain, 2007) ในส่วนของปัจจัยด้านคู่สมรสและการตั้งครรภ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา ได้แก่ คู่สมรสมีความเครียด (Loekdee et al., 2024) คู่สมรสมีภาวะซึมเศร้า (Chhabra et al., 2022) การตั้งครรภ์และการคลอดที่มีความเสี่ยงสูง หรือทารกคลอดก่อนกำหนด (Zacher et al., 2022) และความคาดหวังเกี่ยวกับเพศของทารก (Rutchanapagit & Roomruangwong, 2013)

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้จะเป็นบิดาต้องมีความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น ทั้งในการหาเลี้ยงครอบครัว การปกป้องคุ้มครอง การเป็นผู้นำ และการมีส่วนร่วมในการดูแลสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์ การที่ภรรยาตั้งครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 3 และมีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 28-36 สัปดาห์เป็นช่วงเวลาที่ผู้จะเป็นบิดาอาจรู้สึกว้าวุ่นใจได้เป็นบิดา อาจเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปรับบทบาทจากการเป็นสามีมาเป็นบิดา และความปลอดภัยของภรรยาและทารกในครรภ์ ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาเกิดความวิตกกังวล



มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในระยะที่ภรรยาตั้งครรภ์ได้ ซึ่งการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ที่มีความแตกต่างด้านบริบท วัฒนธรรมประเพณี ค่านิยม และความเชื่อต่าง ๆ สำหรับการศึกษางานวิจัยในประเทศไทย พบเพียง 2 การศึกษา คือ การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของบิดาในช่วงก่อนทารกคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ศึกษามาเกิน 10 ปี (Rutchanapagit & Roomruangwong, 2013) และการศึกษาอาการซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้จะเป็นบิดาในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (Loekdee et al., 2024)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนครั้งของการเป็นบิดา ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา และปัจจัยด้านจิตสังคม ประกอบด้วย ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้ และสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย และโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงใหม่ ที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง แต่มีการให้บริการผู้ป่วยในหออผ่าตัด ห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอ โดยสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ (Health Administration Division, Ministry of Public Health, 2018) หากผู้รับบริการมีภาวะแทรกซ้อนจะต้องส่งต่อไปรับบริการยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีแพทย์เฉพาะทาง

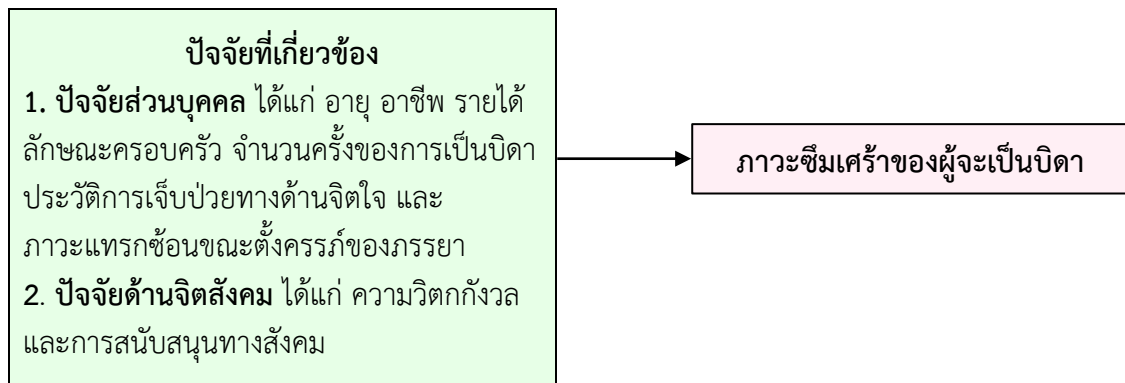
นอกจากนี้ ผู้จะเป็นบิดาในพื้นที่ดังกล่าว ส่วนใหญ่มีรายได้ที่ไม่แน่นอนจากอาชีพเกษตรกรรม เป็นผู้นำครอบครัวและมีส่วนร่วมในการดูแลสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์ ผู้จะเป็นบิดาส่วนใหญ่มักไม่แสดงออกทางอารมณ์หรือขอความช่วยเหลือเมื่อรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวล การคัดกรองภาวะซึมเศร้าจะคัดกรองเฉพาะสตรีมีครรภ์ ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลผดุงครรภ์ที่จะได้ข้อมูลพื้นฐานในการคัดกรอง ดูแล และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้จะเป็นบิดาได้อย่างเหมาะสม ตามบริบทวัฒนธรรมของไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2019) ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้มีอาการเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังรุนแรง เบื่อไม่ยอมทำอะไร แม้แต่กิจกรรมเพลิดเพลินที่เคยชอบทำ โดยเกิดติดต่อกัน 2 สัปดาห์ขึ้นไป และจากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนครั้งของการเป็นบิดา ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ ตึงเครียด ว้าวุ่น ส่งผลให้มีอาการนอนไม่หลับ ขาหรือเจ็บแปลบตามร่างกาย ตามเกณฑ์การวินิจฉัย GAD ของ DSM-IV ของสปิตเซอร์ และคณะ (Spitzer et al., 2006) และการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้จะเป็นบิดาได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร ตามแนวคิดของ เฮ้าส์ (House, 1981) คาดว่าปัจจัยด้านอายุ ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา และความวิตกกังวล น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา สำหรับปัจจัยด้านอาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนครั้งของการเป็นบิดา และการสนับสนุนทางสังคม น่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยามาฝากครรภ์ ในหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) จังหวัดเชียงราย และจังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยามีอายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ ในหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) คือ โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย และโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงใหม่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบริบทเฉพาะที่ต้องการเข้าใจปรากฏการณ์ในพื้นที่ (context-specific study) ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1 (Faul et al., 2009) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) 0.95 และประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) 0.30 จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) ภรรยามีอายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ และ 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) ผู้จะเป็นบิดาที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชที่อยู่ระหว่างการรักษา และ 2) มีการใช้สารเสพติดหรือดื่มสุราเป็นประจำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้จะเป็นบิดา ประกอบด้วย อายุ อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว การวางแผนการมีบุตร จำนวนครั้งของการเป็นบิดา ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Prasri Mahapho Hospital, Department of Mental Health, 2024) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันที่ประเมิน จำนวน 9 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราวัดชนิดลิเคิร์ต 4 ระดับ โดยให้คะแนน 0-3 คะแนน คือ ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน จนถึงเป็นทุกวัน ให้ 3 คะแนน คะแนนรวมที่ได้เป็น 0-27 คะแนน โดยคะแนน 0-7 แสดงว่าไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก คะแนน 7-12 แสดงว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย คะแนน 13-18 แสดงว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และคะแนน ≥ 19 แสดงว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความวิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder: GAD-7) ของ สปิเตอร์ และคณะ (Spitzer et al., 2006) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, 2024) เป็นแบบสอบถามที่ประเมิน

ด้วยตนเอง เพื่อประเมินความวิตกกังวลในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 7 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรวัดชนิดลิเคิร์ท 4 ระดับ โดยให้คะแนน 0-3 คะแนน คือ ไม่มีความวิตกกังวลเลย ให้ 0 คะแนน จนถึงมีความวิตกกังวลเกือบทุกวัน ให้ 3 คะแนน คะแนนรวมที่ได้เป็น 0-21 คะแนน โดยคะแนน 0-9 แสดงว่ามีความวิตกกังวลเล็กน้อย คะแนน 10-14 แสดงว่ามีความวิตกกังวลปานกลาง และคะแนน 15-21 แสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดา (Social Support Questionnaire of expectant father) สร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ แฮาส์ (House, 1981) ของ ปิยวรรณ นันทะพงษ์ และคณะ (Nuntapong et al., 2017) และได้ขออนุญาตการใช้เครื่องมือ ข้อคำถามประกอบด้วยคำถามด้านบวกทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ และการสนับสนุนด้านทรัพยากร จำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรวัดชนิดลิเคิร์ท 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ถึง ไม่จริงเลย ให้ 1 คะแนน โดยคะแนนรวมทั้งหมดมีค่าตั้งแต่ 20-100 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยรวมและรายด้านแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามอันตรายภาคขึ้น ดังนี้คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย

ผู้วิจัยไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหาซ้ำ เนื่องจากไม่มีการดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ ของเครื่องมือ แต่หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยไปทดสอบกับผู้จะเป็นบิดา ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 10 ราย (Rosenthal & Rosnow, 1991) โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ซึ่งค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป (Burns & Grove, 2009) พบว่า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80, 0.89 และ 0.98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเชียงราย ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ CRC.IRB No.018/2567 อนุมัติวันที่ 7 สิงหาคม 2567 เมื่อได้รับอนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สรวย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่อาว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยชี้แจงการเข้าร่วมวิจัยและสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย ให้เป็นไปด้วยความสมัครใจไม่มีการบังคับ ในขณะที่เข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนของแบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ผู้วิจัยได้ส่งต่อกลุ่มตัวอย่างให้กับพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ เพื่อรับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อข้องใจเพิ่มเติม และให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจของตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้เข้าใจ แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้จะเป็นบิดา 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 3) แบบประเมินความวิตกกังวล และ 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดา ตามลำดับ โดยใช้เวลาประมาณ 40 นาที และระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบ

แบบสอบถาม ผู้วิจัยอยู่ห่าง ๆ ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างมองเห็นได้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อสงสัยสามารถซักถามได้ตลอดเวลา และนำแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อาชีพ จำนวนครั้งของการเป็นบิดา ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา กับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา โดยการทดสอบ chi-square test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านอายุ คะแนนความวิตกกังวล คะแนนการสนับสนุนทางสังคม กับคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา โดยตรวจสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Sminov test พบมีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Spearman rank correlation coefficient

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยามีอายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ จำนวน 115 ราย พบกลุ่มที่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า จำนวน 105 ราย มีอายุระหว่าง 20-45 ปี อายุเฉลี่ย 30.22 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุ 20 ปี ร้อยละ 12.38 ส่วนใหญ่มีอาชีพที่ไม่มีรายได้ประจำ ร้อยละ 87.62 รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 79.05 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 55.24 มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 79.05 เป็นบิดาครั้งแรก ร้อยละ 52.38 ไม่มีประวัติการปรึกษาจิตเวช ร้อยละ 96.19 และภรรยาไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 80.95

กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการของโรคซึมเศร้า จำนวน 10 ราย มีอายุระหว่าง 20-38 ปี อายุเฉลี่ย 30.30 ปี โดยมีอายุ 31 ปี และ 34 ปี เท่ากันที่ร้อยละ 20 ส่วนใหญ่มีอาชีพที่ไม่มีรายได้ประจำ ร้อยละ 70 รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 90 มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 70 เป็นบิดาครั้งแรก ร้อยละ 50 ไม่มีประวัติการปรึกษาจิตเวช ร้อยละ 90 และภรรยาไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 80

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก จำนวน 105 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.30 โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-6 คะแนน และมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.70 โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7-12 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 8.60 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.07 และไม่พบอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลางและระดับรุนแรง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และมีภาวะซึมเศร้า (n = 115)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก	105	91.30
Min-Max = 0-6, M = 1.68, SD = 1.87		
มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย	10	8.70
Min-Max = 7-12, M = 8.60, SD = 2.07		

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า มีความวิตกกังวลเล็กน้อย ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการของโรคซึมเศร้า มีความวิตกกังวลเล็กน้อย ร้อยละ 90 มีความวิตกกังวลปานกลาง ร้อยละ 10 และทั้งสองกลุ่มไม่พบความวิตกกังวลสูง สำหรับการสนับสนุนทางสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มี



Factors Related to Depression Among Expectant Fathers ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา

การสนับสนุนทางสังคมมาก ร้อยละ 60.95 กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 50 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และมีภาวะซึมเศร้า (n = 115)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	
	ไม่มี (n = 105)	มี (n = 10)
ความวิตกกังวล		
วิตกกังวลเล็กน้อย	105 (100.00%)	9 (90.00%)
วิตกกังวลปานกลาง	-	1 (10.00%)
การสนับสนุนทางสังคม		
การสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย	11 (10.48%)	1 (10.00%)
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	30 (28.57%)	5 (50.00%)
การสนับสนุนทางสังคมมาก	64 (60.95%)	4 (40.00%)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .714, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.276, p < .01$) สำหรับอายุ อาชีพ จำนวนครั้งของการเป็นบิดา ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ คะแนนความวิตกกังวล และคะแนนการสนับสนุนทางสังคม กับคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา (n = 115)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	
	r_s	p-value
อายุ	-.117	.213
ความวิตกกังวล	.714	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	-.276	.003

หมายเหตุ spearman rank correlation coefficient

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพ จำนวนครั้งของการเป็นบิดา ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา กับการมี หรือไม่มีภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา (n = 115)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	
	χ^2	p-value
อาชีพ	2.366	.124
จำนวนครั้งของการเป็นบิดา	.021	.885
ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ	.841	.359
ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา	.005	.942

หมายเหตุ chi-square test

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา

ผลการศึกษา พบผู้จะเป็นบิดามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.70 คล้ายกับการศึกษาของ กาทัส-นีเกล และคณะ (Garthus-Niegel et al., 2020) ที่พบว่า ขณะกรรยายอยู่ในระยะตั้งครรภ์ ผู้จะเป็นบิดามีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 9 และการศึกษาของ ศิริลักษณ์ รัชนะปกิจ และ ชุตินา ห่อรุ่งเรืองวงษ์ (Rutchanapagit & Roomruangwong, 2013) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาขณะที่กรรยายมีอายุครรภ์ 28 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 13.40 ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้มีอาการเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังรุนแรง เบื่อไม่อยากทำอะไร แม้แต่กิจกรรมเพลิดเพลินที่เคยชอบทำ โดยเกิดติดต่อกัน 2 สัปดาห์ขึ้นไป (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2019) จากการศึกษาพบว่า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะรู้สึกเหนื่อยง่าย ไม่ค่อยมีแรง โดย 9 คน ใน 10 คน มีอาการเบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร หลับยาก บางคนมีอาการหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป 8 คน ใน 10 คน รู้สึกไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่ออาหาร บางรายรับประทานอาหารมากเกินไป และ 6 คน ใน 10 คน รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวยึดหวัง ตามลำดับ คล้ายกับการศึกษาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ชายในระยะที่กรรยายตั้งครรภ์ ของสมาคมภาวะซึมเศร้าระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด (PANDA, 2017) พบอาการและอาการแสดง ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า หดแรงแรง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ความสนใจทางเพศลดลง การเปลี่ยนแปลงในความอยากอาหาร ปัญหาการนอนหลับ ความหงุดหงิดอย่างต่อเนื่อง โกรธ และอารมณ์แปรปรวน มีความรู้สึกแยกตัวจากคู่สมรส บุตร ครอบครัว และเพื่อน กลัวการดูแลทารก ไม่ต้องการสื่อสารกับคู่สมรส ครอบครัว และเพื่อน รู้สึกแยกตัว ใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดในการหลีกเลี่ยงหรือรับมือกับปัญหา มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา ได้แก่ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ดังนี้

ความวิตกกังวลพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .714, p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้จะเป็นบิดาที่มีความวิตกกังวลสูงขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นตามไปด้วย โดยความวิตกกังวลเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ ตึงเครียด ว้าวุ่น ส่งผลให้มีอาการนอนไม่หลับ ขาหรือเจ็บแปลบตามร่างกาย ตามเกณฑ์การวินิจฉัย GAD ของ DSM-IV ของ สปิตเซอร์ และคณะ (Spitzer et al., 2006) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่ไม่พบความวิตกกังวลระดับสูง โดยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความรู้สึกภายในช่วง 2 สัปดาห์ มีความรู้สึกว่าตนเองกลายเป็นคนชั่วร้าย หรือหงุดหงิดง่าย ร่องลงมา คือ รู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล หรือกระวนกระวาย และกังวลมากเกินไปในเรื่องต่าง ๆ ตามลำดับ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมีภรรยาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดามีความรู้สึกกังวลต่อสุขภาพของภรรยาและทารกในครรภ์ ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้ หากมีอาการเป็นประจำและไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้มีความคิดในด้านลบ นอนไม่หลับ หลีกเลียงสังคม และพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าได้ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ บีสเลย์ และคณะ (Beesley et al., 2019) ในผู้จะเป็นบิดา จำนวน 166 ราย พบว่า ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ

การสนับสนุนทางสังคมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.276, p < .01$) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้จะเป็นบิดาที่ได้รับการสนับสนุนทาง

สังคมน้อย มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูง โดยการสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือผู้จะเป็นบิดาให้ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร ตามแนวคิดของ เฮ้าส์ (House, 1981) ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างขอความช่วยเหลือ คำแนะนำ และคำปรึกษามากที่สุด คือ ภรรยา รองลงมา คือ มารดาของผู้จะเป็นบิดา บิดาของผู้จะเป็นบิดา และญาติของผู้จะเป็นบิดา ตามลำดับ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ ปิยวรรณ นันทะพงษ์ และคณะ (Nuntapong et al., 2017) ที่พบว่า ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก และภรรยา คือ แหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด รองลงมา คือ มารดาของผู้ที่เป็นบิดาครั้งแรก

การศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ จึงมีความพร้อมและได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก เมื่อพิจารณาคะแนนการสนับสนุนทางสังคมพบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร ตามลำดับ ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ทำให้รู้สึกมีคุณค่า และสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านบทบาทจากสามีเป็นบิดาได้ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย คล้ายคลึงกับการศึกษาของ คอสตา และคณะ (Costa et al., 2017) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย สามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาได้ร้อยละ 29 ($R^2 = .29, p < .001$) เมื่อภรรยามีอายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์

สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ อาชีพ จำนวนครั้งของการเป็นบิดา ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา อาจเนื่องจากผู้จะเป็นบิดาที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 30.30 ปี แม้จะไม่มีรายได้ประจำและรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการปรึกษาจิตเวชและภรรยาไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งผู้จะเป็นบิดา ร้อยละ 50 มีบุตรมากกว่าหนึ่งคน ทำให้มีความพร้อมและประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของภรรยาขณะตั้งครรภ์ ทั้งการพามาฝากครรภ์และการดูแลช่วยเหลือต่าง ๆ และสามารถปรับตัวในการเป็นบิดาได้ ต่างจากการศึกษาของ คอสตา และคณะ (Costa et al., 2017) ที่พบว่า ปัจจัยของผู้จะเป็นบิดาที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าระดับสูงในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ของภรรยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มีประวัติครอบครัวมีปัญหาด้านจิตใจ ความพึงพอใจในชีวิตสมรสน้อย มีเหตุการณ์ในชีวิตที่ตึงเครียดมากขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีความเครียดด้านการเงินสูงขึ้น ($R^2 = .29, p < .001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการประเมินความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยามีอายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์
2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรนำผลการวิจัยนี้ไปเป็นข้อมูลในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้จะเป็นบิดา และสตรีมีครรภ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาในกลุ่มที่ภรรยามีภาวะแทรกซ้อน
2. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้าของสตรีมีครรภ์ และความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยเชียงใหม่ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้



References

- Beesley, A., Karwatzki, E., & Sullivan, K. (2019). Anxiety and depression symptoms in fathers during their partner's pregnancy: How does this impact paternal fetal attachment? *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 33(3), 221-240.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Saunders Elsevier.
- Chhabra, J., Li, W., & McDermott, B. (2022). Predictive factors for depression and anxiety in men during the perinatal period: A mixed methods study. *American Journal of Men's Health*, 16(1), 15579883221079489. <http://doi.org/10.1177/15579883221079489>
- Chuda, W., Singhsomboon, T., & Buaphuan, S. (2025). "New illness rate and prevalence of depression in Thais aged 15 years and over, 2022 - 2024: Health Data Center (HDC)". Mental Health Knowledge Bank, Department of Mental Health. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1807> (in Thai)
- Costa, D. D., Zerkowicz, P., Dasgupta, K., Sewitch, M., Lowensteyn, I., Cruz, R., Hennegan, K., & Khalifé, S. (2017). Dads get sad too: Depressive symptoms and associated factors in expectant first-time fathers. *American Journal of Men's Health*, 11(5), 1376-1384. <http://doi.org/10.1177/1557988315606963>
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2019). *Get to know and find ways to cope with depression for general public*. https://www.thaidepression.com/www/doc62/depress_doc.pdf (in Thai)
- Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (2024). *General Anxiety Disorder-7*. <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/questionnaire> (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analysis. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. <http://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Garthus-Niegel, S., Staudt, A., Kinser, P., Haga, S. M., Drozd, F., & Baumann, S. (2020). Predictors and changes in paternal perinatal depression profiles-insights from the DREAM study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 563761. <http://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.563761>
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 26-35. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x>
- Health Administration Division, Ministry of Public Health. (2018). *Guidelines for establishing and adjusting the potential of health service units* (1st revised edition). Born to be publishing. https://phdb.moph.go.th/main/upload/web_news_files/622jhzyd8944ko8cog.pdf (in Thai)
- Hoffman, J. (2011). *Father factors: What social science research tells us about fathers and how to work with them*. Public Health Agency. <https://dadcentral.ca/wp-content/uploads/2017/10/fatherfactorsfinal.pdf>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Kim, P., & Swain, J. E. (2007). Sad dads: Paternal postpartum depression. *Psychiatry*, 4(2), 35-47.



- Koh, Y. W., Chui, C.Y., Tang, C. S. K., & Lee, A. M. (2014). The prevalence and risk factors of paternal depression from the antenatal to the postpartum period and the relationships between antenatal and postpartum depression among fathers in Hong Kong. *Depression Research and Treatment*, 2014, 127632. <http://doi.org/10.1155/2014/127632>
- Loekdee, C., Jungjamroonrat, P., Koogsila, T., Lundberg, P. C., & Phoosuwan, N. (2024). Paternal depressive symptoms and factors associated among expectant fathers in a Northeastern Province of Thailand. *Scientific Reports*, 14, 14983. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-65997-z>
- Nasreen, H. E., Rahman, J. A., Rus, R. M., Kartiwi, M., Sutan, R., & Edhborg, M. (2018). Prevalence and determinants of antepartum depressive and anxiety symptoms in expectant mothers and fathers: Results from a perinatal psychiatric morbidity cohort study in the east and west coasts of Malaysia. *BMC Psychiatry*, 18, 195. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1781-0>
- Nuntapong, P., Sansiriphun, N., & Baosoung, C. (2017). Factors related to father involvement among first time expectant fathers. *Nursing Journal*, 44(suppl.1), 96-106. (in Thai)
- Philpott, L. F., Savage, E., Leahy-Warren, P., & Fitzgearld, S. (2020). Paternal perinatal depression: A narrative review. *International Journal of Men's Social and Community Health*, 3(1), e1-e15. <https://doi.org/10.22374/ijmsch.v3i1.22>
- Post and Antenatal Depression Australia (PANDA). (2017). *Perinatal anxiety & depression in men*. https://www.oandg.com.au/docs/anxiety_depression_men_handout.pdf
- Prasri Mahapho Hospital, Department of Mental Health. (2024). *Patient Health Questionnaire-9*. <https://catalog.dmh.go.th/dataset/phq9/resource/2cc4ad0e-f33e-446a-82f0-92b3808c7d09> (in Thai)
- Ramchandani, P. G., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E., & Lodder, A. (2011). Paternal depression: An examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depression and Anxiety*, 28(6), 471-477. <https://doi.org/10.1002/da.20814>
- Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. (1991). *Essentials of behavioral research: Methods and data analysis* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Rutchanapagit, S., & Roomruangwong, C. (2013). Prevalence and associated factors of antenatal depression among fathers at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chulalongkorn Medical Journal*, 57(4), 515-528. (in Thai)
- Spector, A. Z. (2006). Fatherhood and depression: A review of risks, effects, and clinical application. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(8), 867-883. <https://doi.org/10.1080/01612840600840844>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>



- Tokumitsu, K., Sugawara, N., Maruo, K., Suzuki, T., Yasui-Furukori, N., & Shimoda, K. (2020). Prevalence of perinatal depression among Japanese men: A meta-analysis. *Annals of General Psychiatry, 19*(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00316-0>
- Wee, K. Y., Skouteris, H., Pier, C., Richardson, B., & Milgrom, J. (2011). Correlates of ante-and postnatal depression in fathers: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 130*(3), 358-377. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.019>
- Zacher, M., Wollanka, N., Sauer, C., Haßteufel, K., Wallwiener, S., Wallwiener, M., & Maatouk, I. (2023). Prenatal paternal depression, anxiety, and somatic symptom burden in different risk samples: An explorative study. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 307*(4), 1255-1263. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06612-2>



The Effect of a Hope Enhancement Program with Family Participation on Relapse Prevention in Patients with Addiction Thanyarak Pattani Hospital

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญารักษ์ปัตตานี

Kingkamon	Tianual*	กิ่งกมล	เตียนวล*
Apirak	Kaewuthai**	อภิรักษ์	แก้วอุทัย**
Rusaida	Jeedeng**	รุ้งไชตะ	เจ๊ะเต็ง**

Abstract

Relapse after treatment remains a significant concern among individuals with substance use disorders, driven by various underlying factors. Effective relapse prevention requires the engagement of family members, particularly through the enhancement of hope in both patients and their families. This quasi-experimental study aimed to compare scores for relapse prevention behavior between two groups of patients receiving inpatient treatment at Thanyarak Pattani Hospital. A total of 52 participants were purposively selected and assigned to an experimental group and a control group. The experimental group received a researcher-developed hope enhancement program involving family participation, based on Snyder's Hope Theory. One family representative per patient participated in weekly activities for a period of four weeks. The control group received routine care provided by the hospital. The research instruments included the hope enhancement with family participation program, and a relapse prevention behavior assessment. Data analysis was conducted using descriptive statistics and independent t-tests.

The results revealed that after the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores for relapse prevention behaviors at 2 weeks post-discharge ($M = 3.45$, $SD = 0.52$) compared with the control group ($M = 3.10$, $SD = 0.57$) ($t = -2.308$, $p < .05$), as well as at 3 months post-discharge, the experimental group had significantly higher mean scores ($M = 3.48$, $SD = 0.8$) compared with the control group ($M = 2.8$, $SD = 0.9$) ($t = -2.859$, $p < .01$).

The findings of this study demonstrated that involving family members in the intervention process by encouraging them to collaboratively set goals, identify solutions, and foster motivation toward achieving these goals was effective in enhancing the patients' morale, instilling hope, and providing clear objectives for drug abstinence. This approach was an effective strategy in promoting relapse prevention behaviors among individuals with substance use disorders.

Keywords: Family participation; Hope enhancement; Patients addicted; Relapse prevention

* Corresponding author, Registered Nurse, Professional Level, Thanyarak Pattani Hospital, Pattani;
e-mail: bowyking2530@gmail.com

** Registered Nurse, Professional Level, Thanyarak Pattani Hospital, Pattani



บทคัดย่อ

ปัญหาการกลับไปเสพติดซ้ำหลังการบำบัดรักษา เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยยาเสพติดซึ่งเกิดจากหลากหลายสาเหตุ การป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำที่ได้นั้นต้องนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยการเสริมสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยและครอบครัว การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด 2 กลุ่ม ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดรูปแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธัญารักษ์ปัตตานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความหวังของสไนเดอร์ ร่วมกับตัวแทนครอบครัว ครอบครัวละ 1 คน มาร่วมดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติตามรูปแบบของโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ independent t-tests

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำหลังจำหน่ายครบ 2 สัปดาห์ ($M = 3.45$, $SD = 0.52$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.10$, $SD = 0.57$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.308$, $p < .05$) และหลังจำหน่ายครบ 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($M = 3.48$, $SD = 0.8$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 2.8$, $SD = 0.9$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.859$, $p < .01$)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมโดยให้ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมาย ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา สร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย ทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดมีกำลังใจ เกิดความหวัง และมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการเลิกใช้ยาเสพติด วิธีการนี้มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด

คำสำคัญ: ครอบครัวมีส่วนร่วม การเสริมสร้างความหวัง ผู้ป่วยยาเสพติด การป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธัญารักษ์ปัตตานี e-mail: bowyking2530@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธัญารักษ์ปัตตานี



The Effect of a Hope Enhancement Program with Family Participation on Relapse Prevention in Patients with Addiction Thanyarak Pattani Hospital

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การระบาดของยาเสพติดในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา ในปี พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับ 43,388, 47,388 และ 53,420 ราย ตามลำดับ (Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment, 2022) สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ในปี พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับ 630, 928 และ 736 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มไม่คงที่ อย่างไรก็ตามจำนวนผู้เข้ารับการรักษา ยังคงมีจำนวนที่สูงอย่างต่อเนื่อง และสร้างผลกระทบให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

การใช้จ่ายยาเสพติดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะการกลับมาบำบัดซ้ำหลายครั้งจากการใช้จ่ายยาเสพติดและไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้ ส่งผลกระทบด้านครอบครัวทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ครอบครัวแตกแยก ซึ่งครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลผู้ป่วย (Chusantia & Phinitisunthorn, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้จ่ายยาเสพติดทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัว ร้อยละ 96.2 และการทำร้ายร่างกายบุคคลในครอบครัว ทำให้ครอบครัวหวาดระแวง เบื่อหน่ายกับการดูแล และทอดทิ้งผู้ป่วยในที่สุด ในด้านผู้ป่วยพบว่า การเสพติดทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้จ่ายยาเสพติด เช่น การเกิดโรคร่วมทางกาย และโรคจิตจากยาเสพติดที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และการก่ออาชญากรรมต่าง ๆ ทำให้ชุมชนเกิดความหวาดกลัว (Maneenak, 2020)

สาเหตุของการใช้จ่ายยาเสพติดซ้ำเกิดได้จากหลายสาเหตุทั้งปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล (Morgan & Townsend, 2020; Srijan et al., 2024) โดยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาการอยากยาซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเสพติด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่ออาการอยากยาได้ การขาดความหวังในการดำเนินชีวิตส่งผลทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดมีการกลับไปใช้จ่ายยาเสพติด เนื่องจากความหวังมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการไม่กลับไปใช้จ่ายยาเสพติดซ้ำ ($r = .36, p < .05$) (Wongpanarak & Boonruang, 2017) สำหรับปัจจัยภายนอกบุคคล โดยเฉพาะครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดหรือใช้จ่ายยาเสพติด โดยเฉพาะความขัดแย้งกับคนในครอบครัว ($\chi^2 = 12.645, p < .001$) ครอบครัวไม่ยอมรับ ($\chi^2 = 5.918, p = .015$) และการมีปัญหาในครอบครัว ($\chi^2 = 22.443, p < .001$) (Srijan et al., 2024) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยยาเสพติดในหลาย ๆ ด้าน

ปัจจัยที่จะช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยยาเสพติดกลับไปเสพติดซ้ำ คือ ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด (Detchaiyot et al., 2017) ทักษะการต่อต้านยาเสพติด การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Sareelae, 2018) การมีความหวัง (Wongpanarak & Boonruang, 2017) และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล (Srijan et al., 2024) จากปัจจัยข้างต้นชี้ให้เห็นว่า การมีความหวังในระดับสูงร่วมกับการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยยาเสพติดมีความสามารถในการเลิกยาเสพติดและไม่กลับไปเสพติดซ้ำ โดยความหวัง เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่กลับไปเสพติดซ้ำ ผู้ป่วยยาเสพติดมีความอ่อนแอทางด้านจิตใจพบได้ในผู้ที่ไม่มีความหวัง รู้สึกว่าตนเองต่ำต้อย ไม่มีค่า ไม่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ขาดความรักจากครอบครัว (Wongpanarak & Boonruang, 2017) ซึ่งความหวังเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของบุคคลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น (Singh et al., 2023) บุคคลที่มีความหวังจะเป็นผู้ที่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Murphy, 2000) ทั้งนี้บุคคลที่มีความหวังเชื่อว่าตนเองจะได้รับในสิ่งที่ปรารถนาซึ่งทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น นอกจากนั้น เมอร์ฟี และ โลเปซ (Murphy & Lopez, 2023) อธิบายว่า ความหวังทำหน้าที่ในการส่งเสริมให้บุคคลมีพลังในการดำเนินชีวิต โดยความหวังสามารถสร้างได้จากครอบครัวและเพื่อน

ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดความหวังภายในครอบครัว การสร้างความหวังระหว่างสมาชิกครอบครัวนำมาสู่ความผูกพันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ส่งเสริมการดูแลซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกครอบครัวเสริมแรงสนับสนุนซึ่งกันและกัน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำที่ประกอบด้วย การเผชิญ



ปัญหาของผู้ป่วย การจัดการตัวกระตุ้น การรับมือกับความคิดและพฤติกรรม การมีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและมีความสุข และการคาดการณ์เตรียมความพร้อมล่วงหน้าสำหรับความล้มเหลว (Marlatt et al., 2002) ดังนั้นการมีความหวังจึงมีความสำคัญอย่างมากที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยยาเสพติดไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

แนวทางการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดในปัจจุบันมีความหลากหลาย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ 2 แนวทาง คือ การบำบัดโดยการให้ยา และการบำบัดที่ไม่ให้ยาโดยใช้จิตสังคมบำบัด (Asharani et al., 2020) โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีให้การบำบัดในรูปแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยรูปแบบผู้ป่วยในใช้การดูแลแบบฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) ซึ่งเป็นรูปแบบมาตรฐานกลางที่พัฒนาโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการบำบัดยังไม่มีรูปแบบของการบำบัดโดยการเสริมสร้างความหวัง และการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมยังไม่ต่อเนื่อง การศึกษาของ นิภาวรรณ ตติยานันทพร (Tatiyanuntaporn, 2022) พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความสำคัญในการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด ($M \pm SD = 4.23 \pm 0.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้นการบำบัดควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างความหวังโดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งการเสริมสร้างความหวังตามแนวคิดของ สไนเดอร์ (Snyder, 1994) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การตั้งเป้าหมาย การคิดหาหนทางพัฒนา และการสร้างและคงไว้ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวมุ่งเน้นให้บุคคลตั้งเป้าหมาย วางแผนแนวทางเพื่อบรรลุเป้าหมาย และคงไว้ซึ่งแรงจูงใจในการลงมือทำอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสร้างความหวังถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Noppasit, 2015) แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำแนวทางการบำบัดด้วยความหวังตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความหวังของ สไนเดอร์ (Snyder, 1994) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดให้มีพลังกำลังใจ เข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น เข้าใจตนเองและผู้อื่น ทำให้สามารถต่อสู้กับปัญหาได้ต่อไป และนำไปสู่การป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการทดลองในระยะติดตามผลหลังจำหน่ายครบ 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่ายครบ 3 เดือน

สมมุติฐานการวิจัย

คะแนนพฤติกรรมป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี กลุ่มทดลองหลังจำหน่ายครบ 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่ายครบ 3 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความหวังของ สไนเดอร์ (Snyder, 1994) และแนวคิดการป้องกันการกลับไปเสพยา (Marlatt et al., 2002) โดยการเสริมสร้างความหวังตามแนวคิดทฤษฎีความหวังของ สไนเดอร์ (Snyder, 1994) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การคิดหาหนทางพัฒนา และ 3) การสร้างและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ หากบุคคลมีความหวัง มีเป้าหมายที่ชัดเจนจะช่วยให้มีการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งทำให้บุคคลเกิดการพิจารณาความสามารถของตนเองในการเริ่มต้นที่กระทำ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามแนวทางที่เลือก จนนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ สำหรับการป้องกันการกลับไปเสพยา ประกอบด้วย 1) การเผชิญปัญหา 2) การจัดการกับตัวกระตุ้น 3) การรับมือกับความคิด



The Effect of a Hope Enhancement Program with Family Participation on Relapse Prevention in Patients with Addiction Thanyarak Pattani Hospital

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

และพฤติกรรม 4) การมีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ และ 5) การคาดการณ์สำหรับรับมือกับความล้มเหลว (Marlatt et al., 2002) ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตในสังคมโดยไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นในการสร้างเสริมความหวังให้กับผู้ป่วยยาเสพติดร่วมกับครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ให้สามารถดำรงพฤติกรรมในการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ดังแผนภาพที่ 1

โปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมพัฒนาตามแนวคิดความหวังของ สไนเดอร์ (Snyder, 1994) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม เป็นการดำเนินกิจกรรมแบบรายครอบครัว จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง

กิจกรรมที่ 1 การประเมินปัญหาและความหวัง

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคสมองติดยาและเส้นทางการเลิกยา

กิจกรรมที่ 3 การฝึกวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และวางแผนแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 2 ครอบครัวร่วมกันค้นหาทางเลือกและสร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการวางแผนสู่เป้าหมาย

กิจกรรมที่ 2 ค้นหาแรงจูงใจและสร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย

ครั้งที่ 3 ครอบครัวร่วมทบทวนเป้าหมาย ไม่หมดหวัง

กิจกรรมที่ 1 ทบทวนปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการวางแผนในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์ปัญหา นำเสนอมุมมองต่อปัญหาในทางบวก

กิจกรรมที่ 3 สอนและฝึกการคิดเชิงบวก

ครั้งที่ 4 ครอบครัวร่วมปรับเปลี่ยนเป้าหมายได้ เมื่อเข้าใจหนทาง

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

กิจกรรมที่ 2 เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวพูดคุยระบายความรู้สึกต่อกัน

พฤติกรรมป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดพัฒนาตามแนวคิดการป้องกันการกลับไปเสพยา (Marlatt et al., 2002) ประกอบด้วย

1. การเผชิญปัญหาของผู้ป่วย
2. การจัดการตัวกระตุ้น
3. การรับมือกับความเครียดและพฤติกรรม
4. การมีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและมีความสุข
5. การคาดการณ์เตรียมความพร้อมล่วงหน้าสำหรับความล้มเหลว

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เปรียบเทียบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest - posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยยาเสพติด ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยติดยาและสารเสพติด (substance dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM 5 ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยการลงรหัส F11-Heroin (เฮโรอีน) F12-Cannabinoids (กัญชา) F15-Other Stimulants including Caffeine (ยาบ้า) และ F19-Multiple drug use and use of other Psychoactive Substance (น้ำกระท่อมหรือสีกุณร้อย) เข้ารับการบำบัดยาเสพติดรูปแบบผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยในฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาล



ธัญญารักษ์ปัตตานี และ 2) ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดซึ่งเป็นตัวแทนผู้ดูแลหลัก

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้ป่วยยาเสพติด ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยติดยาและสารเสพติด (substance dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM 5 ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยการลงรหัส F11-Heroine (เฮโรอีน) F12-Cannabinoids (กัญชา) F15-Other Stimulants including Caffeine (ยาบ้า) และ F19-Multiple drug use and use of other Psychoactive Substance (น้ำกระท่อมหรือสีกุณร้อย) เข้ารับการบำบัดยาเสพติดรูปแบบผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยในฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถพูดคุยและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้รู้เรื่อง 3) ไม่มีอาการทางจิตเวช (คะแนน BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน) 4) มีค่าคะแนนระดับความหวังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (12-36.59 คะแนน) โดยใช้แบบประเมินระดับความหวังของ กฤษณา สังขมุนิจินดา(Sangkhamunijinda, 2011) เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

2. ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติด โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นตัวแทนผู้ดูแลหลัก มีความเกี่ยวข้องเป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้องหรือบุตรหลานหรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยยาเสพติด 2) เป็นตัวแทนผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ 3) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ทั้งชายและหญิง 4) สามารถพูดคุยและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้รู้เรื่อง และ 5) เป็นตัวแทนคนเดียวที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง มีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) มีการใช้สารเสพติด 2) แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการทางจิต และ 3) ครอบครัวไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยอำนาจทดสอบโปรแกรม power analysis of simple size (PASS) แบบ two-sample t-tests power analysis โดยการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม n4Studies: sample size and power calculations for android (Ngamjarus, 2016) จากงานวิจัยผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Noppasit, 2015) โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มทดลอง ($M = 15.50$, $SD = 2.98$) และใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มควบคุม ($M = 19.60$, $SD = 3.99$) และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน เป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระยะติดตาม ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง (Sinjaru, 2007) ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คน เป็นผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 26 คน และผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 26 คน กับตัวแทนครอบครัว 26 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเดียวกัน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปกติของหอผู้ป่วย โดยเก็บข้อมูลก่อนเริ่มดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง และ 2) กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความหวังตามแนวคิดทฤษฎีความหวังของ สไนเดอร์ (Snyder, 1994) ซึ่งเก็บข้อมูลในช่วงเวลาหลังจากการเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุมเสร็จสิ้นแล้ว ทั้งนี้กลุ่มทดลองนำตัวแทนของครอบครัวเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัวทุกครั้งโดยเป็นคนเดียวกันเข้าร่วมจนครบโปรแกรม (ผู้ป่วย 1 คน ต่อตัวแทนครอบครัว 1 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้



1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความหวังของ สไนเดอร์ (Snyder, 1994) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม เป็นการดำเนินกิจกรรมแบบรายครอบครัว (ผู้ป่วยยาเสพติด 1 คน และตัวแทนครอบครัว 1 คน) จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละประมาณ 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง

ครั้งที่ 2 ครอบครัวร่วมกันค้นหาทางเลือกและสร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย

ครั้งที่ 3 ครอบครัวร่วมทบทวนเป้าหมาย ไม่หมดหวัง

ครั้งที่ 4 ครอบครัวร่วมปรับเปลี่ยนเป้าหมายได้ เมื่อเข้าใจหนทาง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย ข้อมูลอายุ เพศ สถานภาพ การประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ศาสนา เป็นต้น

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดของ มาร์แลตต์ และคณะ (Marlatt et al., 2002) จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยคะแนน 1 หมายถึง ไม่จริง และ 4 หมายถึง จริงมาก แปลผลคะแนน ดังนี้ ค่าคะแนน 1-2 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันฯ ระดับน้อย ค่าคะแนน 2.01-3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันฯ ระดับปานกลาง และค่าคะแนน 3.01-4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันฯ ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลยาเสพติดที่มีความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 ท่าน พยาบาลยาเสพติดที่มีความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่สอนเกี่ยวกับครอบครัวบำบัดมากกว่า 5 ปี 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจนและความครอบคลุมของเนื้อหา รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือดำเนินการวิจัยทั้งหมดมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความชัดเจนและเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ นำไปทดสอบหาค่าค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity: CVI) ได้เท่ากับ 1.0 ตามลำดับ

ความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงแล้วตามข้อเสนอแนะ ไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน และนำมาหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข รหัสโครงการวิจัยที่ 64001 เอกสารใบรับรองที่ 022/2565 วันที่อนุมัติ 23 มีนาคม พ.ศ. 2565 และทีมวิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงในกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ผู้ป่วยมีสิทธิขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่กระทบต่อการบำบัดรักษา สำหรับข้อมูลที่เก็บ



รวบรวมได้รักษาเป็นความลับ ผู้วิจัยรายงานผลในภาพรวม โดยข้อมูลเก็บไว้ในที่ปลอดภัย และทำลายหลังจากเผยแพร่การวิจัยแล้ว 2 ปี กรณีกลุ่มควบคุมมีความสนใจหรือความต้องการเข้าร่วมโปรแกรม สามารถเข้าร่วมได้ภายหลังสิ้นสุดการทดลองแล้ว ซึ่งกลุ่มควบคุมไม่ชอบรับ ผู้วิจัยจึงได้มอบคู่มือการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมพร้อมคำแนะนำในการใช้คู่มือให้กับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการ** ผู้วิจัยศึกษาความรู้เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีความหวัง แนวคิดการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ รวมทั้งศึกษาระเบียบวิธีวิจัย เตรียมความพร้อมของกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรม และเตรียมผู้ช่วยวิจัย นอกจากนี้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยคัดเลือกกลุ่มควบคุมก่อน จำนวน 26 คน

2. ขั้นทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มควบคุม ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วย ทั้งนี้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติของหอผู้ป่วย คือ การดูแลแบบฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) หลังจากครบระยะเวลา 4 เดือน แพทย์พิจารณาจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยได้นัดผู้ป่วยกลุ่มควบคุม เพื่อตอบแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ หลังจำหน่ายครบ 2 สัปดาห์ และครบ 3 เดือน โดยนัดผู้ป่วยมาติดตามหลังการบำบัดรักษา มีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มควบคุมครบแล้ว ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเพื่อเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 26 คน เมื่อได้รายชื่อของกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้แจ้งผู้ป่วยทราบและแจ้งครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวเข้าร่วมการดำเนินกิจกรรมผ่านระบบออนไลน์ร่วมกับผู้ป่วย (ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ครอบครัวอยู่บ้าน) พร้อมทั้งนัดเวลาในการดำเนินกิจกรรม

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มทดลอง ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วย หลังจากนั้นดำเนินการโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จำนวน 26 ครอบครัว ผ่านระบบออนไลน์ ดำเนินกิจกรรมแบบรายครอบครัว จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย ครั้งที่ 1 ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง ครั้งที่ 2 ครอบครัวร่วมกันค้นหาทางเลือกและสร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย ครั้งที่ 3 ครอบครัวร่วมทบทวนเป้าหมายไม่หมดหวัง และครั้งที่ 4 ครอบครัวร่วมปรับเปลี่ยนเป้าหมายได้ เมื่อเข้าใจหนทางหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม ผู้วิจัยได้นัดผู้ป่วยกลุ่มทดลองเพื่อตอบแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ หลังจำหน่ายครบ 2 สัปดาห์ และครบ 3 เดือน โดยนัดผู้ป่วยมาติดตามหลังการบำบัดรักษา มีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและนำเสนอผลวิเคราะห์ เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการทดลอง ในระยะติดตามผลหลังจำหน่ายครบ 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่ายครบ 3 เดือน



โดยใช้สถิติ independent t-test โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ข้อมูลทุกชุดมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ เนื่องจากมีค่า z-score อยู่ในช่วง -1.96 ถึง +1.96

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยยาเสพติด

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 76.9 มีอายุระหว่าง 18-35 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 28 ปี (SD = 8.23) ร้อยละ 100 เพศชาย ร้อยละ 65.4 สถานภาพโสด ร้อยละ 26.9 และร้อยละ 53.8 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 38.5 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 76.9 มีรายได้ ร้อยละ 80.7 มีความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 80.8 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 50 เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรกอายุ 15-17 ปี ร้อยละ 38.5 ใช้ยาเสพติดเป็นระยะเวลา 6-10 ปี ร้อยละ 84.6 ใช้ยาบ้า รองลงมา ร้อยละ 30.8 ใช้น้ำกระท่อม ร้อยละ 80.8 เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 65.4 มีอายุระหว่าง 18-35 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 29 ปี (SD = 9.12) ร้อยละ 100 เพศชาย ร้อยละ 76.9 สถานภาพโสด ร้อยละ 57.7 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.3 ไม่มีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.7 มีรายได้ ร้อยละ 80.8 มีความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 73.1 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 46.2 เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรกอายุ 15-17 ปี ร้อยละ 50 ใช้ยาเสพติดเป็นระยะเวลา 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73.1 ใช้ยาบ้า รองลงมา ร้อยละ 53.8 ใช้น้ำกระท่อม ร้อยละ 76.9 เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติด

ครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ร้อยละ 80.8 มีอายุระหว่าง 36-60 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 42 ปี (SD = 7.35) ร้อยละ 53.8 เพศชาย ร้อยละ 69.2 สถานภาพคู่ ร้อยละ 53.8 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 34.6 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวและค้าขาย ร้อยละ 46.1 มีรายได้ 1,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 80.8 มีรายได้เพียงพออยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 76.9 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 30.8 ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยนานกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 92.3 มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลในแต่ละครั้ง 0-500 บาท ร้อยละ 57.7 มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 76.9 มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 53.8 มีความเกี่ยวข้องเป็นบิดา ร้อยละ 80.8 ไม่มีโรคประจำตัว

ครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 84.1 มีอายุระหว่าง 36-60 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 45 ปี (SD = 8.45) ร้อยละ 88.5 เพศหญิง ร้อยละ 88.5 สถานภาพคู่ ร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับ ปวส. ขึ้นไป ร้อยละ 30.8 ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 38.4 มีรายได้ 1,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 84.6 มีรายได้เพียงพออยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 73.1 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 46.2 ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 88.5 มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลในแต่ละครั้ง 0-500 บาท ร้อยละ 65.4 มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 69.2 มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 61.5 มีความเกี่ยวข้องเป็นมารดา ร้อยละ 76.9 ไม่มีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำหลังจำหน่ายครบ 2 สัปดาห์ ($M = 3.45$, $SD = 0.52$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.10$, $SD = 0.57$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.308$, $p < .05$) และหลังจำหน่ายครบ 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($M = 3.48$, $SD = 0.8$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 2.8$, $SD = 0.9$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.859$, $p < .01$) ดังตารางที่ 1



The Effect of a Hope Enhancement Program with Family Participation on Relapse Prevention in Patients with Addiction Thanyarak Pattani Hospital
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผลหลังจำหน่ายครบ 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่ายครบ 3 เดือน (n = 52)

แบบประเมิน	หลังจำหน่ายครบ 2 สัปดาห์				t	p	หลังจำหน่ายครบ 3 เดือน				t	p
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			
	M	SD	M	SD			M	SD	M	SD		
1. การเผชิญปัญหาของผู้ป่วย	3.52	0.47	3.16	0.58	-2.435	0.018*	3.58	0.47	3.09	0.69	-2.941	0.005**
2. การจัดการตัวกระตุ้น	3.55	0.42	3.08	0.72	-2.814	0.006**	3.42	0.98	2.57	1.20	-2.784	0.008**
3. การรับมือกับความคิดและพฤติกรรม	3.37	0.82	2.97	0.76	-1.814	0.071	3.38	1.01	2.47	1.18	-2.997	0.004**
4. การมีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและมีความสุข	3.54	0.66	3.35	0.63	-1.028	0.309	3.58	0.76	3.08	0.85	-2.247	0.029*
5. การคาดการณ์เตรียมความพร้อมล่วงหน้าสำหรับความล้มเหลว	3.45	0.87	3.17	0.79	-1.227	0.226	3.47	0.94	2.76	1.08	-2.526	0.015*
ภาพรวม	3.45	0.52	3.10	0.57	-2.308	0.025*	3.48	0.8	2.8	0.9	-2.859	0.006**

*p < .05 **p < .01

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี กลุ่มทดลองหลังจำหน่ายครบ 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่ายครบ 3 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่พัฒนากิจกรรมโปรแกรมจากแนวคิดทฤษฎีความหวังของ สไนเดอร์ (Snyder, 1994) ที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การคิดหาหนทางพัฒนา และ 3) การสร้างและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และแนวคิดการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ ประกอบด้วย 1) การเผชิญปัญหา 2) การจัดการกับตัวกระตุ้น 3) การรับมือกับความคิดและพฤติกรรม 4) การมีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ และ 5) การคาดการณ์สำหรับรับมือกับความล้มเหลว (Marlatt et al., 2002) เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยยาเสพติดเกิดการตั้งเป้าหมาย คิดหาหนทางพัฒนา และสร้างพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ (Snyder, 1994) จนผู้ป่วยยาเสพติดเกิดการพัฒนาความสามารถของตนเองในการริเริ่มกระทำ และปฏิบัติจนนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ ผ่านการดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 ครั้ง ที่ได้นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการร่วมกันสร้างเป้าหมายเพื่อไปสู่ความหวังด้วยกัน การร่วมกันค้นหาวิธีการและการสร้างแรงจูงใจเพื่อไปสู่เป้าหมาย

นอกจากนี้ หากเป้าหมายไม่สำเร็จในระยะแรกก็ยังมีครอบครัวคอยอยู่เคียงข้าง ร่วมกันทบทวนเป้าหมายใหม่และปรับเปลี่ยนวิธีการเพื่อไปสู่เป้าหมายอีกครั้งร่วมกัน และสร้างพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ โดยให้ครอบครัวเสริมพลังใจในการคงไว้กับพฤติกรรมที่ไม่กลับไปใช้ยาเสพติดและมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรูปแบบเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัวเกิดความเข้าใจที่ดีต่อกัน แม้บางครั้งเป้าหมายอาจจะไม่สำเร็จแต่การมีครอบครัวที่เข้าใจและร่วมเดินทางเคียงข้างกันย่อมทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเผชิญและรับมือกับความผิดหวังที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา สิริทระโท และ เสาวคนธ์ วีระศิริ (Sittikrathok & Virasiri, 2020) ที่พบว่า การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดโดยการช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัวอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถเลิกยาเสพติดได้สำเร็จ

ถึงแม้ว่าผลลัพธ์พฤติกรรมป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ในภาพรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับมือกับความคิดและพฤติกรรม การมีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและมีความสุข และการคาดการณ์เตรียมความพร้อมล่วงหน้าสำหรับความล้มเหลว ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



หลังจำหน่ายครบ 2 สัปดาห์ แต่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจำหน่ายครบ 3 เดือน ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์แรกนั้น เป็นระยะแรกที่ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในสิ่งแวดล้อมเดิม จึงต้องใช้ระยะเวลาปรับตัวในการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว อีกทั้งในช่วงแรกของการจำหน่าย ความคิดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดจะเริ่มกลับมาทำให้ผู้ป่วยยังมีความอยากใช้ยาเสพติด ด้วยปัจจัยเหล่านี้ จึงทำให้ในช่วงแรกของการจำหน่ายการรับมือกับความคิด กิจกรรมต่าง ๆ และการคาดการณ์กับความล้มเหลวยังไม่ดีเท่าที่ควร แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปผู้ป่วยยาเสพติดสามารถปรับตัวได้ จึงสามารถรับมือกับความคิด ทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ และคาดการณ์กับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ไกรวุฒิ ศรีจันทร์ และคณะ (Srijan et al., 2024) ที่พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่จะกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำในช่วง 1 เดือนหลังจำหน่ายและอัตราการเสพยาเสพติดซ้ำจะค่อย ๆ ลดลงตามระยะเวลาที่หยุดเสพยาเสพติด แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีข้อจำกัดในช่วง 2 สัปดาห์แรก ดังนั้นควรปรับเพิ่มกิจกรรมให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นในช่วงปรับตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านช่วง 2 สัปดาห์แรก เพื่อช่วยให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้ โดยจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและแนวคิดการสร้าง的希望 ซึ่งจะทำการดำเนินโปรแกรมเกิดประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินพฤติกรรมป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ โดยนำโปรแกรมไปศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วม หรือศึกษาในสถานที่อื่น ๆ เช่น เรือนจำ สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เป็นต้น
2. ควรมีการวัดการคงอยู่ของโปรแกรมการสร้างเสริมความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมในระยะยาว เช่น หลังจำหน่ายครบ 6 เดือน และหลังจำหน่ายครบ 1 ปี เพื่อติดตามความยั่งยืนผลของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีที่สนับสนุนทุนวิจัย รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรังษี อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ตลอดจนเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี

References

- Asharani, P. V., Hombali, A., Seow, E., Ong, W. J., Tan, J. H., & Subramaniam, M. (2020). Non-pharmacological interventions for methamphetamine use disorder: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 212, 108060. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108060>



The Effect of a Hope Enhancement Program with Family Participation on Relapse Prevention in Patients with Addiction Thanyarak Pattani Hospital
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญารักษ์ปัตตานี

- Chusantia, W., & Phinitsunthorn, S. (2017). Effects of substance use among patients receiving treatment at Thanyarak Udon Thani Hospital: A case study. *Journal of Community Health Development, Khon Kaen University*, 5(3), 523–533. (in Thai)
- Detchaiyot, P., Vatanasin, D., & Dallas, C. J. (2021). Factors predicting intention to quit substance abuse among youth receiving substance abuse treatment. *BCNNON Health Science Research Journal*, 15(2), 37-49. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/247389/170041>
- Maneenak, S. (2020). The relationship between drug-related crime and property crime. *Journal of Criminology and Forensic Science, Royal Thai Police Cadet Academy*, 6(1), 133–148. (in Thai)
- Marlatt, G. A., Parks, G. A., & Witkiewitz, K. (2002). *Clinical guidelines for implementing relapse prevention therapy: A guideline developed for the behavioral health recovery management project*. Addictive Behaviors Research Center, Department of Psychology, University of Washington. https://www.drugsandalcohol.ie/13620/1/NTA_RPT.pdf
- Morgan, K. I., & Townsend, M. C. (2020). *Essentials of psychiatric mental health nursing* (8th ed.). Davis.
- Murphy, E. R. (2023). Hope and well-being. *Current Opinion in Psychology*, 50, 101558. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101558>
- Murphy, S. (2000). Provision of psychotherapy services for older people. *Psychiatric Bulletin*, 24(5), 181-184. <https://doi.org/10.1192/pb.24.5.181>
- Ngamjarus, C. (2016). n4Studies: Sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Medical Journal*, 68(3), 160–170.
- Noppasit, P. (2015). *The results of the family-participation hope-building program on the depression in elderly depressed patients*. [Unpublished master's thesis]. Chulalongkorn University. (in Thai)
- Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. (2022). *Statistics on annual treatment services*. Ministry of Public Health. https://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=2&id=9&Itemid=53 (in Thai)
- Sangkhamunijinda, K. (2011). *Effects of a supportive nursing program on hope in metastatic breast cancer patients receiving chemotherapy*. [Unpublished master's thesis]. Prince of Songkhla University. (in Thai)
- Sareelae, N. (2018). Factors affecting intention to stop substance abuse among users addicted treatment at Thanyarak Udonthani Hospital. *Nursing, Health, and Education Journal*, 1(3), 35–42. (in Thai)
- Singh, S., Kshtriya, S., & Valk, R. (2023). Health, hope, and harmony: A systematic review of the determinants of happiness across cultures and countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3306. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043306>



The Effect of a Hope Enhancement Program with Family Participation on Relapse Prevention in Patients with Addiction Thanyarak Pattani Hospital
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญรักษ์ปัตตานี

- Sinjaru, T. (2007). *Research and statistical data analysis*. V. Inter Print. (in Thai)
- Sittikrathok, A., & Virasiri, S. (2020). Family adaptation among adolescent with addiction. *Journal of Nursing and Health Care*, 38(3), 139-146. (in Thai)
- Snyder, C. R. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*. Free Press.
- Srijan, K., Jetwaranon, A., Vannakam, R., & Moonjuntree, 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)
- Tatianuntaporn, N. (2022). Family and community involvement in drug prevention and treatment, Khon Sawan District, Chaiyaphum Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 9(16), 581-596.
- Wongpanarak, N., & Boonruang, P. (2017). Relationships among hope, self-esteem, and the perceptions of spiritual dimension of people with drugs dependence in the Northeastern Region of Thailand. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(2), 47-54. (in Thai)



Effect of a Motivation Enhancing Program on Retinal Self-examination Among Uncontrolled Type 2 Diabetes Adults in Communities*

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองในวัยผู้ใหญ่
ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน*

Nootchanun	Inton**	นุชนันท์	อินตัน**
Wilawan	Tuanrat***	วิลาวณีย์	เตือนราษฎร์***
Sivaporn	Aungwattana***	ศิวพร	อึ้งวัฒนา***

Abstract

Diabetic retinopathy is a complication of diabetes that reduces vision and can lead to vision loss. Screening for diabetic retinopathy is an important strategy for early detection and monitoring of eye complications in diabetic patients. Retinal self-examination procedures should be promoted for continued practice. This quasi-experimental research aimed to study the effects of a motivational enhancement program on self-monitoring of retinal screening for diabetic retinopathy in adults with type 2 diabetes who were unable to control their blood sugar levels in a community in Chiang Mai province. The participants were selected using simple random sampling and were composed of a control group and an experimental group (25 people each). The research instruments consisted of a motivation enhancing program on retinal self-examination for diabetic retinopathy surveillance among uncontrolled type 2 diabetes persons, developed from Roger's Protection Motivation theory. Data were collected using a demographic data questionnaire and a self-retinal examination questionnaire and were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-test, and independent t-test.

The study results showed that after the intervention, the experimental group who received the motivation-enhancing program had significantly higher average retinal self-examination scores ($M = 58.56$, $SD = 2.39$) which were higher than before receiving the program ($M = 27.64$, $SD = 4.21$) ($t = 31.90$, $p < .001$) and higher than those of the control group ($M = 29.20$, $SD = 3.26$) with statistical significance ($t = 37.93$, $p < .001$).

The outcomes demonstrated that this motivation-enhancing program can be used effectively for retinal self-examination in uncontrolled type 2 diabetic people.

Keywords: Adult; Retinal self-examination; Uncontrolled type 2 diabetes

* 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: nootchanun_i@cmu.ac.th

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

Received 4 March 2025; Revised 9 June 2025; Accepted 12 June 2025



Effect of a Motivation Enhancing Program on Retinal Self-examination Among Uncontrolled Type 2 Diabetes Adults in Communities ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองในวัยผู้ใหญ่ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน

บทคัดย่อ

ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่ทำให้ระดับการมองเห็นลดลง และเป็นสาเหตุของการสูญเสียการมองเห็น การตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรก และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นวิธีที่ควรได้รับการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง ในวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มอย่างง่าย คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการปฏิบัติการณ์การตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ paired sample t-test และ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการณ์การตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง ($M = 58.56$, $SD = 2.39$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 27.64$, $SD = 4.21$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 31.90$, $p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 29.20$, $SD = 3.26$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 37.93$, $p < .001$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองนี้สามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ: วัยผู้ใหญ่ การตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Effect of a Motivation Enhancing Program on Retinal Self-examination Among Uncontrolled Type 2 Diabetes Adults in Communities

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองในวัยผู้ใหญ่ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาสถานการณ์ภาวะเบาหวานในปี พ.ศ. 2566 ในประเทศไทย พบผู้ที่มีภาวะเบาหวานทั้งหมด 597.35 ต่อแสนประชากร และอัตราตายร้อยละ 2.14 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 783.2 ล้านคน หรือร้อยละ 12.2 (International Diabetes Federation, 2022) ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา โดยภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานสามารถเกิดได้ทั้งในหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็ก เช่น โรคหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา และเท้า โดยโรคเบาหวานสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาและมีผลต่อการมองเห็น ได้แก่ ต้อกระจก ต้อหิน เส้นประสาทตาขาดเลือด แผลที่กระจกตาเรื้อรัง และภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

จากการศึกษาของ จันทรา จตุโกคา และ ประทุม สุกชัยพานิชพงศ์ (Jatupoka & Supachaipanichpong, 2023) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับเบาหวานขึ้นจอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ปัจจัยด้านบุคคล คือ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมากกว่า 15 ปี ขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงเป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตา มากกว่าคนที่เบาหวานน้อยกว่า 15 ปี นอกจากนี้ ปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร (FBS) ปี 2020 และปี 2022 มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนระดับของผลการตรวจเบาหวานขึ้นจอประสาทตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.025$ และ $p = 0.004$) และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ปี 2020, 2021 และ 2022 มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนระดับผลการตรวจเบาหวานขึ้นจอประสาทตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$, $p = 0.008$, $p = 0.012$) ตามลำดับ

ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (diabetic retinopathy) เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่ทำให้ระดับการมองเห็นลดลง และเป็นสาเหตุของการสูญเสียการมองเห็นเป็นอันดับสองรองจากภาวะต้อกระจก พบอุบัติการณ์ทั่วโลก 146 ล้านคน หรือร้อยละ 34.6 ซึ่งพบว่า มีผู้ที่ตาบอดจากสาเหตุภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาทั่วโลก ร้อยละ 4.8 คิดเป็น 1.8 ล้านคน (World Health Organization, 2019) ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดฝอยในจอประสาทตา จากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดที่จอประสาทตาขาดความยืดหยุ่น เปราะบางและแตกได้ง่าย จนทำให้เห็นภาพบิดเบี้ยวหรือภาพบริเวณตรงกลางผิดปกติ หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้จอประสาทตาหลุดลอกและมีเลือดออกในชั้นวุ้นตา เป็นผลให้การมองเห็นแย่งและสูญเสียการมองเห็นในที่สุด

ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาสามารถแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) non diabetic retinopathy คือ ไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 2) non-proliferative diabetic retinopathy แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น ปานกลาง และรุนแรง และ 3) proliferative diabetic retinopathy คือ จอประสาทตาผิดปกติระยะที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ ทั้งนี้ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย โดยทำให้มีการมองเห็นแย่ง มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาชนิดอื่นตามมา ด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล มีความทุกข์ทรมาน เบื่อหน่ายต่อการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา และรู้สึกไม่สบายใจที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น (Wannasiri et al., 2020) นอกจากนั้นยังทำให้มีปัญหาทางเศรษฐกิจ มีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงมากขึ้น

ประเทศไทยมีรายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 24.0-31.4 และยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะตาบอดได้ ซึ่งพบภาวะตาบอดจากโรคเบาหวานร้อยละ 5.17 (Boontakanon, 2022) หากมีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้นจะต้องได้รับการรักษาแบบเร่งด่วน โดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากนโยบายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ



Effect of a Motivation Enhancing Program on Retinal Self-examination Among Uncontrolled Type 2 Diabetes Adults in Communities ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองในวัยผู้ใหญ่ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน

ฉบับที่ 11 ได้กำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ในระหว่าง พ.ศ. 2554-2563 มีนโยบายรณรงค์ให้มีการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในชุมชน ผ่านการใช้กล้องถ่ายภาพจอประสาทตามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 (Chayarut et al., 2019) ซึ่งการตรวจคัดกรองเบื้องต้นอาจได้จากภาพถ่ายจอประสาทตาที่ได้มาตรฐานหรือตรวจโดยจักษุแพทย์ แต่จากสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จึงไม่สามารถดำเนินการคัดกรองได้อย่างครอบคลุม (Ruttawongsa, 2020) ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยได้รับการตรวจคัดกรองทางตา ร้อยละ 48.82 ระดับภาคเหนือ ร้อยละ 50.62 และจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 51.02 (Health Data Center, 2023) ซึ่งถือว่าต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ หากผู้ป่วยไม่ทราบถึงความผิดปกติทางตาจากการเป็นโรคเบาหวาน จะส่งผลให้มีอาการรุนแรงมากยิ่งขึ้น เนื่องจากภาวะดังกล่าวไม่มีอาการในระยะเริ่มแรก นำไปสู่การรักษาได้ไม่ทันทั่วถึงและเกิดภาวะตาบอดได้ ดังนั้นการค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกหรือการตรวจคัดกรองทางตาและได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ลดอัตราการมองไม่เห็นได้มากกว่าร้อยละ 90 (Boontakanon, 2022)

การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาจากโรคเบาหวานยังพบข้อจำกัดอยู่มาก เช่น เครื่องถ่ายภาพจอประสาทตามีไม่เพียงพอ ผู้ป่วยเบาหวานไม่สะดวกมารับบริการในวันนัด ผู้ป่วยไม่มีความตระหนักในการมารับการตรวจและการดูแลตนเอง เนื่องจากภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทต้ามักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มแรก ร่วมกับยังขาดความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนทางตา เนื่องด้วยโปรแกรมสุศึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานทั่วไปเท่านั้น (Sonchai, 2014) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีภาวะเบาหวานรายใหม่ไม่ทราบสาเหตุของการตรวจตา และไม่ทราบวิธีการตรวจความผิดปกติของจอประสาทตาด้วยตนเอง (Puangmee, 2019) ดังนั้นการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยตนเอง จึงเป็นหนึ่งในกลยุทธ์สำคัญในการค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรก และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ควรได้รับการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันและยับยั้งความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าว

การปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง สามารถทำได้ ดังนี้ 1) การประเมินการมองเห็น (vision test) 2) การประเมินความดันลูกตา (tension eye ball assessment) 3) การประเมินลานสายตา (visual field test) ผ่านการทดสอบ 2 วิธี คือ การประเมินลานสายตาส่วนกลาง (central visual field test) และการประเมินลานสายตาส่วนริม (peripheral visual field test) และ 4) การประเมินการเห็นสี (color vision test) ซึ่งสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน ให้สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ (Puangmee, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ได้มีการนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ โรเจอร์ส (Rogers, 1986) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เริ่มจากการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร ได้แก่ ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถของตนเอง โดยกระบวนการรับรู้ทั้งหมดจะเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุด โดยทฤษฎีดังกล่าวถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย แต่ยังไม่มีการนำมาใช้ในการป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และจากปัญหาของการมารับการตรวจตาข้างต้นยังพบว่าผู้ป่วยขาดความกลัวและความตระหนักต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และภาวะดังกล่าวมักพบในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่ยังไม่พบความผิดปกติ และพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาสูงกว่าวัยอื่น (Mitvongsa, 2010) นอกจากนี้วัยผู้ใหญ่ยังเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะในการตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม



Effect of a Motivation Enhancing Program on Retinal Self-examination Among Uncontrolled Type 2 Diabetes Adults in Communities ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองในวัยผู้ใหญ่ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน

และเป็นวัยที่มีการประกอบอาชีพในการหาเลี้ยงครอบครัว รวมถึงเป็นกำลังในการพัฒนาชุมชน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ โรเจอร์ส (Roger, 1986) มาประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ซึ่งเชื่อว่า บุคคลจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับกระบวนการเรียนรู้ 4 กระบวนการ ได้แก่ 1) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 2) การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 3) ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง และ 4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ จากปฏิสัมพันธ์ของกระบวนการเรียนรู้ทั้ง 4 กระบวนการ จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จนทำให้บุคคลนั้นเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ด้วยความสมัครใจ เพื่อเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองของกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการตามปกติ

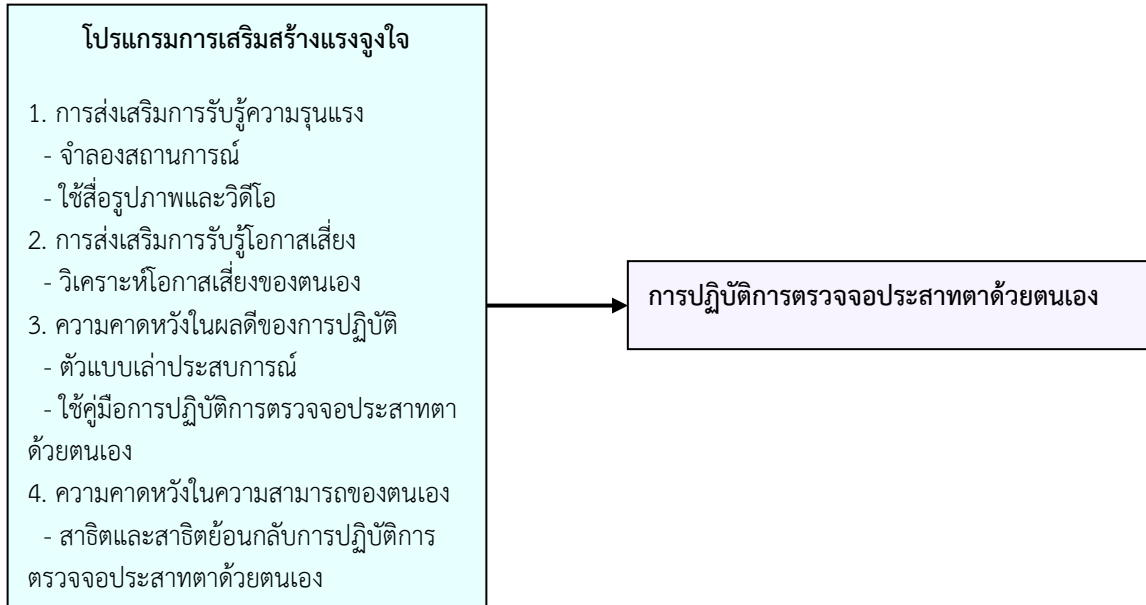
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง เป็นกลยุทธ์ที่มีความสำคัญในการเฝ้าระวังการเกิด ภาวะแทรกซ้อนทางตาจากโรคเบาหวาน ที่ทำให้ลดอัตราการสูญเสียการมองเห็นและภาวะตาบอดที่ผู้เป็น โรคเบาหวานสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และการสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีหนึ่งที่จะนำไปสู่การปฏิบัติโดยสมัครใจ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ โรเจอร์ส (Rogers, 1986) มาประยุกต์ใช้ โดยการ กระตุ้นให้เกิดความกลัวและความตระหนักในการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง เพื่อเฝ้าระวังการเกิด ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และใช้กระบวนการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรง ของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ผ่านการใช้สื่อ และการจำลองสถานการณ์ของผู้ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เพื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัว และความตระหนัก 2) การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยการให้ ข้อมูลปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาและให้กลุ่มตัวอย่างประเมินโอกาสเสี่ยงของตนเอง และ สรุปรูการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 3) ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติการ ตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง โดยการนำเสนอตัวอย่างทางด้านบวกในการถ่ายทอดประสบการณ์การตรวจจอ ประสาทตาด้วยตนเอง และ 4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตา ด้วยตนเอง โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง และการติดตาม พฤติกรรมปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาอย่างต่อเนื่อง โดยกระบวนการดังกล่าวจะทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน



Effect of a Motivation Enhancing Program on Retinal Self-examination Among Uncontrolled Type 2 Diabetes Adults in Communities ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองในวัยผู้ใหญ่ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน

ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เกิดการสร้างแรงจูงใจและความตระหนักในปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง รวมทั้งมีความเชื่อมั่นในตนเองต่อการปฏิบัติ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาต่อไป ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest - posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดจากการตรวจ 3 ครั้งล่าสุดมากกว่า 7 mg% อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเชียงใหม่ จากทั้งหมด 25 อำเภอ ได้อำเภอสารภีเป็นพื้นที่ทำการศึกษา หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายจาก 12 ตำบลของอำเภอสารภี โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนขึ้นมา 2 ครั้ง สุ่มได้พื้นที่ตำบลขัวมุง เป็นพื้นที่กลุ่มทดลอง และพื้นที่ตำบลท่ากว้าง เป็นพื้นที่กลุ่มควบคุม

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ (Subpaiboonkit et al., 2021) โดยการวิเคราะห์อำนาจทางสถิติ (power analysis) ด้วยโปรแกรม G*Power โดยประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) 0.92 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 และให้อำนาจการทดลอง (level of power) 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขัวมุง จำนวน 25 คน หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มควบคุมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากว้าง จำนวน 25 คน โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย 2) มีอายุระหว่าง 35-59 ปี 3) สามารถ



Effect of a Motivation Enhancing Program on Retinal Self-examination Among Uncontrolled Type 2 Diabetes Adults in Communities ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองในวัยผู้ใหญ่ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน

อ่าน เขียน และการสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตาอื่น ๆ ได้แก่ ต้อหิน ต้อกระจก ภาวะจอประสาทตาเสื่อม หรือเป็นผู้พิการทางสายตาดำรงชีพได้ข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง เป็นต้น ประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุก 1 ปี 5) สามารถใช้สมาร์ทโฟนได้ และ 6) รักษาโรคเบาหวานด้วยการรับประทานยา ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาอินซูลิน และเกณฑ์การยุติ คือ ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 และ/หรือ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ โรเจอร์ส (Rogers, 1986) ประกอบด้วยกระบวนการรับรู้ 4 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ดังนี้ 1) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยการจำลองสถานการณ์ของผู้ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และการใช้สื่อรูปภาพและวิดีโอแสดงความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 2) การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยให้วิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาของตนเอง 3) ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง โดยการใช้ตัวแบบด้านบวกเล่าประสบการณ์ และมอบคู่มือการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง และ 4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง

2. คู่มือการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง 4 วิธี ได้แก่ การประเมินการมองเห็น การประเมินความดันลูกตา การประเมินลานสายตาส่วนกลางและส่วนริม และการประเมินการเห็นสี

3. สื่อรูปภาพและวิดีโอที่ใช้ในการสร้างเสริมแรงจูงใจ แสดงความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Department of Disease Control, 2015)

4. สื่อ power point ความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง ได้แก่ ความหมายและกลไกการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา อาการและปัจจัยเสี่ยง ระดับความรุนแรง ผลกระทบ และการรักษาภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

5. ตัวแบบด้านบวก คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และมีการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองที่ไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ซึ่งผ่านการคัดกรองโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ระยะเวลา 5 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับ อายุ เพศ อาชีพ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน และโรคร่วมอื่น ๆ

2. แบบสอบถามการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติถึงปฏิบัติเป็นประจำ เป็นคะแนน 1-3 ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองที่ได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ



Effect of a Motivation Enhancing Program on Retinal Self-examination Among Uncontrolled Type 2 Diabetes Adults in Communities ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองในวัยผู้ใหญ่ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน

ประกอบด้วย จักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจอประสาทตา 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 1 ท่าน เพื่อให้มีความเหมาะสมกับเนื้อหา ครอบคลุมเนื้อหาที่สอดคล้อง และนำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 1

การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปฏิบัติกรตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง ที่ได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมไปดำเนินการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้เป็นผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 10 คน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชนวน อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการทดลองหาค่าความเชื่อมั่น โดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับพิจารณารับรองจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 093/2567 วันที่อนุมัติ 25 กรกฎาคม 2567 หลังจากอนุมัติแล้วผู้วิจัยมีการติดประกาศเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ โดยละเอียด และเปิดโอกาสให้ซักถามได้อย่างเต็มที่ ในกรณีที่ไม่นิยมนเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ และทำการบันทึกข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อซึ่งไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ การนำเสนอข้อมูลทั้งหมดนำเสนอในภาพรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคของ โรเจอร์ส (Rogers, 1986) ในระยะเวลา 5 สัปดาห์

ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยติดโปสเตอร์เชิญชวนเข้าร่วมโครงการการวิจัย และเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นดำเนินการคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมทั้งนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขั้นทดลอง

กลุ่มทดลอง

1. สัปดาห์ที่ 1 (1 ชั่วโมง 30 นาที) กลุ่มทดลองได้รับการบริการตามปกติ ร่วมกับการนัดกลุ่มตัวอย่างมาที่ รพ.สต. ทำ pre-test และจัดกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยใช้สื่อรูปภาพและวิดีโอที่แสดงถึงความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และการจำลองสถานการณ์ของผู้ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยการให้สวมแว่นตาที่มีเลนส์ตาแบบขุ่นเปรียบเทียบกับใช้สายตาปกติ ในการร้อยลูกปัด ประเมินการรับรู้ความรุนแรง จากนั้นพูดสรุปและจูงใจ จัดกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยการนำเสนอปัจจัยเสี่ยงและให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จากนั้นประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเอง

2. สัปดาห์ที่ 2 (1 ชั่วโมง 15 นาที) นัดกลุ่มตัวอย่างมาที่ รพ.สต. จัดกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง โดยการนำเสนอตัวแบบด้านบวก และประเมินความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง จัดกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 ความคาดหวังในความสามารถของ



Effect of a Motivation Enhancing Program on Retinal Self-examination Among Uncontrolled Type 2 Diabetes Adults in Communities ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองในวัยผู้ใหญ่ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน

ตนเองต่อการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง โดยการสาธิตและมอบคู่มือการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง โดยใช้การตรวจความผิดปกติของจอประสาทตา 4 วิธี จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติ

3. สัปดาห์ที่ 3-4 (1 ชั่วโมง) ติดตามการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง ผ่านแอปพลิเคชันไลน์และทางโทรศัพท์

4. สัปดาห์ที่ 5 ติดตามการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างส่งวิดีโอการปฏิบัติผ่านแอปพลิเคชันไลน์

5. สัปดาห์ที่ 6 (30 นาที) นัดกลุ่มตัวอย่างมาที่ รพ.สต. เพื่อทำ post-test

กลุ่มควบคุม

1. สัปดาห์ที่ 1 (30 นาที) ผู้วิจัยนัดกลุ่มควบคุมมาที่ รพ.สต. และให้ทำ pre-test

2. สัปดาห์ที่ 2-5 กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ ได้แก่ การได้รับความรู้คำแนะนำเรื่องยา การออกกำลังกาย และอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาล จากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

3. สัปดาห์ที่ 6 (1 ชั่วโมง) นัดกลุ่มควบคุมมาที่ รพ.สต. เพื่อทำ post-test รวมทั้งอธิบายและสาธิตการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง และให้สาธิตย้อนกลับการปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ และระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ภายหลังทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายของข้อมูลแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติ paired sample t-test

3. คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ภายหลังการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายของข้อมูลแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 64 ในกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 54.28 ปี (SD = 5.09) และในกลุ่มควบคุม 55.28 ปี (SD = 2.86) มีการประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 44 ทั้งสองกลุ่ม ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 132.36 mg/dl (SD = 21.78) และกลุ่มควบคุม 127.64 mg/dl (SD = 25.92) มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 6.76 ปี (SD = 5.18) และกลุ่มควบคุม 7.92 ปี (SD = 7.57) และมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมากที่สุด ซึ่งลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง (M = 58.56, SD = 2.39) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M = 27.64, SD = 4.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 31.90, p < .001) ดังตารางที่ 1



Effect of a Motivation Enhancing Program on Retinal Self-examination
Among Uncontrolled Type 2 Diabetes Adults in Communities
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองในวัยผู้ใหญ่
ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลัง
การเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ (n = 25)

ตัวแปรที่ ศึกษา	ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม		หลังการเข้าร่วมโปรแกรม		t(df)	P-value
	การสร้างแรงจูงใจ		การสร้างแรงจูงใจ			
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง	27.64	4.21	58.56	2.39	31.90(24)	<.001
กลุ่มควบคุม	28.36	3.17	29.20	3.26	-1.00(24)	.327

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมแรงจูงใจ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง (M = 58.56, SD = 2.39) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 29.20, SD = 3.26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 37.93, p < .001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ (n = 50)

คะแนน การปฏิบัติ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t(df)	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนได้รับ โปรแกรม	27.64	4.21	28.36	3.17	-.68(48)	.498
หลังได้รับ โปรแกรม	58.56	2.39	29.20	3.26	37.93(48)	<.001

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มผู้เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ โรเจอร์ส (Roger, 1986) ที่บ่งชี้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และเกิดการรับรู้ว่าการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้ รวมถึงมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติในตนเอง ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามมา เป็นผลจากการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยการจำลองสถานการณ์ของผู้ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาและให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ประกอบการใช้สื่อรูปภาพและวิดีโอแสดงถึงความรุนแรง ซึ่งอาจรุนแรงถึงตาบอดได้ โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรค นั้นจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา หลังจากการนำเสนอ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงผ่านการแสดงความกลัวทางสีหน้าและการบอกกล่าวด้วยวาจา ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ โรเจอร์ส (Rogers, 1986) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยต้องเกิดความกลัวจากการรับรู้ความรุนแรงของโรค จึงทำให้เกิดความตระหนักและส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมา



Effect of a Motivation Enhancing Program on Retinal Self-examination Among Uncontrolled Type 2 Diabetes Adults in Communities ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองในวัยผู้ใหญ่ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน

ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมภา จิตกุญ และคณะ (Jitkui et al., 2022) ที่นำเสนอผลกระทบและอันตรายจากการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ผ่านรูปแบบการสื่อสารต่าง ๆ พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมไม่สูงขึ้น และระดับความรุนแรงที่จอประสาทตาไม่เพิ่มขึ้น โดยภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษาสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ในผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR กลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$)

ขั้นตอนที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ผู้วิจัยมีการนำเสนอปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินโอกาสเสี่ยงของตนเองโดยใช้แบบประเมินการคัดกรองการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติและเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ภายหลังการทำแบบประเมินพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ โรเจอร์ส (Rogers, 1986) คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรม และส่งผลให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้

ขั้นตอนที่ 3 ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง ผู้วิจัยมีการนำเสนอตัวแบบด้านบวก ทำให้บุคคลเกิดการเปรียบเทียบความสามารถของตนเองจากการเรียนรู้พฤติกรรมปฏิบัติของตัวแบบ ซึ่งจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์และก่อให้เกิดความตั้งใจในการปฏิบัติ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าตัวแบบมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาจากการมีภาวะเบาหวาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการกระทำมากยิ่งขึ้น และผู้วิจัยประเมินความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และสรุปให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยการรับรู้ในผลดีของการปฏิบัติจากการศึกษาจากตัวแบบเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความตั้งใจในการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา ท่วมโคกหม้อ (Tomkokmoe, 2021) ที่ได้ประยุกต์ใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ โปรชาสกา และคณะ (Prochaska et al., 1992) คือ การที่บุคคลนั้น ๆ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดจากการเรียนรู้ ทำให้บุคคลมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มองเห็นประโยชน์มากกว่าอุปสรรค มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง รวมทั้งมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าความแตกต่างของผลต่างคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ขั้นตอนที่ 4 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง ผู้วิจัยมีการสาธิตการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง 4 วิธี จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติ ซึ่งการเรียนรู้ของบุคคลนั้นเกิดจากการสังเกตและเลียนแบบ และวิธีการที่ทำให้บุคคลมีความสามารถในการพัฒนาการรับรู้ของตนเองมากที่สุด เกิดจากประสบการณ์โดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวไว้ว่า การเรียนรู้ของบุคคลส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบ เนื่องจากบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่เสมอ และวิธีการที่ทำให้บุคคลมีความสามารถในการ



Effect of a Motivation Enhancing Program on Retinal Self-examination Among Uncontrolled Type 2 Diabetes Adults in Communities

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองในวัยผู้ใหญ่ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน

พัฒนาการรับรู้ของตนเองมากที่สุด เกิดจากประสบการณ์โดยตรง และความสำเร็จนั้นจะเพิ่มความสามารถของ
ตนเอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถสืบทอดย้อนกลับการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องวิธี

ตามที่ได้วิจัยได้ติดตามการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์และการ
โทรศัพท์เยี่ยมต่อเนื่องทุกสัปดาห์ เป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยที่กลุ่มตัวอย่างมี
การโต้ตอบแสดงความคิดเห็นผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ และสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้องวิธี และมีการ
ปฏิบัติอย่างเป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วียะดา เฟ็งจรรูญ และ ชจี พงศธรวิบูลย์ (Pangjaroon &
pongsathonviboon, 2023) ซึ่งใช้กิจกรรมที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ แบนดูรา
(Bandura, 1997) สามารถส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การควบคุมโรคเบาหวาน และเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้การส่งเสริมสมรรถนะ 4 ปัจจัย ได้แก่ 1)
ส่งเสริมด้วยการใช้คำพูดชักจูง การให้ความรู้ ร่วมกับการสอบถามปัญหาและอุปสรรค 2) ส่งเสริมด้วยการให้เห็น
ตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) ส่งเสริมประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง ฝึกทักษะ และทดลองปฏิบัติ
พฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานซ้ำ ๆ จนเกิดความมั่นใจ และ 4) ส่งเสริมด้วยการกระตุ้นด้านร่างกายและ
อารมณ์ และการติดตามเยี่ยมผ่านการโทรศัพท์ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน
พฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p = <.001$), ($p = .002$) ตามลำดับ

จากปฏิสัมพันธ์ของกระบวนการเรียนรู้ทั้ง 4 ขั้นตอน เป็นตัวเชื่อมโยงทำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถ
ปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง และนำไปสู่การเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้อย่าง
เหมาะสม โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการ
ตรวจจอประสาทตาด้วยตนเอง 27.64 (SD = 4.21) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการตรวจจอ
ประสาทตาด้วยตนเอง 58.56 (SD = 2.39) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดย
จากผลของการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพได้

2. คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการ
เสริมสร้างแรงจูงใจ ภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .001

ผลการวิจัยอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม
เนื่องมาจากผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ โร
เจอร์ส (Rogers, 1986) ซึ่งกระบวนการรับรู้ทั้ง 4 ขั้นตอน ทำให้เกิดความตั้งใจในการปฏิบัติการตรวจจอประสาท
ตาด้วยตนเองเพื่อเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้ ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับเพียงการสอนสุข
ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และได้รับการตรวจคัดกรองความผิดปกติทางตา
เป็นประจำทุก 1 ปี และไม่ผ่านกระบวนการของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำให้ไม่เกิดการรับรู้กระบวนการ
ในแต่ละขั้นตอนของโปรแกรม และอาจทำให้ได้รับการกระตุ้นแรงจูงใจที่ไม่มากพอ ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรม
เช่นเดิม

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พลอย ทรัพย์ไพฑูรย์กิจ และคณะ (Subpaiboonkit et
al., 2021) ที่นำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ โรเจอร์ส (Roger, 1986) มาใช้ในการศึกษาพฤติกรรม
บริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วม
โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p =$



Effect of a Motivation Enhancing Program on Retinal Self-examination Among Uncontrolled Type 2 Diabetes Adults in Communities ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองในวัยผู้ใหญ่ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน

0.331) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.010$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจสามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อนำไปสู่การลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า การนำแนวคิดการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ โรเจอร์ส (Roger, 1986) มาประยุกต์ใช้ในวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และเกิดการรับรู้ว่าการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้ รวมถึงมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติในตนเอง ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามมา เพื่อเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำโปรแกรมไปใช้เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาหรือมีภาวะจอประสาทตาเสื่อม ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มวัยทำงาน โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจและการให้ความรู้ตามโปรแกรม โดยมีการติดตามการปฏิบัติการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้พยาบาลที่นำไปใช้ควรได้รับการฝึกการใช้โปรแกรมฯ ในแต่ละขั้นตอนก่อนนำไปใช้กับผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองในวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระยะยาว เช่น 3-6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามความคงอยู่ของโปรแกรม

3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มวัยทำงาน

References

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman and Company.
- Boontakanon, J. (2022). Prevalence and factors associated with diabetic retinopathy in type-2 diabetes mellitus in primary care at Kasetsoomboon Hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 37(2), 341-351. (in Thai)
- Chayarut, P., Roojanavech, S., & Chatdokmaiprai, K. (2019). The effects of health risk communication program among diabetic retinopathy patients in a community Samut Sakhon Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(3), 206-217. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2015). *Guidelines for screening and treatment of diabetic retinopathy*. Division of Non Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Health Data Center. (2023). *Report on NCD service plan*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- International Diabetes Federation. (2022). *Diabetes facts & figures*. International Diabetes Federation.



Effect of a Motivation Enhancing Program on Retinal Self-examination
Among Uncontrolled Type 2 Diabetes Adults in Communities
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการตรวจจอประสาทตาด้วยตนเองในวัยผู้ใหญ่
ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน

- Jatupoka, C., & Supachaipanichpong, P. (2023). Factors related to diabetic retinopathy in type-2 diabetes in Damnoensaduak Hospital, Ratchaburi Province, Thailand. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 3(3), 25-36. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHQJ/article/view/264119/182271> (in Thai)
- Jitkui, A., Kummabutr, J., & Buaboon, N. (2022). The effects of a complication control program on the behaviors and clinical outcomes of non-proliferative diabetic retinopathy patients. *Journal of Health and Nursing Research*, 38(2), 293-305. (in Thai)
- Mitvongsa, K. (2010). *Incidence of diabetic retinopathy in Mukdahan Province in 2010*. Department of Ophthalmic, Mukdahan Hospital. (in Thai)
- Pangjaroon, W., & Pongsathonviboon, K. (2023). Effects of the self-efficacy enhancing program on diabetes control behaviors among the elderly with type 2 diabetes mellitus. *Christian University Journal*, 29(4), 51-66. (in Thai)
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>
- Puangmee, N. (2019). *Synthesis of nursing practice guidelines in the care of diabetic retinopathy patients*. Faculty of Medicine, Mahidol University. <https://shorturl.asia/SKewr> (in Thai)
- Rogers, W. R. (1986). Protection motivation theory. *Health Education Research Theory and Practice*, 1(3), 153-161.
- Ruttawongsa, A. (2020). Development of a screening model for diabetic retinopathy. *Journal of Environmental and Community Health*, 5(2), 86-94. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/802/410> (in Thai)
- Sonchai, T. (2014). *The outcome of knowledge providing program for diabetic type II patients at risk of diabetic retinopathy*. [Unpublished master's thesis]. Graduate School, Christian University. (in Thai)
- Subpaiboonkit, P., Aungwattana, S., & Tamdee, D. (2021). Effects of the motivation program on dietary behaviors and blood sugar level among uncontrolled diabetic persons. *Nursing Journal*, 48(4), 80-92. (in Thai)
- Tomkokmoe, K. (2021). *Effects of health behavior change on glycemic control in type 2 diabetes patients with uncontrolled blood sugar in Somdejprachaotaksinmaharaj Hospital*. Tak Provincial Public Health Office.
- Wannasiri, S., Detpraporn, M., & Hanutsaha, P. (2020). Effect of educational and promoting self-care behaviors program for diabetic retinopathy prevention on clinical outcomes in diabetic patients. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 7(2), 57-75. (in Thai)
- World Health Organization [WHO]. (2019). *World report on vision*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570>



Development and Evaluation of a Massive Open Online Course for Nursing Students: Geriatric Care การพัฒนาและประเมินผลรายวิชาออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน ในนักศึกษาพยาบาล: ชุติวิชาการพยาบาลปจฉิมวัย

Sunida	Arttanuchit*	สุนิดา	อรธอนุชิต*
Satiman	Makchuchit**	สาธิมาน	มากชูชิต**
Benchamat	Thatsaeng***	เบญจมาศ	ถาดแสง***
Supranee	Tangwong****	สุปรานี	แตงวงษ์****
Wasana	Khrutmuang*****	วาสนา	ครุฑเมือง*****
Wichaya	Henkaew*****	วิชยา	เหินแก้ว*****
Porntip	Pa-in*****	พรทิพย์	ปาอิน*****
Panida	Chaiwang*****	พนิดา	ชัยวัง*****
Kantaporn	Yodchai*****	กันตพร	ยอดไชย*****

Abstract

Massive Open Online Courses (MOOCs) represent an educational innovation that promotes lifelong learning, especially for 21st-century learners. By utilizing computer technology and the internet, MOOCs offer flexible, accessible learning opportunities to a broad audience, regardless of location or background. This quasi-experimental, one-group pretest-posttest study aimed to investigate the effects of using a MOOC on Geriatric Care via the Thai MOOCs platform among nursing students who had completed the Geriatric Care course in the academic year 2024. A simple random sampling method was used to recruit 174 nursing students from three nursing institutions. Participants enrolled in the Geriatric Care MOOC via the Thai MOOCs platform. Data collection instruments included a personal information questionnaire, a knowledge test, an online learning behavior questionnaire, and an online learning satisfaction questionnaire. The experimental tool was the Geriatric Care MOOC on Thai MOOCs. Personal information, online learning behaviors, and online learning satisfaction were analyzed using descriptive statistics. Knowledge scores before and after the online course were compared using a Wilcoxon signed-rank test, with statistical significance set at $p < .05$.

The research findings revealed:

1. Nursing students' knowledge scores after completing the Geriatric Care MOOC via the Thai MOOCs platform were significantly higher than before the course, with statistical significance ($Z = -11.416$, $p < .001$).
2. Nursing students' behaviors toward the Geriatric Care MOOC via the Thai MOOCs platform were at a frequent practice level (mean = 4.21, SD = 0.82).
3. Nursing students' satisfaction with the Geriatric Care MOOC via the Thai MOOCs platform was at the highest level (mean = 4.62, SD = 0.42).

These findings suggest that the Geriatric Care course delivered via the Thai MOOCs platform could enhance students' knowledge. Therefore, it should be integrated into regular teaching and learning strategies to promote academic achievement and increase student satisfaction.

Keywords: Geriatric care; Massive open online course; Nursing students

* Assistant Professor, Faculty of Nursing Pattani Campus, Prince of Songkla University

** Corresponding author, Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; e-mail: satiman@bcnyala.ac.th

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Maejo University

**** Lecturer, College of Nursing, Christian University of Thailand

***** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

***** Lecturer, School of Nursing, Mae Fah Luang University

***** Lecturer, School of Nursing, University of Phayao

***** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

***** Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Received 24 June 2025; Revised 15 September 2025; Accepted 9 October 2025



บทคัดย่อ

การใช้บทเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน ถือเป็นระบบการศึกษาที่ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยเฉพาะสำหรับผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ที่ใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตมาพัฒนาเป็นหลักสูตรออนไลน์ เพื่อให้คนจากทั่วทุกมุมโลกสามารถเข้าเรียนผ่านอินเทอร์เน็ต ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้อย่างเสรีทุกที่ทุกเวลา การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้บทเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน รายวิชาการพยาบาลปจฉิมวัย ผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs ในนักศึกษาพยาบาล ปีการศึกษา 2567 ที่ผ่านการเรียนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุมาแล้ว ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 174 คน จาก 3 สถาบันการศึกษายพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเข้าเรียนบทเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน เครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้แบบสอบถามพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ และแบบสอบถามความพึงพอใจในการเรียนออนไลน์บนแพลตฟอร์ม Thai MOOCs เครื่องมือในการทดลอง คือ บทเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน บนแพลตฟอร์ม Thai MOOCs วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการเรียนออนไลน์ และความพึงพอใจในการเรียนออนไลน์บนแพลตฟอร์ม Thai MOOCs โดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการเรียนออนไลน์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้ของนักศึกษาพยาบาล หลังเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชนรายวิชาการพยาบาลปจฉิมวัย ผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs สูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -11.416, p < .001$)

2. พฤติกรรมของนักศึกษาพยาบาล ในการเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชนรายวิชาการพยาบาลปจฉิมวัย ผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs อยู่ในระดับปฏิบัติเป็นประจำ ($M = 4.21, SD = 0.82$)

3. ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล ต่อการเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน รายวิชาการพยาบาลปจฉิมวัย ผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.62, SD = .042$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าบทเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน รายวิชาปจฉิมวัย บนแพลตฟอร์ม Thai MOOCs สามารถเพิ่มความรู้ของผู้เรียนได้ จึงควรบูรณาการร่วมกับการเรียนการสอนปกติ เพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และเพิ่มความพึงพอใจของผู้เรียน

คำสำคัญ: การพยาบาลปจฉิมวัย การเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน นักศึกษาพยาบาล

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

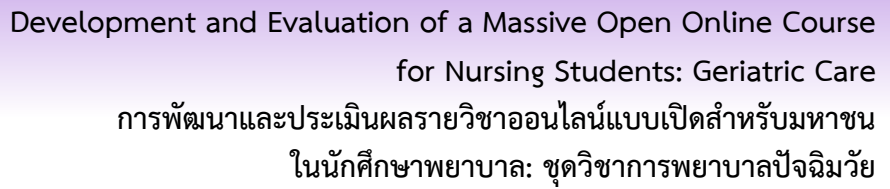
***** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

***** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

***** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

***** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ในบริบทของประเทศไทย ซึ่งกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ความต้องการบุคลากรพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ (gerontological nursing) ได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน การเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพซับซ้อนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุแบบดั้งเดิมอาจไม่เพียงพอต่อการสร้างเสริมองค์ความรู้ให้แก่นักศึกษาจำนวนมากได้อย่างทั่วถึงและทันต่อการเปลี่ยนแปลง การพัฒนารายวิชาในรูปแบบออนไลน์ผ่านแพลตฟอร์มที่เข้าถึงง่ายอย่าง Thai MOOCs จึงเป็นรูปแบบสำคัญในการเผยแพร่องค์ความรู้ที่เป็นมาตรฐานและทันสมัยให้แก่ นักศึกษาพยาบาล

การวิจัยในเรื่องนี้ จึงมุ่งหวังพัฒนาการเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน (MOOCs) รายวิชาการพยาบาล
ปัจจุบันสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นเครื่องมือในการช่วยนักศึกษาทบทวนความรู้ด้วยตนเองอย่างมี
ประสิทธิภาพ โดยนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอน เป็น
ทางเลือกและอำนวยความสะดวกต่อผู้เรียนมากยิ่งขึ้น การพัฒนา MOOCs นำเสนอเนื้อหาที่เน้นการมีส่วนร่วมและ
การทบทวนอย่างลึกซึ้ง ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ และการฟังอย่างตั้งใจ ซึ่งช่วยเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นใน
วิชาชีพและเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลในสภาพแวดล้อมที่มีความซับซ้อน การดำเนินการวิจัยนี้
ช่วยเติมเต็มช่องว่างของความรู้ โดยการเรียนออนไลน์นำไปสู่การพัฒนาวิธีการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
สำหรับนักศึกษา และสร้างชุมชนการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่เชื่อมโยงนักศึกษากับอาจารย์ในการแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งขยายโอกาสการเรียนรู้ในรายวิชาให้แก่ผู้เรียนจำนวนมาก จากประเด็นดังกล่าว
ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการพัฒนาและประเมินผลการจัดการเรียนการสอน การสรุปเนื้อหาทางการพยาบาล
ออนไลน์แบบเปิดจึงเป็นสิ่งสำคัญในการเตรียมนักศึกษาให้มีทักษะที่จำเป็นในการประกอบวิชาชีพในยุคดิจิทัล

วัตถุประสงค์การวิจัย

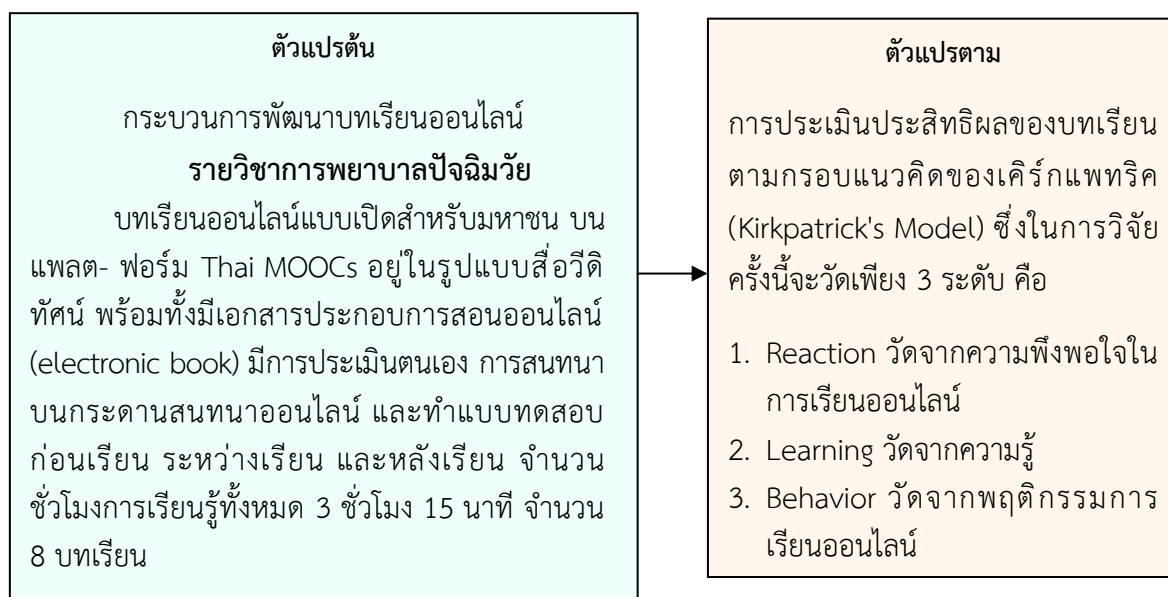
1. พัฒนารายวิชาการพยาบาลปัจฉิมวัย ในรูปแบบออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชนในนักศึกษาพยาบาลผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs
2. เปรียบเทียบความรู้ของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชนรายวิชาการพยาบาลปัจฉิมวัย ผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs
3. ศึกษาพฤติกรรมการเรียนรายวิชาการพยาบาลปัจฉิมวัย รูปแบบออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน ผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs
4. ศึกษาความพึงพอใจในการเรียนรายวิชาการพยาบาลปัจฉิมวัย รูปแบบออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชนผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ของนักศึกษาพยาบาล หลังเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน รายวิชาการพยาบาลปัจฉิมวัย สูงกว่าก่อนการเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน
2. นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการเข้าเรียนบ่อยครั้งสำหรับรายวิชาการพยาบาลปัจฉิมวัย ในรูปแบบออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน ผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs
3. นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากขึ้นไปต่อการเรียนรายวิชาการพยาบาลปัจฉิมวัย ในรูปแบบออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน ผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs

กรอบแนวคิดงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์กรอบแนวคิด 2 แนวคิด คือ 1) กรอบแนวคิดกระบวนการพัฒนาบทเรียนออนไลน์ตามหลักการออกแบบการสอน (Instructional Design) และ 2) กรอบแนวคิดการประเมินผลแบบเคิร์กแพทริกแนวทางใหม่ (New World Kirkpatrick Model) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ เคิร์กแพทริก และ เคิร์กแพทริก (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2016) ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียว
วัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลที่ลงทะเบียนเรียน ในปีการศึกษา 2567 ชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 ที่ผ่านการ
เรียนในรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุมาแล้วอย่างน้อย 1 รายวิชา ที่ศึกษาใน 3 สถาบันเครือข่าย ได้แก่ 1)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (วิทยาเขตปัตตานี) 2) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา และ 3) มหาวิทยาลัย
แม่ฟ้าหลวง โดยการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยประชากรทั้งหมด จำนวน 302 คน

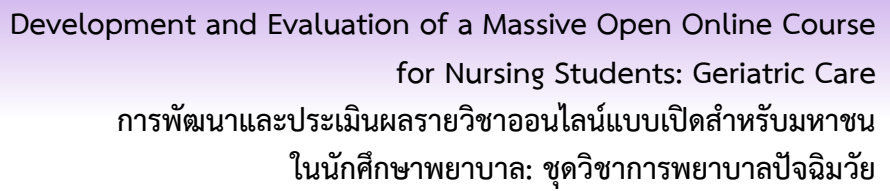
กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลที่ลงทะเบียนเรียน ในปีการศึกษา 2567 ชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 ที่ผ่านการ
เรียนในรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุมาแล้วอย่างน้อย 1 รายวิชา และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดกลุ่ม
ตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณของ ยามาเน่ (Yamane, 1970 as cited in Rathachatranon, 2019) และกำหนด
ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 174 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการแบ่งสัดส่วนจำนวน
นักศึกษาพยาบาลในแต่ละสถาบันตามสัดส่วนของนักศึกษา และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสถาบัน โดยการ
สุ่มแบบจับสลากโดยไม่ใส่คืนกลับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือใน
การทดลอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 9 ข้อคำถาม ได้แก่
1) เพศ 2) อายุ 3) ศาสนา 4) ชั้นปี 5) ระยะเวลาที่ท่านสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในแต่ละครั้ง 6)
ระยะเวลาที่ท่านสามารถเรียนรู้ได้ติดต่อกันก่อนที่จะต้องหยุดพัก 7) ความสามารถในการจัดสรรเวลาของท่าน
สำหรับการเรียนรู้ต่อวัน 8) ความสามารถในการจัดสรรเวลาของท่านสำหรับการเรียนรู้ต่อสัปดาห์ และ 9) ช่วงเวลา
ที่ชอบเรียน



การตรวจสอบคุณภาพของบทเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน รายวิชาการพยาบาลปัจฉิมวัย บนแพลตฟอร์ม ThaiMOOCs โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง และนำบทเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน รายวิชาการพยาบาลปัจฉิมวัย ไปประเมินความเหมาะสมกับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย มีคะแนนผ่านการประเมินความเหมาะสมอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.73



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2025-LL-Nur-001 (Internal) วันที่อนุมัติ 20 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่าการศึกษาครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมงานวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับและใช้เพื่อการวิจัย นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเชิงวิชาการ และนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น สำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ หลังเสร็จสิ้นการวิจัย ทางทีมผู้วิจัยได้เข้าไปชี้แจงนักศึกษาถึงการเข้าเรียนรายวิชาการพยาบาลปจณมวผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผ่านการอนุมัติการเก็บข้อมูล จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ จากสถาบันการศึกษาพยาบาลทั้ง 3 สถาบันแล้ว ทีมผู้วิจัยเข้าพบอาจารย์ประจำชั้นปีและประธานชั้นปี ที่ได้เรียนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มาอย่างน้อย 1 ภาคการศึกษา เพื่อชี้แจงการศึกษาวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยนัดหมายขอพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ แจกเอกสารชี้แจงข้อมูลการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ศึกษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี ให้ลงชื่อในใบยินยอม
3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ทำแบบทดสอบความรู้ก่อนเรียนผ่าน Google form หลังจากนั้นสัปดาห์การเข้าถึงบทเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชนบนแพลตฟอร์ม Thai MOOCs
4. กลุ่มตัวอย่างเลือกเข้าดูบทเรียนออนไลน์ได้โดยอิสระ สำหรับรายวิชาการพยาบาลปจณมว มีบทเรียนจำนวน 8 บทเรียน ชั่วโมงรวม 3 ชม. 15 นาที หลังเรียนเสร็จกลุ่มตัวอย่างต้องทำแบบทดสอบหลังเรียนผ่าน Google form
5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเรียนออนไลน์ฯ เสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามพฤติกรรมกรเรียนออนไลน์ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเรียนออนไลน์บนแพลตฟอร์ม Thai MOOCs ผ่าน Google form

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมกรเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน และความพึงพอใจต่อการเรียนรายวิชาทางการพยาบาลออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน โดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชนในนักศึกษาพยาบาล โดยทดสอบความเป็นปกติของข้อมูล (normality test) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 91.38) และมี อายุ 23 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 64.23) รองลงมา มีอายุ 18-22 ปี (ร้อยละ 35.77) สำหรับศาสนาพบว่า นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลามในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 48.86 และ 48.85 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่อำลังศึกษาอยู่ ชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 59.77) รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 3 (ร้อยละ 27.01) และชั้นปีที่ 4 (ร้อยละ 13.22) โดยมีพฤติกรรมกรเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ ดังนี้ ระยะเวลาที่นักศึกษามองว่าเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการเรียนรู้แต่ละครั้งมากที่สุด คือ 30-60 นาที (ร้อยละ 58.62)

และระยะเวลาที่สามารถเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่องก่อนจะต้องหยุดพักพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเวลาที่สั้นกว่า คือ 15-30 นาที (ร้อยละ 42.53) รูปแบบการเรียนรู้ในแต่ละวันถูกแบ่งออกเป็นหลายครั้ง โดยส่วนใหญ่จัดสรรเวลาเรียน 2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 43.10) และเมื่อมองภาพรวมทั้งสัปดาห์พบว่า ส่วนใหญ่เรียน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 24.14) ช่วงเวลาที่นักศึกษาเรียนมากที่สุด คือ ช่วงกลางวัน (18:01-21:00 น.) (ร้อยละ 42.31) รองลงมา คือ ช่วงสาย (9:01-12:00 น.) (ร้อยละ 37.18) ในขณะที่ช่วงเช้านี้ (6:00-9:00 น.) เป็นช่วงเวลาที่ได้รับความนิยมน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.56)

ส่วนที่ 2 การพัฒนารายวิชาการพยาบาลปัจจัยฉิมวัย ในรูปแบบออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชนในนักศึกษาพยาบาลผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs

การออกแบบรายวิชานี้ ใช้กระบวนการพัฒนาบทเรียนออนไลน์ตามหลักการออกแบบการสอน (Instructional Design) เริ่มตั้งแต่กระบวนการพัฒนาบทเรียน (input & process) มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์องค์ความรู้หลักในรายวิชาการพยาบาลปจฉิมวัย กำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน พร้อมทั้งออกแบบโครงสร้างเนื้อหา กิจกรรมการเรียนรู้ สื่อการสอน และวิธีการวัดผล สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นระบบในการพัฒนาโมดูลการเรียนรู้ การพัฒนาในครั้งนี้ ได้บทเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน ในรายวิชาการพยาบาลปจฉิมวัย บนแพลตฟอร์ม Thai MOOCs มีรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ โดยนำเสนอในรูปแบบการบรรยายประกอบฉากเสมือน โหมชันกราฟฟิก พร้อมทั้งมีเอกสารประกอบ (e- book) มีการประเมินตนเอง การสนทนาผ่านกระดานสนทนา และแบบทดสอบก่อนเรียน ระหว่างเรียน และหลังเรียน จำนวนชั่วโมงการเรียนรู้ทั้งหมด 3 ชั่วโมง 15 นาที จำนวนบทเรียน 8 บทเรียน ประกอบด้วย 1) มโนทัศน์และเจตคติเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุ 2) ทฤษฎีความสูงอายุ 3) กระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ 4) การประเมินภาวะผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ 5) การพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 6) การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพตาม Geriatric Syndromes 7) การฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุ และ 8) การใช้ยาในผู้สูงอายุ

การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน (MOOC) ในรายวิชาการพยาบาลปจฉิม วย มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรูู้ เข้าใจ เกี่ยวกับเนื้อหาการพยาบาลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต (lifelong learning) ลักษณะการเรียนเป็นรายวิชาสั้น ๆ ประมาณ 3-4 ชั่วโมง เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เรียนจำนวนมากลงทะเบียนเรียน และสามารถเรียนรูู้เนื้อหาจากสื่อการเรียนการสอนที่หลากหลาย

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลปัจฉิมวัย ในรูปแบบออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชนในนักศึกษาพยาบาล ผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของนักศึกษาพยาบาลหลังการเรียนรายวิชาการพยาบาลปัจฉิมวัยในรูปแบบออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -11.416, p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนเรียน โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนเรียนอยู่ที่ 12.07 ($SD = 3.58$) มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 14 คะแนนเฉลี่ยหลังเรียนอยู่ที่ 20.72 ($SD = 2.40$) และมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 21 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการเรียนรายวิชาการพยาบาลปัจจัยมัยในรูปแบบออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชนในนักศึกษาพยาบาล ผ่านแพลตฟอร์ม ThaiMOOC (n = 174)

		M	SD	Z	p-value
ความรู้	ก่อนเรียน	12.07	3.58	-11.416 ^b	.000
	หลังเรียน	20.74	2.40		

หมายเหตุ: a. Wilcoxon signed ranks test, b. Based on negative ranks.

ส่วนที่ 4 ข้อมูลระดับพฤติกรรมต่อการเรียนรายวิชาการพยาบาลปัจฉิมวัย ในรูปแบบออนไลน์แบบเปิด
สำหรับมหาชนในนักศึกษาพยาบาล ผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs

ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมต่อการเรียนรายวิชาการพยาบาลปัจฉิมไ้ว ในรูปแบบออนไลน์แบบเปิดสำหรับ
มหาชน นักศึกษามีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับปฏิบัติเป็นประจำ มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 4.20 (SD = 0.82) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมต่อการเรียนรายวิชาการพยาบาลปัจฉิมวัย ในรูปแบบออนไลน์
แบบเปิดสำหรับมหาชนในนักศึกษาพยาบาล (n = 174)

	ข้อความถาม	M	SD	แปลผล
1.	ท่านเข้าร่วมการเรียนออนไลน์ผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs อย่างสม่ำเสมอ	4.03	1.13	บ่อยครั้ง
2.	ท่านทำแบบฝึกหัดหรือการบ้านที่ได้รับมอบหมายจากแพลตฟอร์ม Thai MOOCs อย่างครบถ้วน	4.18	1.02	บ่อยครั้ง
3.	ท่านมีส่วนร่วมในการอภิปรายออนไลน์หรือการสนทนาในกลุ่มนักศึกษาอย่างสม่ำเสมอ	3.70	1.13	บ่อยครั้ง
4.	ท่านสามารถจัดการเวลาของตนเองในการเรียนรู้ผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.27	0.77	เป็นประจำ
5.	ท่านมีความมุ่งมั่นที่จะทำความเข้าใจและเรียนรู้เนื้อหาที่น่าสนใจผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs	4.37	0.71	เป็นประจำ
6.	ท่านกำหนดเป้าหมายในการเรียนรู้ในแต่ละบทเรียนก่อนที่จะเริ่มการเรียน	4.22	0.79	เป็นประจำ
7.	ท่านทบทวนและปรับแผนการเรียนรู้ของตนเองเป็นประจำ	4.05	0.73	บ่อยครั้ง
8.	ท่านมีวิธีการจัดการความเครียดที่เกิดจากการเรียนในแพลตฟอร์ม Thai MOOCs	4.21	0.88	เป็นประจำ
9.	ท่านสามารถจัดการกับอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขณะเรียนผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.28	0.67	เป็นประจำ
10.	ท่านติดต่อสอบถามหรือขอคำแนะนำจากผู้สอนเมื่อพบปัญหาในการเรียนผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs	3.68	1.18	บ่อยครั้ง
11.	ท่านมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือช่วยเหลือกันในการเรียนกับเพื่อนร่วมชั้นผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs	3.94	0.89	บ่อยครั้ง
12.	ท่านใช้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีในแพลตฟอร์ม Thai MOOCs อย่างเต็มที่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้	4.31	0.76	เป็นประจำ
13.	ท่านค้นหาข้อมูลหรือทรัพยากรเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่มีในแพลตฟอร์ม Thai MOOCs เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในเนื้อหา	4.25	0.79	เป็นประจำ
14.	ท่านจะนำความรู้ที่ได้จากการเรียนผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงหรือในการปฏิบัติการพยาบาล	4.57	0.54	เป็นประจำ
15.	ท่านประเมินความก้าวหน้าในการเรียนรู้ของตนเองเป็นระยะ ๆ เพื่อตรวจสอบว่าตนเองได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่	4.31	0.78	เป็นประจำ



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมต่อการเรียนรายวิชาการพยาบาลปจฉิมวัย ในรูปแบบออนไลน์
แบบเปิดสำหรับมหาชนในนักศึกษาพยาบาล (n = 174) (ต่อ)

	ข้อความ	M	SD	แปลผล
16.	ท่านใช้เทคนิคการเรียนรู้ต่าง ๆ ได้แก่ การจดบันทึก การสรุปเนื้อหาเพื่อช่วยในการจดจำและเข้าใจเนื้อหา	4.29	0.65	เป็นประจำ
17.	ท่านตรวจสอบผลการเรียนรู้ของตนเองหลังจากเสร็จสิ้นแต่ละบทเรียนทุกครั้ง	4.48	0.66	เป็นประจำ
18.	ท่านผ่านเกณฑ์การประเมินของแต่ละหัวข้อไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60	4.55	0.60	เป็นประจำ
	ค่าเฉลี่ยโดยรวมทั้งหมด	4.20	0.82	เป็นประจำ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความพึงพอใจต่อการเรียนรายวิชาการพยาบาลปจฉิมวัย ในรูปแบบออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชนในนักศึกษาพยาบาล ผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs

ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการเรียนรายวิชาการพยาบาลปจฉิมวัยในรูปแบบออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน นักศึกษามีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยโดยรวม 4.62 (SD = 0.42) สำหรับค่าเฉลี่ยด้านเนื้อหาและค่าเฉลี่ยด้านการออกแบบ นักศึกษามีระดับความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุดเช่นกัน โดยค่าเฉลี่ยโดยรวม 4.62 (SD = 0.43) และ 4.64 (SD = 0.43) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการเรียนรายวิชาการพยาบาลปจฉิมวัยในรูปแบบออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชนในนักศึกษาพยาบาล (n = 174)

	ข้อความ	M	SD	แปลผล
ด้านเนื้อหา				
1.	เนื้อหาที่สอนมีความชัดเจนและสามารถเข้าใจได้ง่าย	4.71	0.45	มากที่สุด
2.	การอธิบายเนื้อหาในบทเรียนมีความละเอียดและครอบคลุมทุกหัวข้อสำคัญ	4.58	0.60	มากที่สุด
3.	เนื้อหาครอบคลุมทุกหัวข้อที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้ในรายวิชานั้น ๆ	4.69	0.47	มากที่สุด
4.	เนื้อหามีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับการปฏิบัติงานจริงในวิชาชีพพยาบาล	4.75	0.43	มากที่สุด
5.	มีตัวอย่างหรือกรณีศึกษาที่ช่วยให้เข้าใจการนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง	4.45	0.62	มาก
6.	มีการอ้างอิงข้อมูลจากแหล่งที่เชื่อถือได้และเป็นปัจจุบัน	4.57	0.58	มากที่สุด
7.	เนื้อหามีความลึกซึ้งเพียงพอสำหรับการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหา	4.52	0.66	มากที่สุด
8.	การใช้สื่อเสริม เช่น วิดีโอ อินโฟกราฟิกหรือภาพประกอบช่วยให้เข้าใจเนื้อหาได้ดีขึ้น	4.58	0.55	มากที่สุด
9.	เนื้อหามีความเหมาะสมกับระดับความรู้และทักษะของนักศึกษา	4.68	0.53	มากที่สุด
10.	เนื้อหาช่วยให้ผู้เรียนสามารถศึกษาและทบทวนด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.68	0.56	มากที่สุด
11.	การนำเสนอเนื้อหาที่น่าสนใจและกระตุ้นความสนใจในการเรียนรู้	4.52	0.59	มากที่สุด
12.	สามารถเข้าถึงเนื้อหาได้ทุกที่ทุกเวลาโดยไม่มีข้อจำกัด	4.70	0.51	มากที่สุด



ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการเรียนรายวิชาการพยาบาลปจฉิมวัยในรูปแบบออนไลน์แบบเปิด
สำหรับมหาชนในนักศึกษาพยาบาล (n = 174) (ต่อ)

ข้อคำถาม	M	SD	แปลผล
13. มีการออกแบบกิจกรรมหรือแบบฝึกหัดที่ช่วยเสริมสร้างการมีปฏิสัมพันธ์กับเนื้อหา	4.56	0.58	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวมด้านเนื้อหา	4.62	0.43	มากที่สุด
ด้านการออกแบบ			
14. การออกแบบหน้าเว็บและอินเทอร์เน็ตมีความสวยงามและน่าสนใจ	4.50	0.59	มากที่สุด
15. การใช้สีและภาพประกอบในแพลตฟอร์มมีความเหมาะสมและดึงดูดสายตา	4.60	0.54	มากที่สุด
16. ข้อมูลและเนื้อหา มีการจัดเรียงอย่างเป็นระเบียบและชัดเจน	4.71	0.48	มากที่สุด
17. แบบอักษรและขนาดตัวอักษรสามารถอ่านได้ง่ายและสบายตา	4.66	0.54	มากที่สุด
18. แพลตฟอร์มสามารถปรับขนาดและการแสดงผลได้ดีในอุปกรณ์ที่หลากหลาย เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต	4.67	0.50	มากที่สุด
19. แพลตฟอร์มมีการออกแบบที่สามารถรองรับผู้เรียนที่มีความหลากหลายทั้งในด้านภาษาหรือความสามารถในการใช้งานเทคโนโลยี	4.67	0.49	มากที่สุด
20. มีฟังก์ชันที่ช่วยอำนวยความสะดวกให้กับผู้เรียนที่มีความต้องการพิเศษ	4.55	0.58	มากที่สุด
21. การออกแบบทำให้การเรียนรู้ผ่านแพลตฟอร์มเป็นไปอย่างต่อเนื่องและไม่ขาดตอน	4.66	0.52	มากที่สุด
22. ระบบการประเมินผลการเรียนรู้การแจ้งคะแนนและการเฉลยมีความน่าเชื่อถือ	4.73	0.50	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวมด้านการออกแบบ	4.64	0.43	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยโดยรวมทั้งหมด	4.62	0.42	มากที่สุด

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยอภิปรายตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน (MOOCs) ในรายวิชาการพยาบาลปจฉิมวัย มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ เข้าใจ เกี่ยวกับเนื้อหาการพยาบาลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต ลักษณะการเรียนเป็นรายวิชาสั้น ๆ ประมาณ 3-4 ชั่วโมง เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เรียนจำนวนมากลงทะเบียนเรียน และสามารถเรียนรู้เนื้อหาจากสื่อการเรียนการสอนที่หลากหลาย เช่น สื่อวีดิทัศน์ การตูนแอนิเมชัน มีกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทบทวนความรู้ก่อนและหลังเรียน โดยการพัฒนาและประเมินผลการสอน เนื้อหาการพยาบาลออนไลน์แบบเปิดนี้ใช้แนวคิดการพัฒนาบทเรียนออนไลน์ตามหลักการออกแบบการสอน และกรอบแนวคิดเคิร์กแพทริก (Kirkpatrick's Model) มาช่วยในการออกแบบวิธีการวางระบบการเรียนในรายวิชาการพยาบาลปจฉิมวัย ตั้งแต่การเก็บข้อมูลปฏิกิริยาและความพึงพอใจของนักศึกษาต่อแพลตฟอร์ม Thai MOOCs ไปจนถึงการวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและการเรียนรู้ในระยะยาว ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตามอัธยาศัย เรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลาผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และลงทะเบียนเรียนได้ฟรีโดยไม่ค่าใช้จ่าย ผู้เรียนที่มีส่วนร่วมในการเรียนและผ่านเกณฑ์การประเมินของรายวิชาจะได้รับประกาศนียบัตร (Certificate) จาก Thai MOOCs



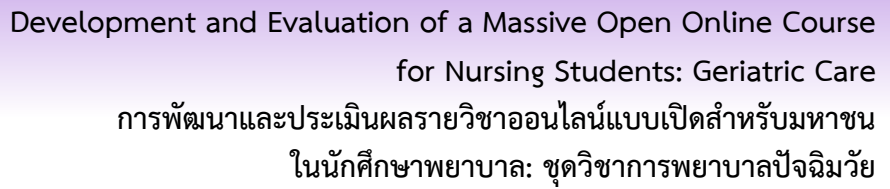
2. ความรู้ของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน ในรายวิชาการพยาบาลปจฉิมวัย ผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs พบว่า คะแนนความรู้ของนักศึกษาพยาบาลหลังการเรียนรายวิชาการพยาบาลปจฉิมวัยในรูปแบบออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -11.416, p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนเรียน โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนเรียนอยู่ที่ 12.07 ($SD = 3.58$) มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 14 คะแนนเฉลี่ยหลังเรียนอยู่ที่ 20.72 ($SD = 2.40$) และมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 21

ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่า การจัดการเรียนรู้ผ่านระบบ Thai MOOCs สามารถเสริมสร้างความรู้ในรายวิชาการพยาบาลปจฉิมวัยให้นักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้จะอยู่ในรูปแบบออนไลน์แบบเปิด ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่เน้นการเข้าถึงองค์ความรู้โดยไม่มีข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ ทั้งนี้ความสำเร็จของการเรียนรู้ อาจเกิดจากการที่ Thai MOOCs ได้ออกแบบบทเรียนให้มีความหลากหลายในการนำเสนอเนื้อหา ทั้งในรูปแบบวิดีโอ อินโฟกราฟิก แบบทดสอบ และกิจกรรมสะท้อนคิด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วณิช พังชมพู และคณะ (Pungchompoo et al., 2017) ที่พบว่า ผู้เรียนมีคะแนนพฤติกรรมการเรียนรู้ออนไลน์ในระบบ Thai MOOCs ในการทำกิจกรรมการเรียนการสอนอยู่ในระดับดี และยังพบว่า ผลการเรียนรู้ของผู้เรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลการจัดการเรียนการสอนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน ช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ให้สูงขึ้นได้

3. ระดับพฤติกรรมต่อการเรียนรายวิชาการพยาบาลปจฉิมวัยในรูปแบบ ออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน ในนักศึกษาพยาบาลผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs พบว่า ส่วนใหญ่นักศึกษา มีระดับพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ในระดับปฏิบัติเป็นประจำ ($M = 4.21, SD = 0.82$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมนำความรู้ที่ได้จากการเรียนผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงหรือในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นประจำ ($M = 4.57, SD = 0.54$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วณิช พังชมพู และคณะ (Pungchompoo et al., 2017) ที่พัฒนานวัตกรรมทางการศึกษาพยาบาลผ่านการจัดการเรียนการสอนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน (MOOC) ในกระบวนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการสนับสนุนการเรียนรู้ตามนโยบายการศึกษาไทยแลนด์ 4.0 ผลการศึกษาพบว่า ผู้เรียนมีพฤติกรรมการเรียนรู้ออนไลน์ในระบบ Thai MOOCs อยู่ในระดับสูง ($M = 4.26$) สำหรับพฤติกรรมการเรียนรู้ที่น้อยที่สุด คือ พฤติกรรมที่นักศึกษาจะติดต่อสอบถามหรือขอคำแนะนำจากผู้สอนเมื่อพบปัญหาในการเรียนผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs ($M = 3.68, SD = 1.18$)

4. ความพึงพอใจต่อการเรียนรายวิชาการพยาบาลปจฉิมวัยในรูปแบบออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชนในนักศึกษาพยาบาล ผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs จำนวน 22 ข้อ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด ($M = 4.62, SD = 0.42$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบทเรียนออนไลน์นี้มีการตอบสนองและสร้างความสนใจ ผู้เรียนสามารถกลับไปทบทวน เรียนซ้ำ ทำแบบทดสอบได้บ่อยครั้งตามที่ต้องการ สามารถเรียนได้ทุกที่ทุกเวลาซึ่งตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล ทั้งในด้านของเนื้อหาวิชาและด้านการออกแบบ โดยเมื่อพิจารณาแยกรายด้านพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจด้านของเนื้อหาวิชาในระดับมากที่สุด ($M = 4.62, SD = 0.43$) และมีระดับความพึงพอใจด้านการออกแบบระดับมากที่สุดเช่นกัน ($M = 4.64, SD = 0.43$) ซึ่งส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจด้านเนื้อหาในประเด็นที่เนื้อหามีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับการปฏิบัติจริงในวิชาชีพพยาบาลระดับมากที่สุด ($M = 4.75, SD = 0.43$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ลักขณา คิตบรรจง และคณะ (Kidbunjong et al., 2023) ที่ระบุว่าปัจจัยด้านโครงสร้างเนื้อหาการเรียนรู้อาจมีผลต่อการยอมรับเทคโนโลยี MOOCs ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจของผู้เรียนในระบบ MOOCs

ส่วนด้านการออกแบบนักศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุดต่อระบบการประเมินผลการเรียนรู้อาการแจ้งคะแนนและการเฉลยมีความน่าเชื่อถือ ($M = 4.73, SD = 0.50$) ที่มีแบบทดสอบที่ให้ผู้เรียนได้ประเมิน



จะเห็นได้ว่า การจัดการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลปัจฉิมวัยในรูปแบบออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชนผ่านแพลตฟอร์ม Thai MOOCs นี้ มีการใช้เทคโนโลยีสื่อเสริมต่าง ๆ เช่น วิดีโอ อินโฟกราฟิก หรือภาพประกอบทำให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาได้ดีขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงการช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญชัย ขั้วนา และ ธารทิพย์ ขั้วนา (Khuana & Khuana, 2020) ที่ศึกษาการพัฒนาบทเรียนออนไลน์ (e-learning) รายวิชาการจัดการเรียนรู้ สำหรับนักศึกษาหลักสูตรครุศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร พบว่า นักศึกษาโดยเฉลี่ยมีความพึงพอใจต่อการเรียนด้วยบทเรียนออนไลน์ รายวิชาการจัดการเรียนรู้ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เพราะการเรียนการสอนในปัจจุบันจะต้องพัฒนาระบบให้ผู้เรียนเข้าถึงข้อมูลและเนื้อหาได้ ทุกที่ ทุกเวลา โดยการนำอีเลิร์นนิ่งแบบ LMS (Learning Management System) ในการจัดระบบกระบวนการเรียนการสอนในระบบ เป็นการจัดการกระบวนการและการใช้ประโยชน์จากสื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยเฉพาะคอมพิวเตอร์และระบบอินเทอร์เน็ตที่ออกแบบการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ได้ทุกที่ ไม่ยึดติดกับเวลา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร ธารแผ้ว และคณะ (Thanpaew et al., 2021) ที่พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการใช้งานรายวิชาอยู่ในระดับมากที่สุด อาจเป็นเพราะเป็นการบริการแบบไม่มีค่าใช้จ่าย ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองตามความสะดวกทั้งด้านเวลา สถานที่ และศักยภาพในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล อีกทั้งยังสามารถเข้าใช้งานได้ตลอดโดยไม่มีระยะเวลาสิ้นสุด

1. รูปแบบรายวิชาทางการพยาบาลออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชนในนักศึกษาพยาบาล ชุตติวิชาการพยาบาลปัจจัยมัย สามารถนำไปใช้เรียนได้ฟรี ในทุกสถาบัน

1. ควรพัฒนาการจัดการเรียนการสอนออนไลน์แบบเปิด (MOOCs) โดยเพิ่มการสร้างปฏิสัมพันธ์ (ระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียนและผู้เรียนกับผู้สอน) ออกแบบให้กิจกรรมแต่ละบทเรียนเอื้อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียน และผู้เรียนกับผู้สอน ให้มากขึ้น

- 329



References

- Chaiwong, P. (2019). Development of e-learning lessons, information and communication technology courses for Mattayomsuksa 3 students Yang Talat Wittayakhan School. *Journal of Educational Technology and Communications Faculty of Education Mahasarakham University (JETC)*, 2(4), 120-131. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/etcedumsujournal/article/view/242353/164505> (in Thai)
- Chaonarin, P., Keeratavanithsathian, S., Kamolabutra, M., & Supharoekyothi, P. (2022). Soft skills: Skills needed for nurses. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 9(1), 1-17. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss/article/view/252839/173264> (in Thai)
- Duangjino, T. (2024). MOOC: Digital learning ecosystem to support lifelong education. *Journal of Education Thaksis University*, 24(1), 1-14. <https://doi.org/10.55164/jedutsu.v24i1.262340> (in Thai)
- Khuana, K., & Khuana, T. (2020). The development of online lesson (e-learning) of learning management course for the 3rd year educational graduate students department of education of Kamphaeng Phet Rajabhat University. *Journal of MCU Nakhondhat*, 7(12), 295-306. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/view/249116> (in Thai)
- Kidbunjong, L., Kotchasarn, S., & Srikulwong, M. (2023). A study of the structure of learning content that affects MOOC's technology acceptance: A case of Thailand. *Journal of Social Sciences Srinakharinwirot University*, 26(2), 208-221. (in Thai)
- Kirkpatrick, J. D., & Kirkpatrick, W. K. (2016). *Kirkpatrick's four levels of training evaluation*. Association for Talent Development.
- Leaudnakrob, N., Muangkaew, P., Yottavee, W., Thepthongkam, D., Khрутmuang, W., Muenya, S., & Nualthong, W. (2019). Using massive open online courses (MOOCs) to develop dialogue reflective thinking and deep listening process among nursing students. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 11(2), 201-212. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/231275/157503> (in Thai)
- Na Sulong, W., Sooknit, O., & Sermsook, K. (2018). *Manner, needs and satisfactions of using massive open online course (MOOC) for general education courses at Rajamangala University of Technology Srivijaya*. Rajamangala University of Technology Srivijaya. <https://riss.rmutsv.ac.th/upload/doc/201910/7dWHJcAJhBGHvTVL7FLT/7dWHJcAJhBGHvTVL7FLT.pdf> (in Thai)
- Pungchompoo, W., Suwankruhasn, N., & Saengru, B. (2017). Developing of innovation in nursing education: A massive open online course (MOOC) in gerontological nursing. *Nursing Journal*, 44(Suppl. 2), 103-110. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/169067/121639> (in Thai)



Development and Evaluation of a Massive Open Online Course
for Nursing Students: Geriatric Care
การพัฒนาและประเมินผลรายวิชาออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชน
ในนักศึกษาพยาบาล: ชุดวิชาการพยาบาลปจฉิมวัย

- Rathachatrannon, W. (2019). Determining an appropriate sample size for social science research: The myth of using Taro Yamane and Krejcie & Morgan Method. *Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies*, 8(1), 11-20. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JIRGS/article/view/243621/164915> (in Thai)
- Singhard, S., Meenakate, P., & Suriya, A. (2019). The effect of my courseville as a tool for teaching and learning to promote the development of 21st Century Learning skills, in Gerontological Nursing Subject of nursing students, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University. *Journal of Rangsit University: Teaching & Learning*, 13(2), 164-179. <https://jrnl.rsu.ac.th/volume/13/number/2/article/243> (in Thai)
- Thanpaew, J., Angkitanon, T., & Srinont, M. (2021). Development of edX course: Production of electronic media. *CUAST Journal*, 10(3), 44-56. (in Thai)
- Watanakanjana, C., Trichan, P., Puapornpong, T., & Rittiboonchai, W. (2021). Effectiveness of online-learning of lecturer's competence and assessment: A case study of Faculty of Management Science, Nakhon Pathom Rajabhat University. *Social Science Journal of Prachachuen Research-Network*, 3(2), 1-13. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/prn/article/view/251889/170339> (in Thai)



Pragmatism Philosophy: Application for Nursing Profession Improvement

ปรัชญาปฏิบัตินิยม: การประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาวิชาชีพพยาบาล

Wongduan	Suwannakeeree*	วงศ์เดือน	สุวรรณคีรี*
Orapin	Jullmusi**	อรพิน	จุลมุสิ**

Abstract

Nursing is the process of care focusing on responding to individual human needs. This process is implemented for service users by nurses' actions, interrelationships, and recognition of the connection between humanity and compassion. Nursing care requires supportive data, both objective and subjective. To achieve quality of nursing outcomes, it is necessary to consider knowledge and realities across four metaparadigms: person, environment, health, and nursing. These require exploration, proof, and development. The philosophy of pragmatism accepts diverse methods of knowledge inquiry from individual experiences and scientific processes. Truth is something that dynamically changes and can be applied to practice for solving problems. These perspectives are relevant to the nursing profession, which focuses on solving problems for service users based on their needs or health conditions, in the context of continuously changing environmental factors. These nursing phenomena require knowledge for solving specific problems.

This article's objective was to present pragmatism philosophy in terms of its dimensions and its application for professional nurses, educators, researchers, and nursing administrators, as well as those interested in applying it to achieve continuous professional development.

Keywords: Knowledge development; Nursing profession; Pragmatism philosophy

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

** Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Naresuan University; e-mail: orapinj@nu.ac.th



บทคัดย่อ

การพยาบาล เป็นกระบวนการดูแลผู้รับบริการที่เน้นการตอบสนองของคนที่มีความเป็นปัจเจก ผ่านการกระทำ การมีปฏิสัมพันธ์ และเชื่อมโยงความเป็นมนุษย์ที่ต้องมีมนุษยธรรมและความเมตตากรุณา การปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยข้อมูลสนับสนุนทั้งข้อมูลเชิงปรนัย และข้อมูลเชิงอัตนัย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ ต้องคำนึงถึงองค์ความรู้และความจริงครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ คน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล ซึ่งมีความเป็นพลวัตต้องการการการค้นหา พิสูจน์ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยปรัชญาปฏิบัตินิยมยอมรับวิธีการหาความรู้ที่หลากหลายจากทั้งประสบการณ์ของบุคคลและกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ความจริงเป็นสิ่งที่นำไปปฏิบัติเพื่อให้แก้ไขปัญหาได้และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับวิชาชีพพยาบาลที่เน้นการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาให้กับผู้รับบริการตามความต้องการหรือตามการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในสิ่งแวดล้อมที่ผันผวนตลอดเวลา ปรากฏการณ์การพยาบาลเหล่านี้ต้องการองค์ความรู้ที่แก้ปัญหายอย่างเฉพาะเจาะจง

บทความนี้ ต้องการนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับความสำคัญของปรัชญาปฏิบัตินิยม โดยนำเสนอทั้งในมิติของแนวคิดของปรัชญาและการประยุกต์ใช้ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ นักการศึกษา นักวิจัย และผู้บริหารทางการพยาบาล ตลอดจนผู้ที่สนใจนำไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาองค์ความรู้ วิชาชีพพยาบาล ปรัชญาปฏิบัตินิยม

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร e-mail: orapinj@nu.ac.th

บทนำ

ปรัชญา (philosophy) เป็นกระบวนการค้นหาความรู้ที่ใช้การคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ เพื่อนำความรู้นั้นมาใช้อธิบาย ประเมิน และทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโลก การมีชีวิต และการมีปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์กับโลก (Prabawati, 2019; Sharma et al., 2022) ปรัชญาช่วยให้เกิดการพัฒนางค์ความรู้หรือทฤษฎีในวิชาชีพต่าง ๆ ให้เป็นศาสตร์ที่มีความแตกต่างกับวิชาชีพอื่น วิชาชีพพยาบาลต้องการองค์ความรู้ที่มีความเป็นวิทยาศาสตร์และศิลป์ในการดูแลมนุษย์ (Prabawati, 2019; Thet & Akbar, 2019) เป้าหมายสูงสุดของการพัฒนางค์ความรู้ทางการพยาบาล คือ นำองค์ความรู้นั้นไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาของผู้รับบริการ ส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการผลิตพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การบริหารการพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาลซึ่งมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน

พยาบาลวิชาชีพ นักการศึกษา และผู้บริหารการพยาบาล เป็นผู้ที่อยู่ในบริบทของปรากฏการณ์ทางการพยาบาลและเป็นผู้ที่นำความรู้ไปใช้ จึงเป็นผู้ที่จะบอกได้ว่าองค์ความรู้ทางการพยาบาลมีปัญหาอย่างไร องค์ความรู้ใดต้องการการพัฒนาหรือต้องการการสร้างชิ้นใหม่ ทำให้เกิดนักวิจัยทางการพยาบาลที่เป็นผู้สร้างหรือผลิตความรู้เพื่อให้ได้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลหรือองค์ความรู้ย้อนกลับไปทำประโยชน์ให้กับวิชาชีพพยาบาลในด้านต่าง ๆ ต่อไป (Dolan et al., 2022; Prabawati, 2019) การนำปรัชญามาใช้เป็นฐานคิดในการทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ต่าง ๆ เหล่านั้น ทำให้เกิดกระบวนการตั้งคำถาม ค้นหาคำตอบ และพิสูจน์ความจริง เป็นวงจรที่เกิดขึ้นอย่างเป็นพลวัตร ทำให้ตรวจสอบความรู้ที่เป็นความจริงได้ เกิดการพัฒนางค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง บทความนี้ต้องการนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับความสำคัญของปรัชญาต่อการพัฒนางค์ความรู้ทางการพยาบาล แนวคิดปรัชญาปฏิบัตินิยม และการประยุกต์ใช้ปรัชญาปฏิบัตินิยมในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ นักการศึกษานักวิจัย และผู้บริหารทางการพยาบาล ตลอดจนผู้ที่สนใจนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพ

ความสำคัญของปรัชญาต่อการพัฒนางค์ความรู้ทางการพยาบาล

องค์ความรู้ทางการพยาบาล เป็นทั้งความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ผ่านกระบวนการค้นหา พิสูจน์ และตรวจสอบให้เป็นความรู้เชิงประจักษ์ และเป็นความรู้จากการประยุกต์ใช้ (ศิลปะ) ในการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการ หรือแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ องค์ความรู้ทางการพยาบาล จึงสำคัญต่อพยาบาลและผู้รับบริการ (Reed & Lawrence, 2008; Sharma et al., 2022) การพัฒนางค์ความรู้ทางการพยาบาลเน้นที่กระบวนการหลัก (metaparadigm) 4 มิติ ที่มีความเชื่อมโยงกัน ได้แก่ 1) คน (person) คือปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล หรือผู้รับบริการ 2) สิ่งแวดล้อม (environment) ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิต พัฒนาการและการเจริญเติบโต สุขภาพของบุคคล รวมถึงสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพบุคคล 3) สุขภาพ (health) มีความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และความเจ็บป่วยของบุคคล และ 4) การพยาบาล (nursing) คือ การให้บริการกับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ในเรื่องสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และช่วยให้ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้เพื่อให้มีสุขภาพดี (Meleis, 2018; Prabawati, 2019) การพยาบาลจึงเกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในบริบทของสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ภายใต้การเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างประชากร การพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และการเกิดโรคอุบัติใหม่ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลกระทบต่อคนและสุขภาพ ซึ่งองค์ความรู้ทางการพยาบาลที่มีอยู่เดิมอาจมีข้อจำกัดหรือต้องการองค์ความรู้ใหม่ เพื่อนำมาใช้ในการป้องกันหรือลดผลกระทบเหล่านั้น ทำให้วิชาชีพพยาบาลต้องการองค์ความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง

จากความสำคัญและการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการองค์ความรู้ใหม่ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องใช้ฐานคิดของปรัชญามาเป็นกรอบในการค้นหาความรู้ ความจริง เพื่ออธิบาย ประเมิน และทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ทางการพยาบาลเหล่านั้นซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับคน การมีชีวิต โลกหรือสิ่งแวดล้อม และการมีปฏิสัมพันธ์ของคนกับสิ่งแวดล้อม โดยใช้หลักคิดของปรัชญาที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ภาววิทยา (ontology) ต้องการค้นหาคำตอบว่า อะไรคือธรรมชาติหรือรูปแบบของความจริง และสิ่งที่เกิดขึ้นจริงนั้นอยู่ในการรับรู้ได้อย่างไร 2) ญาณวิทยา (epistemology) ต้องการค้นหาคำตอบว่า ความรู้หรือความจริงนั้นสามารถเข้าไปค้นหาได้อย่างไรหรือมีวิธีการอย่างไรที่จะเข้าไปค้นหาหรือทำความเข้าใจ เพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ที่เป็นความจริงนั้น และ 3) คุณวิทยา (axiology) คือ ความมีคุณค่าของความรู้และวิธีการที่ได้มาซึ่งความรู้หรือความจริงนั้น เช่น ความมีคุณค่าด้านความสมเหตุสมผล หรือไม่สมเหตุสมผล (valid or invalid) ด้านจริยธรรม และด้านสุนทรียะ (Bender et al., 2021; Reed, 2018; Sharma et al., 2022)

ปรัชญาจึงถูกนำมาใช้เป็นฐานคิดในการพัฒนาองค์ความรู้ของวิชาชีพพยาบาล ตามหลักฐานที่มีปรากฏประกอบด้วย ปรัชญาปฏิฐานนิยม (positivism) ปรัชญาหลังปฏิฐานนิยม (post-positivism) ปรัชญาการตีความ (interpretivism) ปรัชญาสร้างสรรค์นิยม (constructivism) ปรัชญาหลังสมัยใหม่ (postmodernism) ปรัชญาสตรีนิยม (feminism) ปรัชญาปฏิบัตินิยม (pragmatism) และพุทธปรัชญา (Buddhism) เป็นต้น (Chan et al., 2011; Sharma et al., 2022) สำหรับบทความนี้เลือกนำเสนอปรัชญาปฏิบัตินิยมมาใช้เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ของวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากเป็นปรัชญาที่มีความเป็นกลาง ไม่มีลักษณะของการสุดโต่งทางความคิด หรือการกระทำด้านใดด้านหนึ่ง เชื่อว่าความจริง และวิธีการเข้าหาความรู้และความจริงมีหลากหลาย ยอมรับวิธีการหาความรู้จากประสบการณ์ของบุคคลและกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ความรู้ที่เป็นความจริงของปรัชญานี้ คือ ความรู้ที่เป็นประโยชน์ สามารถนำไปปฏิบัติและแก้ปัญหาได้ ความจริงสามารถเปลี่ยนแปลงได้เสมอเมื่อนำไปใช้ในช่วงเวลาหนึ่งแล้วไม่ได้ผล หรือไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ทำให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความสอดคล้องกับความต้องการองค์ความรู้ใหม่ของวิชาชีพพยาบาล

แนวคิดปรัชญาปฏิบัตินิยม

การนำเสนอแนวคิดปรัชญาปฏิบัตินิยมสามารถแบ่งเป็น 3 ประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาแนวคิดปรัชญาปฏิบัตินิยม มิติของแนวคิดปรัชญาปฏิบัตินิยม และความเหมาะสมของปรัชญาปฏิบัตินิยมกับการพัฒนาองค์ความรู้ในวิชาชีพพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การพัฒนาแนวคิดปรัชญาปฏิบัตินิยม

การพัฒนาแนวคิดปรัชญาปฏิบัตินิยมเกี่ยวข้องกับนักปรัชญาที่สำคัญ ได้แก่ ชาลส์ แซนเดอร์ส เพิร์ซ (Charles Sanders Peirce) วิลเลียม เจมส์ (William James) และจอห์น ดิวอี้ (John Dewey) ปรัชญาได้ถูกพัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1877 โดยชาลส์ แซนเดอร์ส เพิร์ซ ซึ่งเป็นนักปรัชญาแบบประสบการณ์นิยม (empiricism) และนักตรรกวิทยาที่สนใจในศิลปะหรือวิธีการคิดอย่างแท้จริง เป็นศิลปะในการทำให้ความคิดหรือมโนทัศน์พอฟที่จะนำไปใช้อย่างได้ผล ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ สิ่งที่สามารถทดสอบให้เห็นผลในทางปฏิบัติได้ด้วยประสบการณ์ ทั้งความจริงและความรู้เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นอยู่กับบริบท ช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ทำให้ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นทั้งความจริงและความรู้เป็นสิ่งที่มีความค่าในทางปฏิบัติ คือ สามารถแก้ปัญหาและทำให้ชีวิตดี (Angurarohita, 2022)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1898 วิลเลียม เจมส์ ซึ่งเป็นนักมนุษยนิยม ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาต่อยอดโดยขยายความคิดของเพิร์ซ ทำให้หลักการนี้สามารถประยุกต์ได้กับสถานการณ์ใด ๆ ก็ตามในอนาคตที่ยังไม่เกิดขึ้น โดยเชื่อว่า ความเชื่อที่คนเรามีอยู่นั้น ถ้านำออกมาใช้จะมีผลต่อพฤติกรรมทุก ๆ ด้าน เจมส์ได้ประยุกต์ความคิดดังกล่าวกับปัญหาปรัชญาเรื่องความเป็นหนึ่งกับความหลากหลาย โดยเห็นด้วยกับความเชื่อที่ว่าความจริง คือ สิ่ง

นำไปปฏิบัติได้จริงและมีประสิทธิภาพ ปฏิเสธแนวคิดของปรัชญาทั้งประสบการณ์นิยมและเหตุผลนิยม (rationalism) ปฏิเสธความเป็นจริงสูงสุดที่มีเพียงหนึ่งเดียว เป็นนามธรรมและอยู่นอกเหนือความเข้าใจ ความเป็นจริงมีมากมาย และทุกส่วนอยู่ในความสัมพันธ์กัน วิธีการค้นหาความจริงมีหลากหลาย หากทดลองและลงมือปฏิบัติแล้วเกิดผลที่มีประสิทธิภาพหรือเกิดความพึงพอใจถือว่าเป็นความจริง นำไปใช้เป็นหลักการ หรือแนวปฏิบัติในขณะนั้นได้ เจมส์ เชื่อเรื่องความคิดเพื่อแก้ปัญหา มุ่งพิจารณาที่ผลที่เกิดจากการนำความคิดไปลงมือปฏิบัติ คุณค่าของความคิด ขึ้นอยู่กับผลของมัน ดังนั้นเจมส์จึงไม่ปฏิเสธความเชื่อด้านศาสนาหากความเชื่อนั้นมีคุณค่าในทางปฏิบัติหรือมีผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ในแง่ดี มีพฤติกรรมที่ดี จึงให้ความสำคัญกับความเชื่อซึ่งเชื่อมโยงเข้ากับศาสนา และความศรัทธา ช่วยให้นักวิชาชีพเผชิญกับปัญหาได้ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์และมีคุณค่าต่อชีวิต (Dolan et al., 2022; Kumkaew, 2017; Mayumi & Ota, 2023)

ส่วนจอห์น ดิวอี้ ได้ประยุกต์แนวคิดของเพิร์ซและเจมส์เข้ากับการศึกษา ดิวอี้เชื่อเรื่องประสบการณ์ของมนุษย์และเชื่อมโยงเข้ากับการศึกษา ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยมีบริบทของประสบการณ์ของแต่ละบุคคลและโครงสร้างของสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องปฏิเสธความรู้หรือวิธีการได้มาซึ่งความรู้ที่เกิดจากทฤษฎีเป็นฐาน เชื่อว่าความรู้ไม่สามารถแยกออกจากการปฏิบัติหรือการกระทำได้ ความรู้ไม่ได้เป็นเพียงสิ่งที่สะท้อนให้เห็นความจริงเท่านั้น แต่เป็นสิ่งที่มีความหมายในฐานะเป็นเครื่องมือ และเป็นเครื่องช่วยให้ชีวิตดีขึ้น ดิวอี้ เชื่อว่า การกระทำใด ๆ ก็ตาม จะต้องเป็นการกระทำที่ประกอบด้วยเหตุผลและสติปัญญา การมีสติปัญญาความคิดเป็นรากฐานสำคัญสำหรับอนาคตที่มีความสุขและน่าพึงพอใจ (Angurarohita, 2022)

2. มิติของแนวคิดปรัชญาปฏิบัตินิยม

มิติของแนวคิดปรัชญาปฏิบัตินิยมที่สำคัญประกอบด้วย ภาววิทยา ญาณวิทยา และคุณวิทยา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Angurarohita, 2022; Baliton, 2023; Deering et al., 2021; Dolan et al., 2022; Kumkaew, 2017)

2.1 ภาววิทยา ปรัชญานี้เชื่อว่า ความจริงมีหลากหลาย (plurality) ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และมุมมองของแต่ละบุคคล ความจริงไม่ได้มีเพียงหนึ่งเดียวและเปลี่ยนแปลงไปได้แบบไม่หยุดนิ่ง (dynamic) เชื่อว่าความจริงเกิดจากความคิดผ่านประสบการณ์ ความจริงถูกสร้างขึ้นจากการแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิต ความจริงคือ สิ่งที่น่าไปปฏิบัติได้ และได้ผลรับที่ดี อย่างไรก็ตามความจริงที่สมบูรณ์มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่หลากหลาย ความจริงที่มีอยู่อาจต้องการการปรับปรุงเมื่อนำไปใช้ในช่วงเวลาหนึ่งแล้วไม่ได้ผล หรือไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จำเป็นต้องมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเปลี่ยนแปลงไปอย่างช้า ๆ จนกว่าจะได้ความจริงใหม่ที่แก้ปัญหาหรือปฏิบัติได้ดีกว่า หรืออาจกล่าวได้ว่า การพิสูจน์ความจริงตามปรัชญานี้เชื่อว่าทำได้โดยการทดสอบผ่านการปฏิบัติหรือการกระทำ และเชื่อว่าการปฏิบัติหรือการกระทำนั้นอาจไม่สามารถพิสูจน์ความจริงได้อย่างสมบูรณ์ (fallibilism) ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เนื่องจากข้อจำกัดในการเข้าถึงความจริงจากความสามารถของมนุษย์ และการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อความจริงนั้น ดังนั้นความจริงจึงเป็นสิ่งที่ไม่คงที่ตายตัว แต่เปลี่ยนแปลงได้อย่างไม่หยุดนิ่ง

2.2 ญาณวิทยา ปรัชญานี้เชื่อว่า วิธีการเข้าถึงความจริงมีหลากหลายทั้งการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นปรนัย (objective) และอัตนัย (subjective) ดังนั้นวิธีการดังกล่าวจึงให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์ของบุคคลแต่ละคน ที่อยู่ในปรากฏการณ์ที่สนใจศึกษาหรือต้องการแก้ปัญหา ซึ่งบุคคลที่อยู่ในปรากฏการณ์มีความหลากหลาย และมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในปรากฏการณ์นั้น ๆ ทำให้มีข้อมูลที่มีความซับซ้อน ต้องใช้การคิดวิเคราะห์และวิธีการตีความข้อมูลที่หลากหลายเพื่อให้เกิดความรู้ ความจริงในขณะเดียวกันปรัชญานี้ก็ไม่ได้ปฏิเสธวิธีการแก้ปัญหาจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ที่ได้ผล และมีหลักฐานเชิงประจักษ์อ้างอิง และยังเชื่อว่าวิธีการทดสอบว่าความรู้ดังกล่าวเป็นจริงหรือไม่ อาจต้องใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่มีกระบวนการชัดเจน และต้องการข้อมูลที่เป็นปรนัย เพื่อยืนยันว่ารู้นั้นสามารถนำไปปฏิบัติและแก้ปัญหาได้ ทำให้เกิดความพึงพอใจและได้รับการยอมรับของบุคคลในปรากฏการณ์ จึงจะถือว่าความรู้ดังกล่าวเป็น ความจริง

หรืออาจสรุปได้ว่า ปรัชญาปฏิบัตินิยมส่งเสริมวิธีการคิดหรือการกระทำแบบทางสายกลาง (natural) สามารถทำให้โลกดีขึ้นได้ โดยผ่านการกระทำและความคิดของมนุษย์ (meliorism) ไม่มีลักษณะของการสุดโต่งทางความคิด หรือยอมรับความคิดหรือการกระทำด้านใดด้านหนึ่ง ซึ่งเป็นอุปสรรคปิดกั้นการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์

2.3 คุณวิทยา ปรัชญานี้ให้คุณค่ากับการปฏิบัติ หรือการกระทำที่ได้ผลดี มีประสิทธิภาพ และสามารถแก้ปัญหาได้ ให้คุณค่ากับประสบการณ์และความคิดของมนุษย์ ตลอดจนความเป็นปัจเจกบุคคล และเปิดกว้างหรือให้อิสระในความคิดและการค้นหาวิธีการปฏิบัติที่ได้ผล หรือมีประโยชน์ต่อสังคม ยอมรับความคิดและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับศาสนา เพราะเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ดีงามและมีส่วนช่วยให้มนุษย์สามารถแก้ปัญหาได้ ให้คุณค่ากับความคิด ความเชื่อ ความรู้ และความจริงที่ไม่หยุดนิ่งหรือคงที่ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์อย่างต่อเนื่อง

3. ความเหมาะสมของปรัชญาปฏิบัตินิยมกับการพัฒนาองค์ความรู้ในวิชาชีพพยาบาล

แนวคิดปรัชญาปฏิบัตินิยม มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ในวิชาชีพพยาบาล เนื่องจาก 1) เชื่อว่าความจริงเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และเกิดจากการสะสมประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ความจริงคือการปฏิบัติที่เกิดประโยชน์หรือแก้ปัญหาได้จริง เช่นเดียวกับพยาบาลที่ต้องปรับมุมมองของตนเอง และให้การพยาบาลตามความต้องการของผู้รับบริการในบริบทต่าง ๆ พยาบาลต้องมีความพร้อมในการดูแลผู้รับบริการทั้งในภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำการประเมินและประยุกต์การพยาบาลอย่างเหมาะสม 2) ความเป็นกลาง ไม่สุดโต่งในวิธีการแสวงหาความรู้ เชื่อว่าการใช้วิธีการนิรนัย (deductive) หาความรู้โดยใช้ทฤษฎีเป็นฐาน หรืออุปนัย (inductive) พิจารณาจากประสบการณ์ของปัจเจกบุคคลล้วน ๆ ไม่เพียงพอสำหรับการหาความรู้และความจริงในปัจจุบัน การใช้นิรนัยอย่างเดียวมีแต่กรอบหรือรูปแบบหรือโครงสร้าง (form) ของการคิด ส่วนอุปนัยนั้นก็คำนึงถึงข้อเท็จจริงหรือเนื้อหามากเกินไป หากปรับใช้วิธีการทดลองโดยมีประสบการณ์เป็นพื้นฐานเพิ่มเติมจะทำให้การแสวงหาความรู้ทางการพยาบาลสมบูรณ์ขึ้น 3) เปิดกว้างหรือให้อิสระในความคิดและการค้นหาวิธีการปฏิบัติที่ได้ผล เป็นสิ่งที่ดีงามและมีส่วนช่วยให้มนุษย์สามารถแก้ปัญหาได้ เชื่อว่าการปฏิบัติ หรือการกระทำที่ให้คุณค่ากับประสบการณ์ ความคิด และความเป็นปัจเจกบุคคล เป็นสิ่งที่ดีงามและมีส่วนช่วยให้มนุษย์สามารถแก้ปัญหาได้ ซึ่งมีความเหมาะสมกับวิชาชีพพยาบาล ที่ต้องให้การพยาบาลผู้รับบริการแบบองค์รวมและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 4) เน้นความเป็นไปได้ของการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นและจบลงตลอดเวลา ประสบการณ์ในอดีตมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในปัจจุบันก็ต่อเมื่อเป็นหนทางที่ก่อให้เกิดประโยชน์ในปัจจุบัน 5) ช่วยให้ผู้ตระหนักรู้ในการแสวงหาและควบคุมประสบการณ์ เพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายที่ดี และ 6) ชี้ให้เห็นว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาจากการทดลองผ่านประสบการณ์ของเรา (Angurarahita, 2022; Baliton, 2023; Dolan et al., 2022; Kumkaew, 2017)

การประยุกต์ใช้ปรัชญาปฏิบัตินิยมในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล

ปรัชญาปฏิบัตินิยมถูกนำมาใช้ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลทั้งด้านการศึกษา การปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย และการบริหารการพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Dolan et al., 2022; Ebrahimi et al., 2023; Rafiee-Var-danjani et al., 2024)

1. ด้านการศึกษา การศึกษาพยาบาลเป็นการสร้างบุคลากรในวิชาชีพการพยาบาลให้มีสมรรถนะตามความต้องการและความคาดหวังของสังคม โดยเฉพาะสมรรถนะด้านการให้บริการทางคลินิก มีการบูรณาการและประยุกต์ความรู้ทางการพยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและทักษะอื่น ๆ ของวิชาชีพในการปฏิบัติงาน (Artsanthia et al., 2022) ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาพยาบาล สามารถใช้ฐานคิดของปรัชญาปฏิบัตินิยมมาใช้เพื่อพัฒนาการศึกษาพยาบาลได้ใน 2 มิติ กล่าวคือ ด้านผู้จัดการศึกษาสามารถดำเนินการได้ดังนี้ 1) จัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับผู้เรียนที่หลากหลายทั้งด้านเนื้อหาและวิธีการสอนเพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำไป

ประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาให้กับผู้รับบริการได้ 2) จัดให้เกิดกระบวนการปรับปรุงหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง เพราะความรู้ความจริงมีการเปลี่ยนแปลงได้แบบไม่หยุดนิ่ง เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปหรือความจริงที่ค้นพบใหม่ และยอมรับข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในหลักสูตร เช่น ผู้เรียน ผู้สอน ผู้สำเร็จการศึกษา หรือผู้ที่ใช้บัณฑิต 3) ใช้คลินิกเป็นฐานการฝึกงาน เพื่อให้เกิดประสบการณ์และได้ฝึกปฏิบัติ นำไปสู่การค้นพบความรู้ที่เป็นความจริงและสามารถแก้ปัญหาได้ 4) ใช้วิธีการฝึกปฏิบัติแบบใหม่ที่หลากหลาย เพราะความรู้ความจริงมีหลากหลาย และเปลี่ยนแปลงได้แบบไม่หยุดนิ่ง และ 5) ทำให้เกิดการสนับสนุนเครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น เพื่อให้เกิดวิธีการสอนและการเรียนรู้ที่ประสบความสำเร็จ (Ebrahimi et al., 2023; Rafiee-Vardanjani et al., 2024)

ส่วนด้านผู้เรียน ปรัชญาปฏิบัตินิยมทำให้เกิดการพัฒนาผู้เรียน ดังนี้ 1) เน้นให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ทั้งในห้องเรียนและในสถานการณ์จริงบนคลินิก ซึ่งมีปัญหาที่ผู้เรียนต้องเรียนรู้เพื่อแก้ไขหลายอย่าง 2) ผู้สอนสามารถปลูกฝังฐานคิดของปรัชญา เพื่อให้เรียนรู้ที่จะเป็นผู้แก้ปัญหาได้ตลอดชีวิต เปิดกว้างสำหรับการทำกิจกรรมหลาย ๆ อย่าง ที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีขึ้น และต้องใช้วิธีการทดสอบความจริงหรือผลลัพธ์ในการให้การพยาบาลให้เป็นปกติวิสัย 3) ผู้สอนยังสามารถส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน โดยชี้ให้เห็นว่าความรู้เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างต่อเนื่องและมีความเชื่อมโยงระหว่างความรู้ที่อยู่ในตำรา กับความรู้ที่เห็นจริงจากการปฏิบัติ 4) สอนให้ผู้เรียนยอมรับและชื่นชมมุมมองหรือความคิดที่หลากหลายระหว่างบุคคลทั้งเพื่อนเรียน อาจารย์ ผู้รับบริการหรือผู้ร่วมงานในวิชาชีพอื่น 5) ปรัชญาช่วยทำให้การสื่อสารของผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากให้ความสำคัญและคุณค่ากับประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึกและความแตกต่างระหว่างบุคคล และ 6) ทำให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาความคิดวิเคราะห์ เพราะผู้เรียนต้องหาวิธีการหรือรูปแบบต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาที่ได้ผล (Dolan et al., 2022; Ebrahimi et al., 2023; Klockner et al., 2021; Rafiee-Vardanjani et al., 2024)

การนำฐานคิดปรัชญาปฏิบัตินิยมมาใช้ในการศึกษาพยาบาล จึงทำให้องค์ความรู้ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามอาจมีข้อที่พึงระวัง ได้แก่ 1) การยอมรับข้อมูลประสบการณ์ของผู้เรียนที่เป็นปัจเจกบุคคลเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้ อาจมีผลกระทบต่อนักเรียนคนอื่น ๆ ซึ่งต้องศึกษาข้อมูลส่วนอื่น ๆ อย่างรอบด้านก่อนที่จะทำการเปลี่ยนแปลง 2) การที่ผู้เรียนยอมรับความคิด ความเชื่อ หรือประสบการณ์ของผู้รับบริการแบบปัจเจกบุคคลเพื่อนำมาใช้ในการตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาด้านสุขภาพ อาจมีข้อจำกัดเนื่องจากประสบการณ์ในการวิเคราะห์และตัดสินใจใช้ข้อมูลดังกล่าวของผู้เรียนยังไม่มากพอ และ 3) ประสบการณ์ของผู้สอนหรือผู้รับผิดชอบหลักสูตรในการนำข้อมูลความคิด ความเชื่อ และประสบการณ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไปใช้ในการพัฒนาหลักสูตรและการจัดการเรียนรู้ อาจมีข้อจำกัด เนื่องจากกระบวนการคัดกรองข้อมูลหรือองค์ความรู้ในส่วนนี้ต้องพิจารณาอย่างรอบด้านและต้องมีทักษะและความชำนาญที่เพียงพอ

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมต่อผู้รับบริการ ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ การเยียวยา และความผาสุก ส่งเสริมการใช้ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน รวมทั้งการบูรณาการประสบการณ์ของบุคคลสู่การดูแลสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพแบบองค์รวมของบุคคลทุกมิติทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (Hatthakit & Thanoi, 2012) โดยฐานคิดของปรัชญาปฏิบัตินิยมสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ทุกหน่วยงาน ตั้งแต่หอผู้ป่วยหลังคลอดจนถึงคลินิกพิเศษที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือตั้งแต่เกิดจนถึงเสียชีวิต โดยแนวคิดสำคัญที่นำไปใช้ได้ เช่น ความจริงมีหลากหลาย ทั้งที่เป็นรูปธรรม และนามธรรม เราไม่สามารถพิสูจน์ความจริงได้อย่างสมบูรณ์ และวิธีการคิดหรือการกระทำแบบทางสายกลาง เป็นต้น

ตัวอย่างการนำแนวคิดดังกล่าวไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต คือ แม้ว่าพยาบาลจะทราบว่าอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยดังกล่าวจะประกอบไปด้วยอะไรบ้าง แต่ผู้ป่วยบางรายจะระบุนาการและอาการแสดงตามประสบการณ์ มุมมองความเชื่อของตนเอง ซึ่งมีความแตกต่างและมีความจำเพาะของตนเอง

หากพยาบาลให้การดูแลตามฐานคิดของปรัชญาปฏิบัตินิยมที่เชื่อว่า ความจริงมีหลากหลาย และให้ความสำคัญหรือคุณค่ากับข้อมูลที่เป็นความคิด ความรู้สึกของบุคคล ไม่จำเป็นต้องพิสูจน์ได้ว่าเป็นจริงทั้งหมด จะทำให้มีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การรับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วยร่วมกับการมีมุมมองความคิดของปรัชญาปฏิบัตินิยม มีประโยชน์สำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความต้องการผ่านการให้ความสำคัญและคุณค่ากับความแตกต่างระหว่างบุคคล และข้อมูลที่ได้จากการสนทนาวางมีความหมายและรับฟังอย่างตั้งใจ (Deering et al., 2021) ความจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมีความสอดคล้องกับฐานคิดปฏิบัตินิยม คือ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาลเกิดจากประสบการณ์ รวมทั้งความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ การปฏิบัติการพยาบาลให้ความสำคัญกับการเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ ตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล และเป้าหมายทางสุขภาพ ช่วยทำให้ผู้รับบริการทุกคนได้รับการดูแลแบบเท่าเทียมกัน ทำให้พยาบาลเข้าใจว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วยทีมสหสาขาและผู้ป่วย มีมุมมองความคิดที่มีคุณค่าที่สามารถใช้ช่วยแก้ปัญหาได้ ผ่านการปฏิบัติที่ได้ผลดีซึ่งถือว่าเป็นความรู้ที่เป็นความจริงตามแนวคิดของปรัชญานี้ (Dolan et al., 2022)

จึงอาจสรุปได้ว่าฐานคิดปฏิบัตินิยมช่วยในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมโดยไม่จำกัดแหล่งที่มาของความรู้และความจริงที่ใช้ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการเนื่องจากให้ความสำคัญกับการตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาสุขภาพแบบปัจเจกบุคคล และให้คุณค่ากับความคิด ความรู้สึก และความเชื่อของบุคคลที่ต่างกัน อย่างไรก็ตามการนำฐานคิดดังกล่าวไปใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการปฏิบัติการพยาบาลมีข้อที่พึงระวัง ได้แก่ การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลแม้ว่าจะประเมินจากการปฏิบัติที่ได้ผลดีกับผู้รับบริการทั้งด้านการแก้ปัญหาได้และด้านความรู้สึกหรือความพึงพอใจแล้ว แต่ควรคำนึงถึงความรู้สึกหรือความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น ผู้ร่วมงานในทีมสหสาขาหรือญาติผู้รับบริการอย่างรอบด้านด้วยเพื่อปรับกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลนั้นให้มีความเป็นกลางมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้องค์ความรู้ดังกล่าวถูกนำไปใช้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. ด้านการวิจัย การวิจัยทางการพยาบาล เป็นการค้นคว้าหาคำตอบที่เป็นข้อสงสัยหรือเป็นประเด็นปัญหาทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ที่มีความน่าเชื่อถือและนำไปใช้พัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล (Mulkey, 2021) ปรัชญาปฏิบัตินิยมถูกนำมาใช้เป็นฐานคิดในการทำวิจัยทางการพยาบาล โดยเน้นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในทางปฏิบัติ และนำผลการวิจัยไปปรับใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม นักวิจัยจะมุ่งหาคำตอบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย หรือแก้ปัญหาด้านการบริหารและการศึกษาพยาบาลในบริบทที่มีความเฉพาะ มีจุดเน้นในการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมของบุคคลในบริบททำให้เกิดความเสมอภาคและความยุติธรรมกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้เกิดการพัฒนางานอย่างยั่งยืน (Allemang et al., 2022) ยอมรับธรรมชาติของความจริงที่มีได้หลากหลาย จึงมีระเบียบวิธีการวิจัยที่หลากหลายทั้งการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ให้คุณค่ากับความคิด ความเชื่อ และประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยที่อยู่ในปรากฏการณ์มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหาในบริบทที่สนใจใช้ทั้งวิธีการอุปนัย (inductive) และนิรนัย (deductive) เพื่อสรุปความจริงในปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติและพัฒนาองค์ความรู้ในการแก้ปัญหา (Brierley, 2017) ดังนั้นแนวคิดปรัชญาปฏิบัตินิยมจึงทำให้องค์ความรู้ด้านการวิจัยทางการพยาบาลได้รับการพัฒนาในประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การแก้ปัญหาจริงในทางปฏิบัติ ระเบียบวิธีวิจัยที่หลากหลายทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ตัวอย่างการนำปรัชญาปฏิบัตินิยมไปใช้เป็นฐานในการวิจัยทางการพยาบาลด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) การศึกษาผลของการใช้เทคโนโลยีใหม่ในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยอาจใช้การวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้เทคโนโลยีใหม่ และใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการใช้เทคโนโลยีนั้น

2) การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของนิสิตพยาบาล ผู้วิจัยอาจใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาโปรแกรมร่วมกับนิสิตและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยมีการประเมินผลเป็นระยะและปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับความต้องการของนิสิต และ 3) การศึกษาปัญหาการทำงานของพยาบาล ผู้วิจัยอาจใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียดในการทำงานของพยาบาล และใช้การวิจัยเชิงปริมาณในการประเมินผลของมาตรการลดความเครียดที่นำมาใช้ อย่างไรก็ตามมีข้อที่ควรระวังในการนำปรัชญาดังกล่าวมาใช้ในการวิจัยทางการพยาบาล ได้แก่ 1) การสร้างความสมดุลระหว่างความรู้เชิงประจักษ์กับประสบการณ์ 2) การจัดการกับความท้าทายในการวิจัยแบบผสมผสาน และ 3) การคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้รับบริการ การเก็บรักษาความลับ และการสร้างความยุติธรรมหรือความเสมอภาคให้กับกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่เกี่ยวข้อง

4. ด้านการบริหารการพยาบาล การบริหารการพยาบาล เป็นการประสานงานและบูรณาการทรัพยากรทั้งหมดทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการบริหารจัดการกับบุคลากรทุกระดับทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย มีสุขภาพที่ดี บุคลากรมีความสุข ความเจริญก้าวหน้า และองค์กรเจริญก้าวหน้า (Sreeprasarn & Sujintawong, 2019) การบริหารการพยาบาลนำฐานคิดปรัชญาปฏิบัตินิยมมาใช้ โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการเรียนรู้จากประสบการณ์มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริง และคำนึงถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและแก้ปัญหาได้จริงเป็นสำคัญ เพื่อให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและบุคลากรทางการพยาบาลได้ดีที่สุด

ปรัชญาปฏิบัตินิยมช่วยพัฒนาองค์ความรู้ด้านการบริหารการพยาบาลในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ 1) การตัดสินใจของผู้บริหารการพยาบาล ควรพิจารณาจากสถานการณ์จริงและผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ร่วมกับการใช้ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การแก้ไขปัญหาและการพัฒนางานเป็นไปอย่างมีเหตุผลและมีประสิทธิภาพ 2) การแก้ปัญหา เน้นกระบวนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และสามารถแก้ปัญหาในปรากฏการณ์ได้ มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ จากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ทราบจุดแข็ง จุดอ่อน และนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ 3) การพัฒนาบุคลากร ส่งเสริมให้พยาบาลเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงและสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตและพัฒนาทักษะความสามารถอย่างต่อเนื่อง และ 4) การทำงานเป็นทีม การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล ให้คุณค่ากับความคิด ความเชื่อ และประสบการณ์ของปัจเจกบุคคล ช่วยให้การดำเนินงานของทีมมีประสิทธิภาพ สามารถแก้ปัญหาได้

ตัวอย่างการนำฐานคิดปรัชญาปฏิบัตินิยมมาใช้ในการพัฒนาการบริหารการพยาบาล ได้แก่ 1) การปรับปรุงกระบวนการทำงานหากพบว่า กระบวนการทำงานบางอย่างไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง และไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ผู้บริหารการพยาบาลอาจปรับเปลี่ยนกระบวนการนั้นให้เหมาะสมและสามารถแก้ปัญหาได้ (Vil-leneuve, 2017) และ 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการนำผลการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในบริบท มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยและลดปัญหาการพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วย (Huey-Ming et al., 2021) อย่างไรก็ตามมีข้อที่ควรระวังในการนำปรัชญาดังกล่าวมาใช้ในการบริหารการพยาบาล ได้แก่ 1) การสร้างความสมดุลระหว่างความรู้เชิงประจักษ์กับประสบการณ์ แม้ว่าการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าสามารถทำได้จากการใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาแต่ไม่ควรละเลยความสำคัญขององค์ความรู้ทางทฤษฎีและวิชาการ และ 2) การยึดมั่นในคุณธรรมและจริยธรรมของการบริหารที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ และบุคลากรพยาบาลในหน่วยงาน ในเรื่องความสำเร็จในการแก้ปัญหา ความปลอดภัย ความยุติธรรม และความเสมอภาค

สรุป

ปรัชญาปฏิบัตินิยมให้คุณค่ากับความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์ของปัจเจกบุคคล และข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ให้ความสำคัญกับสิ่งที่ได้กระทำหรือลงมือปฏิบัติแล้วได้ผลมีประสิทธิภาพตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ เปิดโอกาสให้ใช้วิธีการที่หลากหลายเพื่อไปสู่เป้าหมายนั้น ดังนั้นการประยุกต์ปรัชญาดังกล่าว มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลแบบเป็นองค์รวมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาและการบริหารการพยาบาลที่ให้ความสำคัญและพัฒนาผู้เรียน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นปัจเจกบุคคล และเป็นองค์รวม รวมทั้งการวิจัยทางการพยาบาลที่ปรัชญาปฏิบัตินิยม เปิดโอกาสให้ใช้วิธีการค้นหาความจริงที่หลากหลาย ทำให้เกิดการพัฒนางานองค์ความรู้และวิชาชีพพยาบาลอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามมีข้อที่พึงระวังเมื่อนำปรัชญาดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ ได้แก่ 1) การให้ความสำคัญกับข้อมูลจากประสบการณ์ของปัจเจกบุคคลกับหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างไม่สมดุล อาจทำให้ผลของการกระทำหรือการปฏิบัติไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงต้องมีการวางแผนและวิเคราะห์การใช้ข้อมูลดังกล่าวอย่างรัดกุม 2) การให้ความสำคัญกับการกระทำที่สำเร็จตามเป้าหมาย อาจมีผลกระทบเชิงลบกับผลลัพธ์อื่น ๆ ที่ไม่ได้อยู่ในเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังนั้นจึงควรพิจารณาการกำหนดเป้าหมายอย่างรอบด้าน 3) การให้คุณค่ากับการทำงานได้หรือการใช้งานได้ และมีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้ขาดความสนใจว่าแก่นแท้ของสิ่งนั้นคืออะไร และมีอยู่อย่างไร ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการสรุปองค์ความรู้ก่อนนำไปใช้ทุกครั้ง และ 4) ปรัชญาดังกล่าวเปิดโอกาสให้ใช้วิธีการที่หลากหลายในการแก้ปัญหาหรือค้นหาความรู้ในปรากฏการณ์ที่สนใจ ซึ่งต้องใช้เวลาและการสนับสนุนอื่น ๆ วิธีการดังกล่าวอาจไม่เหมาะสมกับปรากฏการณ์บางอย่างที่ต้องการการแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน

References

- Allemang, B., Sitter, K., & Dimitropoulos, G. (2022). Pragmatism as a paradigm for patient-oriented research. *Health Expectations*, 25(1), 38-47. <https://doi.org/10.1111/hex.13384>
- Angurarohita, P. (2022). *Pragmatism philosophy: Foundation of education in democratic society* (6th ed.). Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)
- Artsanthia, J., Leeissarapong, S., & Tamwattananugul, P. (2022). Future nursing education in the VUCA world changing from the 2019 coronavirus pandemic situation. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 4(2), 1-11. (in Thai)
- Baliton, J. J. (2023). Philosophical analysis of pragmatic nursing inquiry. *International Journal for Multidisciplinary Research*, 5(5), 1-12. <https://www.ijfmr.com/papers/2023/5/7257.pdf>
- Bender, M., Grace, P. J., Green, C., Hopkins-Walsh, J., Kirkevold, M., Petrovskaya, O., Paljevic, E. D., & Sellman, D. (2021). The role of philosophy in the development and practice of nursing: Past, present and future. *Nursing Philosophy*, 22(4), e12363. <https://doi.org/10.1111/nup.12363>
- Brierley, J. A. (2017). The role of a pragmatist paradigm when adopting mixed methods in behavioural accounting research. *International Journal of Behavioural Accounting and Finance*, 6(2), 140-154. <https://doi.org/10.1504/IJBAF.2017.10007499>
- Chan, T. W., Poon, E., & Hegney, D. G. (2011). What nurses need to know about Buddhist perspectives of end-of-life care and dying. *Progress in Palliative Care*, 19(2), 61-65. <https://doi.org/10.1179/1743291X10Y.0000000010>



- Deering, K., Williams, J., Stayner, K., & Pawson, C. (2021). Giving a voice to patient experiences through the insights of pragmatism. *Nursing Philosophy*, 22(1), e12329. <https://doi.org/10.1111/nup.12329>
- Dolan, S., Nowell, L., & McCaffrey, G. (2022). Pragmatism as a philosophical foundation to integrate education, practice, research and policy across the nursing profession. *Journal of Advance Nursing*, 78(10), e118-e129. <https://doi.org/10.1111/jan.15373>
- Ebrahimi, S., Vahedparast, H., Nooreddini, A., & Sadeghian, E. (2023). The role of pragmatism philosophy on reducing the gap between nursing education and clinical nursing: A scoping review. *Journal of Nursing Education*, 12(4), 56-66.
- Hatthakit, U., & Thanoi, W. (2012). Holistic nursing and complementary therapy: An integration of the concepts into nursing education. *Thai Journal of Nursing Council*, 27(Special Issue), 5-17. (in Thai)
- Huey-Ming, T., Jansen, L. S., Okpalauwaekwe, U., Khasnabish, S., Andreas, B., & Dykes, P. C. (2021). Adopting the fall tailoring interventions for patient safety (TIPS) program to engage older adults in fall prevention in a nursing home. *Journal of Nursing Care Quality*, 36(4), 327-332. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000547>
- Klockner, K., Shields, P., Pillay, M., & Ames, K. (2021). Pragmatism as a teaching philosophy in the safety sciences: A higher education pedagogy perspective. *Safety Science*, 138, 105095. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.105095>
- Kumkaew, W. (2017). *Epistemology founded on William James' pragmatism*. <http://legacy.orst.go.th/?p=17917> (in Thai)
- Mayumi, N., & Ota, K. (2023). Implications of philosophical pragmatism for nursing: Comparison of different pragmatists. *Nursing Philosophy*, 24(1), e12414. <https://doi.org/10.1111/nup.12414>
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer.
- Mulkey, M. A. (2021). Engaging bedside nurse in research and quality improvement. *Journal for Nurses in Professional Development*, 37(3), 138-142. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000732>
- Prabawati, D. (2019). Why do nurses need philosophy? *International Journal of Science: Basic and Applied Research*, 46(1), 183-187.
- Rafiee-Vardanjani, L., Fallahi-Khoshknab, M., Rahgoi, A., Zabolipour, S., & Gilvari, T. (2024). Theory-practice gap in nursing based on pragmatism approach: A review study. *Journal of Education and Ethics in Nursing*, 11(3-4), 61-73.
- Reed, P. G. (2018). Philosophical issues and nursing science. *Nursing Science Quarterly*, 31(1), 31-35. <https://doi.org/10.1177/0894318417741101>
- Reed, P. G., & Lawrence, L. A. (2008). A paradigm for the production of practice-based knowledge. *Journal of Nursing Management*, 16(4), 422-432. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00862.x>



- Sharma, A., Arpanantikul, M., & Asdornwised, U. (2022). Nursing knowledge development from the standpoint of philosophical and methodological perspective. *International Journal of Nursing Education*, 14(3), 1-6. <https://doi.org/10.37506/ijone.v14i3.18343>
- Sreeprasarn, P., & Sujintawong, S. (2019). Generational model in nursing administration in the ambulatory care nursing service division. *Journal of Public health Nursing*, 33(Online), 87-105. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/241752> (in Thai)
- Thet, E. W. P., & Akbar, A. (2019). The philosophy of science in developing nursing science. *International Journal of Nursing and Midwifery Science*, 3(1), 43-49. <https://doi.org/10.29082/IJNMS/2019/Vol3.Iss1.212>
- Villeneuve, M. (2017). *Public policy and Canadian nursing: Lessons from the field*. Canadian Scholars.



Treatment Burden Among Older Adults with Diabetes in Community Settings: Challenges and Primary Care Support Strategies

ภาระการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน: ความท้าทายและกลยุทธ์สนับสนุน
จากระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

Junjira

Seesawang*

จันทร์จิรา

สีสว่าง*

Pulawit

Thongtaeng**

ปุลวิษฐ์

ทองแดง**

Abstract

Diabetes is a major health concern among older adults, many of whom face a significant treatment burden-defined as the workload and responsibilities required to manage their condition, such as medication adherence, lifestyle modifications, and coordination with healthcare services. This burden is particularly pronounced among community-dwelling older adults who often experience barriers such as limited healthcare access and low health literacy. These challenges can lead to poor treatment adherence and diminished quality of life.

This academic article is a conceptual synthesis on treatment burden, aiming to present a comprehensive analysis of the context and components of treatment burden among community-dwelling older adults with diabetes. The discussion encompasses five key areas: 1) dimensions of treatment burden, 2) approaches for assessing treatment burden, 3) factors influencing treatment burden, 4) challenges faced by the primary healthcare system in mitigating treatment burden among older adults living with diabetes, and 5) strategies within the primary healthcare system to alleviate treatment burden among older adults.

The primary healthcare system, as a key mechanism for community-based care, should be designed to minimize such burdens. At the same time, it should promote the ability of older adults to maintain a good quality of daily life that genuinely aligns with their individual contexts. Such an approach is essential for achieving long-term, sustainable improvements in quality of life for older adults living with diabetes.

Keywords: Diabetes; Older adults; Primary health care; Treatment burden

* Assistant Professor, Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Corresponding author, Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; e-mail: pulawit@bcnc.ac.th



บทคัดย่อ

โรคเบาหวานนับเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเผชิญกับ “ภาระจากการรักษา” ซึ่งหมายถึงภาระงานและความรับผิดชอบที่ผู้ป่วยต้องแบกรับในการจัดการตนเองตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การติดต่อประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งมักเผชิญข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพและขาดความรู้ด้านสุขภาพ ภาระเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อทั้งการไม่ยึดมั่นต่อแผนการรักษา และคุณภาพชีวิตที่ลดลง

บทความวิชาการนี้เป็นการสังเคราะห์เชิงแนวคิดเกี่ยวกับภาระจากการรักษา มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการวิเคราะห์อย่างครอบคลุมเกี่ยวกับบริบท และองค์ประกอบของภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน ประกอบด้วย 1) มิติของภาระจากการรักษา 2) แนวทางการประเมินภาระจากการรักษา 3) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาระจากการรักษา 4) ความท้าทายของระบบสุขภาพปฐมภูมิในการลดภาระจากการรักษาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และ 5) กลยุทธ์สนับสนุนจากระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อลดภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิในฐานะกลไกหลักในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ควรออกแบบบริการที่ไม่เพิ่มภาระให้กับผู้สูงอายุ ในขณะเดียวกันช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ และสอดคล้องกับบริบทเฉพาะของตนเองอย่างแท้จริง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างยั่งยืนในระยะยาว

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน ผู้สูงอายุ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภาระการรักษา

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

e-mail: pulawit@bcnc.ac.th



บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super-aged society) โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2574 ประชากรไทยร้อยละ 28 จะมีอายุ 60 ปีขึ้นไป (National Statistical Office, 2024) ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุไทยและทั่วโลก (Sinclair et al., 2020) ซึ่งข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ผู้สูงอายุไทยมีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงถึงร้อยละ 21.2 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Department of Disease Control, 2022) ซึ่งความท้าทายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน คือ ผู้สูงอายุจำนวนมากมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เบาหวานขึ้นจอประสาทตา ไตเรื้อรัง และมีโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ (Dechakul, 2021) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางรายขาดความรู้ ความเข้าใจในการจัดการตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร และการใช้ยา เป็นต้น รวมถึงมีข้อจำกัดด้านรายได้ การเดินทาง และการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิด้วย (Hanput & Rahothan, 2023; Punklang et al., 2024) ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจึงควรให้ความสำคัญทั้งในด้านการรักษาและสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งครอบคลุมถึงการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (Poum, 2020)

การดำเนินชีวิตร่วมกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตามแผนการรักษาดังกล่าวล้วนเป็นภาระงานที่ต้องอาศัยพลังและความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการตนเอง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีข้อจำกัดในด้านร่างกาย จิตใจ หรือบริบททางสังคม ภาระงานเหล่านี้จึงอาจก่อให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า “ภาระจากการรักษา” (treatment burden หรือ burden of treatment) เมื่อต้องเผชิญกับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ซึ่งภาระจากการรักษาเป็นภาระงานและความรับผิดชอบที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติในการจัดการกับโรคของตนเองตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ (Lee et al., 2024) สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยเฉพาะในบริบทชุมชน ภาระจากการรักษานี้อาจมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ ข้อจำกัดทางร่างกายทำให้มีภาวะฟุ้งฟิง และภาวะเจ็บป่วยร่วม (Chakchouy, 2025; lamtrakul et al., 2023; Rasekaba et al., 2022)

ภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะเมื่อแผนการรักษามีความซับซ้อน หรือมีข้อกำหนดที่เคร่งครัดในการปฏิบัติตาม ภาระเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหนื่อยล้า ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เผชิญกับข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ไม่ยึดมั่นในการรักษา (non-adherence) และผู้ดูแลเหนื่อยล้า (Lee et al., 2024) ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตในระยะยาว และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้มากขึ้น ในบริบทของประเทศไทย ระบบสุขภาพปฐมภูมิถือเป็นกลไกหลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เนื่องจากเป็นด่านแรกของการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับชุมชน สามารถให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับบริบทชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเน้นการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ และลดภาระการรักษาที่ไม่จำเป็น แต่ระบบดังกล่าวยังเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ เช่น บุคลากรไม่เพียงพอ ทรัพยากรจำกัด และรูปแบบการบริการที่ยังไม่สอดคล้องกับความหลากหลายและความซับซ้อนของภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ เป็นต้น (National Health Systems Research Institute, 2020)



แม้ว่าจะมีข้อมูลและการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานอยู่ในระบบสุขภาพ แต่ยังไม่มีความเข้าใจไม่เพียงพอในมิติของ “ภาระจากการรักษา” โดยเฉพาะในชุมชนไทยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและภูมิศาสตร์ ซึ่งยังไม่มีงานวิจัยที่นำเสนอแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม บทความวิชาการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับ มิติของภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน การประเมินภาระจากการรักษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ความท้าทายของระบบสุขภาพปฐมภูมิในการลดภาระจากการรักษา และกลยุทธ์สนับสนุนจากระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อลดภาระจากการรักษา นำไปสู่การดูแลแบบบูรณาการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในระยะยาว

มิติของภาระการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ภาระจากการรักษา หมายถึง ภาระงานที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเพื่อจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองที่เกิดจากการรักษาโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค หรือการเจ็บป่วยที่มีระยะเวลานาน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น และผลกระทบของภาระดังกล่าวต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งภาระจากการรักษาครอบคลุมถึงการรับประทานยา การบริหารจัดการยา การติดตามอาการของตนเอง การเข้ารับการรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการติดต่อประสานงานด้านบริการสุขภาพ ทั้งนี้ภาระจากการรักษาถือเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาว (Bitterfeld & Reed, 2024; Gebreyohannes et al., 2023; Lee et al., 2024; Ruangsuksud et al., 2021)

องค์ประกอบของภาระจากการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า องค์ประกอบของภาระจากการรักษาสามารถจำแนกออกเป็น 2 ด้านหลัก (Lee et al., 2024) ได้แก่

1. ภาระงานด้านการดูแลสุขภาพ (healthcare tasks)

ภาระงานที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ สามารถจำแนกออกเป็น 4 กิจกรรมหลัก (Lee et al., 2024; Ruangsuksud et al., 2021) ดังนี้

1.1 การดูแลตนเอง (self-care activities) เป็นการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องรับประทานยา รวมถึงบางรายต้องฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนังด้วยตนเอง และบริหารจัดการยาให้ถูกต้องครบถ้วนตามแผนการรักษา สังเกตอาการผิดปกติหรืออาการข้างเคียง รับประทานยาหรือพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และติดตามอาการด้วยตนเอง เช่น ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองหรือที่ รพ.สต. และดูแลสุขภาพเท้าโดยการตัดเล็บอย่างถูกต้อง สวมใส่รองเท้าที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การบริหารเท้าเป็นประจำ เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ให้ต่ำกว่าร้อยละ 7 และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยลดการรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนอย่างสม่ำเสมอครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เพื่อควบคุมหรือลดน้ำหนักให้มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ การจัดการความเครียด และหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ (Sinclair et al., 2020) แต่อย่างไรก็ตามในบริบทของชุมชนผู้สูงอายุโรคเบาหวานมักมีความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการควบคุมอาหารเนื่องจากผู้สูงอายุมีความคุ้นชินในรสชาติของอาหาร บางรายต้องพึ่งพาบุตรหลานในการประกอบอาหาร บางรายรู้สึกลำบากใจที่ต้องปฏิเสธอาหารหรือขนมหวานต่าง ๆ ที่เพื่อนบ้านหรือลูกหลานนำมาให้ หรืออาหารในงานสังคมในชุมชนหรืองานบุญที่วัดในวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา (Punklang, et al., 2024)



1.2 การแสวงหาความรู้ (acquisition of knowledge) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำเป็นต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง จึงแสวงหาข้อมูลที่ต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองและแนวทางการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ เช่น การสอบถามจากบุคลากรสุขภาพ การพูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยเบาหวานรายอื่น หรือการเข้าร่วมอบรมจากหน่วยบริการสุขภาพ ตลอดจนการรับข้อมูลจากสื่อออนไลน์ที่เข้าถึงได้ง่ายในปัจจุบัน เช่น Facebook, TikTok, YouTube เป็นต้น อย่างไรก็ตามการแสวงหาความรู้ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลับเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะปัญหาด้านความรู้และความจำที่ถดถอยตามวัย ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถจดจำหรือทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพได้อย่างครบถ้วน รวมถึงอาจเกิดความสับสนเมื่อต้องเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง ขณะเดียวกันผู้สูงอายุยังต้องแบกรับ “ภาระด้านความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy burden)” ที่ซับซ้อนขึ้น เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการคัดกรอง เลือกรับ และประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลจำนวนมาก โดยเฉพาะจากสื่อออนไลน์ซึ่งมักมีข้อมูลผิดพลาดหรือบิดเบือน เช่น ความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับอาหาร การรักษาทางเลือก หรือวิธีดูแลสุขภาพที่ขาดหลักฐานเชิงวิทยาศาสตร์ (Chakchouy, 2025) ซึ่งภาระด้านความรู้ทางสุขภาพดังกล่าวไม่เพียงแต่ส่งผลต่อความเข้าใจของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง แต่ยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตัดสินใจเชิงพฤติกรรมเพื่อป้องกันหรือควบคุมความเสี่ยงของโรคเบาหวาน

1.3 งานเอกสารและการติดต่อประสานงาน (paperwork and coordination) การจัดเก็บสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือการบันทึกข้อมูลสุขภาพในแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application) อาจก่อให้เกิดความยุ่งยากหรือข้อจำกัดในการใช้งาน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่คุ้นชินกับเทคโนโลยีดิจิทัล (Chakchouy, 2025) นอกจากนี้ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น แผลเบาหวานที่เท้า ภาวะไตวายเรื้อรัง เบาหวานขึ้นจอประสาทตา เป็นต้น ยังจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในแผนกเฉพาะทางหรือรับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง ทำให้ต้องมีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลากหลาย อาทิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ คลินิกเฉพาะทาง และหน่วยประกันสุขภาพ ทั้งนี้ในการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ในต่างจังหวัดหรือในเขตเมือง ยังก่อให้เกิดภาระในด้านเวลา การเดินทาง และค่าใช้จ่าย โดยผู้สูงอายุบางรายต้องใช้เวลารอคอยเป็นเวลานานจากจำนวนผู้รับบริการที่หนาแน่น หรือจำเป็นต้องเดินทางเป็นระยะทางไกล ซึ่งอาจมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางที่เพิ่มขึ้น รวมถึงความจำเป็นในการพึ่งพาบุตรหลาน หรือบางรายอาจต้องจ้างบุคคลเพื่อช่วยในการเดินทางหรือเป็นเพื่อนในการเข้ารับบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ต้องไปยังสถานพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย (Iamtrakul et al., 2023; Jiang et al., 2025) การดำเนินงานเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้า และเป็นอุปสรรคต่อความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการเข้าถึงการรักษาอย่างเหมาะสม

1.4 การจัดลำดับความสำคัญของการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (ongoing prioritization) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องมีการประเมินความสำคัญของภาระงานด้านสุขภาพ โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อจำกัด ความต้องการ หรือภาระงานด้านอื่น ๆ ในชีวิต และผลกระทบ ทั้งนี้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องเผชิญกับความซับซ้อนในการตัดสินใจว่าจะดำเนินการอย่างไรในกรณีที่แนวทางการรักษาต่าง ๆ มีความขัดแย้งหรือไม่สามารถดำเนินการร่วมกันได้อย่างเหมาะสมกับชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารหวานในงานชุมชน แม้จะตระหนักถึงผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพในภายหลัง

2. ผลกระทบของภาระจากการรักษา (consequences of treatment burden)

ภาระจากการรักษาส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานดังนี้ (Lee et al., 2024; Selvakumar et al., 2023)

2.1 การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (medical non-adherence) ภาระจากการรักษา ไม่ว่าจะเป็นความยุ่งยากในการจัดการยา ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาโดยเฉพาะภาวะน้ำตาล



ในเลือดต่ำ หรือความเชื่อว่าการรับประทานยาเป็นระยะเวลานานจะมีผลเสียต่อร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (Wungrath et al., 2018) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลายโรคและต้องรับประทานยาหลายชนิด (polypharmacy) การต้องจัดยาเองหรือต้องพึ่งพาผู้อื่นยังเพิ่มภาระทางกายและจิตใจมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การหยุดยา หรือรับประทานยาไม่ตรงเวลา ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและเพิ่มความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

2.2 ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (failure to modify health behaviors) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต้องอาศัยแรงจูงใจ ทักษะ และการสนับสนุนจากครอบครัวหรือระบบสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อมีข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อม หรือภาระครอบครัวร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมเหล่านี้ได้อย่างต่อเนื่อง เช่น วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนมักรับประทานอาหารเช้าร่วมกับสมาชิกครอบครัวโดยไม่แยกอาหารเฉพาะบุคคล การรับประทานอาหารเช้าร่วมกันทำให้ไม่สามารถจัดอาหารที่มีความเหมาะสมเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานได้ ซึ่งหากต้องให้สมาชิกในครอบครัวปรับวิธีการปรุงอาหาร ผู้สูงอายุรู้สึกว่าจะไม่มีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต มีความยุ่งยาก จึงเกิดความเบื่อหน่าย และเลิกปฏิบัติไปในที่สุด (Wungrath et al., 2018)

2.3 การไม่ยึดมั่นต่อกลวิธีในการจัดการตนเอง (low adherence to self-management strategies) การจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานครอบคลุมกิจกรรมหลากหลาย เช่น การตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การนับคาร์โบไฮเดรต การปรับพฤติกรรมตามคำแนะนำทางการแพทย์ เป็นต้น ซึ่งภาระที่เกิดจากความไม่เข้าใจ ความยากในการใช้เครื่องมือ หรือการขาดการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพและครอบครัว อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถยึดมั่นต่อกลวิธีดังกล่าวได้อย่างต่อเนื่อง (Li et al., 2022; Sarangkarn et al., 2024) นอกจากนี้ ความเครียด ท้อแท้จากการจัดการกับโรคเบาหวานในระยะยาว ยังมีส่วนบั่นทอนแรงจูงใจและความต่อเนื่องของการดูแลตนเอง

ภาระจากการรักษาเป็นภาระที่เกิดจากกระบวนการดูแลรักษาโรค ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดความเหนื่อยล้าทางกายและจิตใจจากการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือจากความคาดหวังในการเป็น “ผู้ป่วยที่ดี” ภาระดังกล่าวส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพและความต่อเนื่องในการจัดการตนเอง ดังนั้นการประเมินภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงมีความจำเป็น เพื่อให้สามารถเข้าใจข้อจำกัดเชิงบริบทในชีวิตประจำวัน และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง ช่วยลดความซับซ้อนของการรักษา และส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

การประเมินภาระจากการรักษา

การประเมินภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน ควรมีการประเมินทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. การประเมินเชิงปริมาณ โดยใช้เครื่องมือประเมินที่เป็นสากลและมีมาตรฐาน เช่น

1.1 Patient Experience with Treatment and Self-management (PETS) เป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ซึ่งฉบับเต็มมีคำถามจำนวน 60 ข้อ และฉบับย่อสำหรับใช้ในบริบทของระบบสุขภาพปฐมภูมิจำนวน 32 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับมิติหลัก ได้แก่ ความยากลำบากในการจัดการยา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ผลกระทบต่อความสัมพันธ์และกิจกรรมประจำวัน และความเข้าใจต่อคำแนะนำและระบบสุขภาพ ในการให้คะแนนใช้มาตรวัดเดียวกันตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดยคะแนนที่สูงกว่า หมายถึง ภาระจากการรักษาที่มากกว่า (Eton et al., 2017) แบบวัดนี้ช่วยให้เข้าใจว่าภาระจากการรักษามีผลต่อชีวิตประจำวันและจิตใจของผู้ป่วยอย่างไร และใช้ประเมินผลการออกแบบบริการสุขภาพแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แต่ยังมีข้อจำกัดในการใช้กับผู้ป่วยที่มีความสามารถจำกัด และยังไม่มีการแปลเป็นฉบับภาษาไทย



1.2 Treatment Burden Questionnaire (TBQ) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดปริมาณและชนิดของภาระจากการรักษา ซึ่งฉบับเต็มมีคำถามจำนวน 15 ข้อ และฉบับย่อมีคำถามจำนวน 13 ข้อ ที่ครอบคลุม 3 มิติหลัก คือ ภาระทางกายภาพและเวลา (การไปพบแพทย์ ตรวจติดตามอาการ) ภาระทางจิตใจ (ความวิตกกังวล) และภาระทางการเงิน (ค่าเดินทาง ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล) โดยแต่ละข้อให้ผู้ป่วยประเมินระดับความยากลำบากหรือภาระที่ตนเองรู้สึกจากการรักษา โดยใช้ระดับการให้คะแนนแบบ Likert scale ตั้งแต่ 0 (ไม่เป็นปัญหาเลย) ถึง 10 (เป็นปัญหาอย่างมาก) (Tran et al., 2014) ซึ่งเครื่องมือนี้เหมาะกับการประเมินภาระจากการรักษาเบื้องต้น เนื่องจากมีข้อคำถามที่กระชับ ใช้ระยะเวลาในการตอบสั้น และใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงภาระจากการรักษาได้เมื่อมีการปรับแผนการดูแล แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีแปลเป็นภาษาไทยอย่างเป็นทางการ

1.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL และ Instrumental Activities of Daily Living: IADL) ใช้ร่วมเพื่อประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการจัดการกับภาระจากการรักษา (Bitterfeld & Reed, 2024)

2. การประเมินเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นประสบการณ์ที่เกิดจากภาระจากการรักษา ได้แก่ ความสับสนกับแผนการรักษา และความเหนื่อยจากการต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต นอกจากนี้ควรมีการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัวด้วยเพื่อศึกษาข้อมูลว่าการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานสร้างภาระจากการรักษาอย่างไร (Lin et al., 2024)

จะเห็นได้ว่าการประเมินภาระจากการรักษาควรดำเนินการควบคู่กับการประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง (self-management) ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน รวมถึงภาระของผู้ดูแล เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงระบบที่สะท้อนความเป็นจริงในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมในระดับชุมชน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรม (Chakchouy, 2025; Dechakul, 2021; Kaewmoon et al., 2020; Li et al., 2022; Lin et al., 2024; Phanlek et al., 2022) พบปัจจัยที่เพิ่มและลดภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยสรุปได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เพิ่มและลดภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน

ผลกระทบต่อภาระจากการรักษา	ปัจจัย
เพิ่มภาระจากการรักษา	● ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ - ขาดอุปกรณ์และทักษะด้านดิจิทัลในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ทันสมัย สะดวก และรวดเร็ว เช่น telemedicine / telenursing / telehealth เป็นต้น ● ความรอบรู้ด้านสุขภาพ - ข้อจำกัดด้านการสื่อสาร ได้แก่ การได้ยินลดลง หรือการมองเห็นไม่ชัดเจน - ข้อจำกัดด้านภาษา เช่น การสื่อสารไม่เข้าใจเนื่องจากใช้ภาษาถิ่น หรือไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ เป็นต้น



ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เพิ่มและลดภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน (ต่อ)

ผลกระทบต่อการ จากการรักษา	ปัจจัย
	● โรคร่วม - โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง หรือโรคหลอดเลือดสมอง ก่อให้เกิดความซับซ้อนในการวางแผนการดูแล - มีการใช้ยาหลายชนิด เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยา และยามีปฏิกิริยากัน (drug interaction) ● ข้อจำกัดทางร่างกาย/สติปัญญา - สายตาไม่ดี ความจำเสื่อม ทำให้มีภาวะพึ่งพา ● สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม - รายได้น้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการเลือกซื้อหรือปรุงอาหารที่มีพลังงานต่ำ - ไม่มีค่าเดินทาง หรือค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแลหรือบริการรถรับส่งเมื่อไปตรวจตามนัด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง - อยู่คนเดียว ไม่มีผู้ดูแล ● บริบททางวัฒนธรรมและความเชื่อ - ความเชื่อในการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ การใช้สมุนไพร การนวด ส่งผลต่อภาระด้านการจัดยาและการดูแลตนเอง ● ระบบบริการสุขภาพ - ข้อมูลผู้ป่วยไม่เชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต. และโรงพยาบาล ทำให้การรักษาซ้ำซ้อนหรือไม่ต่อเนื่อง
ลดภาระจากการรักษา	● การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน - การดูแลและช่วยเหลือจากครอบครัว เช่น พาไปพบแพทย์ จัดเตรียมอาหาร เตือนการรับประทานยา - การสนับสนุนจากชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เช่น การเยี่ยมบ้าน การจัดกลุ่มดูแลผู้สูงอายุในตำบล เป็นต้น ● การเพิ่มพลังและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย - การจัดกลุ่มเรียนรู้ ร่วมวางแผนการดูแล ทำให้มีความรู้และมีเป้าหมายในการดูแลตนเอง ● ระบบบริการสุขภาพ - การใช้ภาษาท้องถิ่นกับผู้สูงอายุ เข้าใจพฤติกรรมการรับประทานอาหารของแต่ละวัฒนธรรม เกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจบุคลากรสุขภาพ ช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา - การให้ข้อมูลสุขภาพที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับวัย - มี รพ.สต. / หมอประจำตัวใกล้บ้าน การติดตามต่อเนื่อง ช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดในการจัดการตนเอง - มีทีมสหวิชาชีพ ประสานงานร่วมกัน ช่วยลดความซ้ำซ้อนในการดูแล



ภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุเบาหวานเกิดจากองค์ประกอบหลายมิติทั้งทางสังคม ระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และจิตใจ การลดภาระดังกล่าวควรใช้แนวทางแบบองค์รวม เน้นการสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ ความต่อเนื่องในการดูแล และการใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ควบคู่กับการออกแบบบริการสุขภาพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ความท้าทายของระบบสุขภาพปฐมภูมิในการลดภาระจากการรักษาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การจัดการภาระจากการรักษาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เป็นประเด็นที่มีความสำคัญในยุคที่ประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความท้าทายในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานไม่ได้จำกัดเฉพาะเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงการออกแบบระบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการที่ซับซ้อนและหลากหลายของผู้สูงอายุในบริบทจริงของชุมชน ซึ่งความท้าทายในการลดภาระจากการรักษาของผู้สูงอายุโรคเบาหวานนั้นซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายมิติ ดังนี้

1. ข้อจำกัดของบุคลากรในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะในชุมชนชนบท มักมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน นอกจากนี้บุคลากรส่วนใหญ่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจำกัด ทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำหรือการดูแลที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งภาระงานที่มากส่งผลให้การติดตามผลและการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุขาดประสิทธิภาพ นำไปสู่ความล่าช้าในการวินิจฉัย และการจัดการโรคอย่างทันท่วงที (Dechakul, 2021; Pinyopornpanich et al., 2022)

2. การขาดแคลนเวชภัณฑ์ วัสดุ และอุปกรณ์ ซึ่ง รพ.สต. และหน่วยบริการในชุมชนหลายแห่งประสบปัญหาขาดแคลนอุปกรณ์สำคัญ เช่น เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด หรือชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการติดตามภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เป็นต้น (Pinyopornpanich et al., 2022) ทำให้ไม่สามารถประเมินปัญหาผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ครบถ้วน และเพิ่มภาระความเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. วัฒนธรรม ความเชื่อ และความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในชุมชนมักมีความเชื่อและแนวปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพ เช่น การใช้สมุนไพรหรือการรักษาแผนโบราณ การรับประทานอาหารท้องถิ่น เป็นต้น ซึ่งบางครั้งขัดแย้งกับแนวทางการรักษาทางการแพทย์สมัยใหม่ นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจมีความต้องการที่เฉพาะเจาะจง ไม่ว่าจะเป็นความต้องการการดูแลที่เป็นมิตรและเข้าใจภาษา หรือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา (Hanput & Rahothan, 2023) การไม่คำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมและความต้องการเฉพาะเหล่านี้ อาจทำให้ผู้สูงอายุขาดความไว้วางใจในระบบบริการและลดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

4. ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระบบสารสนเทศและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง รพ.สต. กับหน่วยบริการระดับสูง เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลประจำจังหวัด เป็นต้น ยังมีข้อจำกัดอย่างมาก โดยเฉพาะในกรณีที่ รพ.สต. บางแห่งขึ้นกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล) ทำให้ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยไม่สามารถเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการติดตามผลการรักษา การส่งต่อผู้ป่วย และการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ นอกจากนี้กระบวนการนัดหมายและส่งต่อที่ซับซ้อนยังเพิ่มภาระทั้งแก่ผู้สูงอายุและบุคลากร (Pinyopornpanich et al., 2022)

5. การประสานงานและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานในระดับปฐมภูมิพบว่า ยังคงเผชิญความท้าทายหลายประการ ได้แก่ ความไม่ชัดเจนในการกำหนดบทบาทและหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ความไม่สอดคล้องของนโยบายและ



ข้อจำกัดด้านงบประมาณ รวมถึงระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยังไม่เข้มแข็ง (Pinyopornpanich et al., 2022) เช่น รพ.สต. ที่ต้องการจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยประสานงานร่วมกับ อสม. และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) แต่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนจาก อบต. ไม่เพียงพอ ส่งผลให้การดำเนินโครงการล่าช้า ขาดความต่อเนื่อง และไม่สามารถบูรณาการบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การสื่อสารที่ไม่เป็นระบบและไม่ต่อเนื่องระหว่างหน่วยงานยังส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุมและไม่ตอบสนองต่อบริบทหรือความต้องการของผู้ป่วยในชุมชนอย่างแท้จริง

ความท้าทายของระบบสุขภาพปฐมภูมิในการลดภาระจากการรักษาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เป็นประเด็นที่ต้องอาศัยการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านการกำลังคน โครงสร้างบริการ และแนวคิดเชิงวัฒนธรรม เพื่อให้สามารถออกแบบบริการที่ “ไม่เพิ่มภาระ” ให้ผู้ป่วย แต่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ และสอดคล้องกับบริบทของตนเองอย่างแท้จริง

กลยุทธ์สนับสนุนจากระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อลดภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

จากความท้าทายของระบบสุขภาพปฐมภูมิและบริบทแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการเชิงรุกภายใต้ขอบเขตของบทบาทและหน้าที่ เพื่อบรรเทาภาระจากการรักษาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ตามกลยุทธ์สนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

1. ออกแบบการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (person-centered care) ยืดหยุ่นและเน้นบริบท (flexible context-based care) โดยให้ความสำคัญกับมิติที่หลากหลายของชีวิตผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสุขภาพ ความเชื่อ วัฒนธรรม ความสามารถในการดูแลตนเอง และบริบททางสังคม เป็นต้น ซึ่งบุคลากรสุขภาพควรรับฟังปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดเป้าหมายในการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพ เป็นการส่งเสริมการยึดมั่นในการดูแลตนเองและลดภาระจากการรักษา นอกจากนี้ การสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อจำกัดในการใช้ชีวิต ซึ่งช่วยให้สามารถออกแบบแผนการดูแลที่เหมาะสมและปฏิบัติได้จริง ตัวอย่างเช่น ในการคัดกรองผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พยาบาลวิชาชีพมีการคัดกรองและให้คำปรึกษาในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมตั้งเป้าหมายที่เป็นรูปธรรม เช่น ลดการบริโภคอาหารหวานลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป เริ่มออกกำลังกายด้วยการเดินอย่างน้อย 30 นาที เป็นต้น พร้อมทั้งติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่า การติดตามแบบสม่ำเสมอและใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ช่วยเพิ่มแรงจูงใจ และความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน

2. การประเมินภาระจากการรักษา (assessment of treatment burden) พยาบาลวิชาชีพควรประเมินภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานทุกราย และประเมินเป็นระยะอย่างต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน เช่น แบบประเมิน PETS และ TBQ อย่างไรก็ตามการใช้เครื่องมือดังกล่าวจำเป็นต้องมีการแปลและทดสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง เพื่อให้แน่ใจว่าเครื่องมือสามารถสะท้อนประสบการณ์และบริบททางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุไทย และควรส่งเสริมให้นักวิชาการหรือนักศึกษาพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษา พัฒนาเครื่องมือประเมินภาระจากการรักษาที่สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในประเทศไทย พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมืออย่างเป็นระบบ เพื่อให้การประเมินมีความถูกต้องและเป็นประโยชน์ในการปรับแผนการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับข้อจำกัดเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละราย

3. การเสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแล (patient and care giver empowerment) เป็นการส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจและการจัดการชีวิตตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยอาศัยความรู้ ความมั่นใจ และทรัพยากรที่เหมาะสม โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแล และจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน



วิเคราะห์ปัญหาของตนเองตามความเป็นจริง ร่วมเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาและตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสมแก่ตนเอง จะช่วยให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของกระบวนการดูแลตนเอง (ownership of self-care process) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีโอกาสสะท้อนปัญหาและกำหนดแนวทางดูแลตนเองด้วยตนเอง มักมีความมุ่งมั่นและปฏิบัติตามแผนได้ดีกว่าการรับคำสั่งเพียงอย่างเดียว ตัวอย่างเช่น หลังจากการวางแผนร่วมกัน พยาบาลวิชาชีพดำเนินการติดตามผลผ่านการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องหรือการโทรศัพท์สอบถาม พร้อมทั้งให้คำชมและกำลังใจอย่างสม่ำเสมอ และให้แนวทางกับผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งวิธีนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจมากขึ้นในการควบคุมระดับน้ำตาล ลดการพึ่งพาระบบบริการสุขภาพ และส่งผลให้ผู้ดูแลมีทักษะและความพร้อมในการสนับสนุนผู้ป่วยในชีวิตประจำวันอย่างยั่งยืน

4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (family participation) พยาบาลวิชาชีพควรให้ความรู้และส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวในการสื่อสาร ดูแล และติดตามผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการรักษา และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยการจัดอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลเรื่องอาหาร การรับประทานยา หรือการสร้างกลุ่มไลน์ผู้ดูแล เพื่อปรึกษาปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ครอบครัวที่ได้รับข้อมูลและการฝึกทักษะการดูแลอย่างเป็นระบบ จะสามารถรับบทบาทผู้สนับสนุนสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น การฝึกให้บุตรหลานช่วยจดบันทึกระดับน้ำตาลและส่งข้อมูลให้พยาบาลผ่านช่องทางออนไลน์ ช่วยให้สามารถติดตามความเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วและปรับแผนการดูแลได้ทันเวลา นอกจากนี้การเปิดพื้นที่ให้ครอบครัวแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่มผู้ดูแล ยังช่วยสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล ซึ่งนับเป็นปัจจัยเสริมสำคัญต่อความสำเร็จในการจัดการโรคเบาหวานระยะยาว

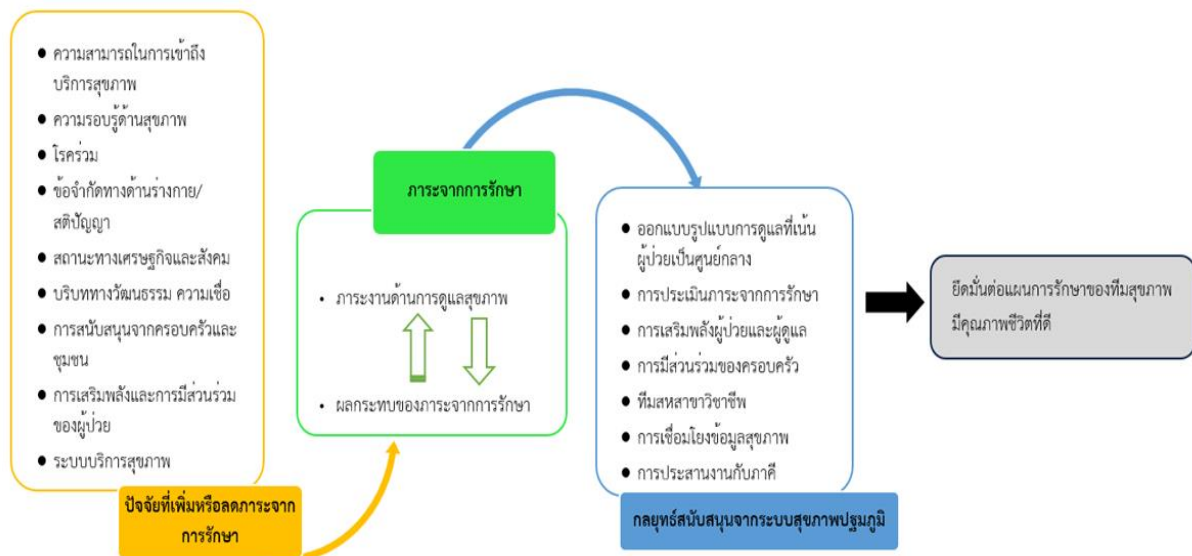
5. ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่อง (multidisciplinary team) การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพช่วยสร้างความต่อเนื่องในการดูแล และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม (National Health Systems Research Institute, 2020) ซึ่งในการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติประจำรพ.สต. จะประสานงานกับทีมดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย นักโภชนาการ และ อสม. ในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามผลการรักษา ทั้งนี้การเยี่ยมบ้านจะช่วยลดภาระในการเดินทางของผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด สามารถประเมินบริบทจริงของผู้ป่วย ปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม ส่งเสริมความร่วมมือของครอบครัว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และช่วยสร้างความไว้วางใจและความต่อเนื่องในการดูแล ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้นในชีวิตประจำวัน

6. การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ (data linkage) การบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย จะช่วยในการเชื่อมโยงข้อมูลจาก รพ.สต. ไปยังหน่วยบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ช่วยลดความซ้ำซ้อนในการตรวจวินิจฉัย ลดความผิดพลาดในการจ่ายยา และลดเวลาในการเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางหลายครั้งเพื่อรับบริการเดิมซ้ำ (Pinyopornpanich et al., 2022) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรับยาที่ รพ.สต. และข้อมูลถูกบันทึกลงในระบบที่เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลระดับสูง เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องส่งต่อไปรับบริการ แพทย์จะสามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาเดิมได้ทันที ทำให้สามารถวางแผนการดูแลต่อเนื่องได้ ลดความยุ่งยาก และความเครียดของผู้สูงอายุ

7. การประสานงานกับภาคีเครือข่ายในชุมชน (network coordination) การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืนต้องอาศัยการบูรณาการกับภาคส่วนอื่นในชุมชน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มจิตอาสา กลุ่มศาสนา และวิสาหกิจชุมชน โดยพยาบาลวิชาชีพประสานความร่วมมือกับเครือข่ายดังกล่าวเพื่อให้เกิดระบบสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ และสามารถใช้ทรัพยากรชุมชนได้อย่างคุ้มค่า (Wang et al., 2023) เช่น การจัดรถรับส่งผู้สูงอายุโรคเบาหวานในวันที่มีคลินิกหมอครอบครัวโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การใช้วัดเป็นพื้นที่ในการ

จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของกลุ่มจิตอาสาในชุมชนเพื่อดูแลติดตามผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น

ทั้งนี้ในการดำเนินการตามแนวทางดังกล่าวข้างต้น พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงองค์ประกอบของภาระจากการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการยึดมั่นต่อแผนการรักษาของทีมสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แนวทางในการสนับสนุนจากระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อลดภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชนควรขับเคลื่อนด้วยแนวทางแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย บริบท และทรัพยากรในชุมชนอย่างเท่าเทียมกัน การออกแบบบริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การใช้เครื่องมือประเมินภาระจากการรักษา การประสานทีมดูแลและภาคีเครือข่าย รวมถึงการเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว คือหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพที่ยั่งยืนและมีคุณภาพ

บทสรุป

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชนต้องเผชิญกับภาระจากการรักษาในหลายมิติ ทั้งด้านการดูแลตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การประสานงานกับระบบบริการ และการปรับตัวต่อข้อจำกัดทางสังคมและวัฒนธรรม ภาระเหล่านี้ส่งผลต่อความสามารถในการยึดมั่นต่อแผนการรักษา คุณภาพชีวิต และประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในระยะยาว แม้ว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิจะมีบทบาทสำคัญ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านกำลังคน ทรัพยากร การเชื่อมโยงข้อมูล และการตอบสนองต่อบริบทของผู้สูงอายุได้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้แนวคิดเรื่อง “ภาระจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ” และ “ภาระจากเทคโนโลยี” ซึ่งเป็นประเด็นใหม่ในยุคดิจิทัล ยังไม่ได้รับการศึกษาหรือออกแบบแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ บทความนี้จึงชี้ให้เห็นช่องว่างในการพัฒนาเครื่องมือและบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทไทย โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่ยึดหยุ่นตามบริบท (context-based person-centred care) ซึ่งเป็นทิศทางสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีความยั่งยืนและตอบสนองต่อความหลากหลายของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัยอย่างแท้จริง



References

- Bitterfeld, L., & Reed, S. M. (2024). Conceptualizing treatment burden among people with type 2 diabetes. *Nursing Forum*, 2024(1), 9974083. <https://doi.org/10.1155/2024/9974083>
- Chakchouy, S. (2025). Health literacy and blood sugar control among elderly people with diabetes, Na Bon District, Nakhon Si Thammarat province. *Academic Journal for Primary Care and Public Health Development*, 3(1), 38-50. (in Thai)
- Dechakul, M. (2021). The role of community nurse practitioner in diabetes elderly Care. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(1), 82-94. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2022). *Report on the situation of diabetes and hypertension in Thailand*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Eton, D. T., Yost, K. J., Lai, J. S., Ridgeway, J. L., Egginton, J. S., Rosedahl, J. K., Linzer, M., Boehm, D. H., Thakur, A., Poplau, S., Odell, L., Montori, V. M., May, C. R., & Anderson, R. T. (2017). Development and validation of the patient experience with treatment and self-management (PETS): A patient-reported measure of treatment burden. *Quality of Life Research*, 26(2), 489–503. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1397-0>
- Gebreyohannes, E. A., Gebresillassie, B. M., Mulugeta, F., Dessu, E., & Abebe, T. B. (2023). Treatment burden and health-related quality of life of patients with multimorbidity: A cross-sectional study. *Quality of Life Research*, 32(11), 3269-3277. <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03473-3>
- Hanput, D., & Rahothan, N. (2023). Self-care behaviors of type 2 diabetes patients at Danchang Hospital. *Journal of Health and Nursing Ubon Ratchathani University*, 2(2), 127-138. (in Thai)
- Iamtrakul, P., Chayphong, S., Haider, M. A., & Crizzle, A. M. (2023). Older adults access to health care services in Ban Phaeo, Thailand: A case study using geospatial analysis. *Transportation Research Interdisciplinary Perspectives*, 22, 100946. <https://doi.org/10.1016/j.trip.2023.100946>
- Jiang, R., Xin, Y., Peng, S., Zhou, Y., Zhang, X., Shi, Y., Chang, G., Yang, M., Huang, L., Xu, L., Wei, X., & Wang, Y. (2025). Facilitators and barriers to chronic non-communicable disease management under family doctor contracting services in China. *Frontiers in Medicine*, 12, 1506016. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1506016>
- Kaewmoon, P., Nanthamongkolchai, S., Munsawengsub, C., Pitikultang, C., & Yodmai, K. (2020). Health promotion program with family participation among uncontrolled type 2 diabetic elderly. *Thai Journal of Health Education*, 43(2), 119-133. (in Thai)
- Lee, J. E., Lee, J., Shin, R., Oh, O., & Lee, K. S. (2024). Treatment burden in multi-morbidity: An integrative review. *BMC Primary Care*, 25, 352. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02586-z>



- Li, T. J., Zhou, J., Ma, J. J., Luo, H. Y., & Ye, X. M. (2022). What are the self-management experiences of the elderly with diabetes? A systematic review of qualitative research. *World Journal of Clinical Cases*, 10(4), 1226-1241. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i4.1226>
- Lin, K., Yao, M., Andrew, L., Li, R., Chen, Y., Oosthuizen, J., Sim, M., & Chen, Y. (2024). Exploring treatment burden in people with type 2 diabetes mellitus: A thematic analysis in China's primary care settings. *BMC Primary Care*, 25(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02301-y>
- National Health Systems Research Institute. (2020). *Direction for the development of primary care services for older persons in the community*. Health Systems Research Institute. (in Thai)
- National Statistical Office. (2024). *The 2024 survey of the older persons in Thailand: Provincial level*. Ministry of Digital Economy and Society. (in Thai)
- Phanlek, N., Suwankruhasn, N., & Chintanawat, R. (2022). Factors predicting self-management among older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal CMU*, 49(4), 99-113. (in Thai)
- Pinyopornpanich, B., Suchatsoonthorn, C., & Ruanfrattanatrai, W. (2022). The national public health reforms and the challenges of primary care service systems. *Disease Control Journal*, 48(3), 667-679. <https://doi.org/10.14456/dcj.2022.56> (in Thai)
- Poum, A. (2020). Behavior of preventing complications of diabetic mellitus among diabetic mellitus type 2 at Nakhon Sawan Province. *Journal for Community Development and Life Quality*, 8(3), 603-614. (in Thai)
- Punklang, P., Boonrod, C., Pudate, S., & Buangam, N. (2024). Factors predicting sweet, fatty, and salty food consumption behaviors among elderly people in Chakkarat District, Nakhon Ratchasima Province. *Thai Journal of Health Education*, 47(2), 181-195. (in Thai)
- Rasekaba, T. M., Pereira, P., Vinaya, R. G., Johnson, R., Mckechnie, R., & Blackberry, I. (2022). Exploring telehealth readiness in a resource limited setting: Digital and health literacy among older people in rural India (DAHLIA). *Geriatrics (Basel)*, 7(2), 28. <https://doi.org/10.3390/geriatrics7020028>
- Ruangsuksud, P., Sangchart, B., Sangruangake, M., & Juntapim, S. (2021). A concept analysis: Treatment burden for chronic illness. *Journal of Nursing and Health Care*, 39(4), 6-15. (in Thai)
- Saringkarn, S., Thipsut, T., & Munluan, K. (2024). The control of sugar level among type 2 diabetes patients by an individual and family self-management. *The Public Health Journal of Burapha University*, 19(1), 68-80. (in Thai)
- Selvakumar, D., Sivanandy, P., Ingle, P. V., & Theivasigamani, K. (2023). Relationships between treatment burden, health literacy, and medication adherence in older adults coping with multiple chronic conditions. *Medicina (Kaunas)*, 59(8), 1401. <https://doi.org/10.3390/medicina59081401>



Treatment Burden Among Older Adults with Diabetes in Community Settings: Challenges and Primary Care Support Strategies

ภาระการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน: ความท้าทายและกลยุทธ์สนับสนุน
จากระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

- Sinclair, A., Saeedi, P., Kaundal, A., Karuranga, S., Malanda, B., & Williams, R. (2020). Diabetes and global ageing among 65-99-year-old adults: Findings from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas (9th ed.). *Diabetes Research Clinical Practice*, 162, 108078. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108078>
- Tran, V. T., Harrington, M., Montori, V. M., Barnes, C., Wicks, P., & Ravaud, P. (2014). Adaptation and validation of the treatment burden questionnaire (TBQ) in English using an internet platform. *BMC Medicine*, 12, 109. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-109>
- Wang, A., Zhu, B., Huang, J., Wong, M. C. S., & Xue, H. (2023). Quality of primary healthcare in China: Challenges and strategies. *Hong Kong Medical Journal*, 29(5), 372-374. <https://doi.org/10.12809/hkmj235149>
- Wungrath, J., Saengyo, S., & Ummee, K. (2018). Barriers to health care practice that impact to glycemic control among elderly with diabetes mellitus. *Journal of Community Development and Life Quality*, 6(2), 351-361. (in Thai)