



บทความวิจัย

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ชุมชนโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
- การพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้งหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา
- ผลของการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกต่อระดับความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
- ประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อดัชนีคราบจุลินทรีย์ในผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบขั้นคงสภาพ ในโรงพยาบาลปัตตานี
- ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการจัดการอาการกำเริบ และอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นในชุมชน อำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดลำพูน
- ผลของโปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ต่อความรู้และความมั่นใจ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
- ผลของการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ชั้นปีที่ 1 ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการและนวัตกรรมทางสุขภาพของอาจารย์ บุคลากร นักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขา วิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการและนวัตกรรมทางสุขภาพของบุคลากรทาง การแพทย์ นักวิชาการผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่า และผู้สนใจ ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ วิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี และ สถาบันวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง
4. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการและ งานวิจัยของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ที่อยู่

งานวิจัย นวัตกรรม บริการวิชาการและบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
เลขที่ 56/6 หมู่ 2 ถนนศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย
อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000
โทรศัพท์ 0-7728-7816 ต่อ 210, 218, 219
E-mail: journal@bcnsurat.ac.th
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri>

หมายเหตุ : วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ไม่มีการตีพิมพ์เป็นรูปเล่ม
และดำเนินการเผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์เท่านั้น

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ และ บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวรรณกรรมที่เรียบเรียงขึ้นโดยผู้เขียน มิใช่ความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการหรือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร
ศาสตราจารย์ รอ.พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว
รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี้ สรรเสริญ

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รองอธิการบดีด้านวิจัย นวัตกรรม และวิเทศสัมพันธ์ สถาบันพระบรมราชชนก
สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง,

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.รวีวรรณ คำเงิน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ร่องเมือง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร.ทยาตา รัตนภิญโญวานิช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
(การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อติญาน์ ศรีเกษตริน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงนภัทร รุ่งเนย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิตาพร วรภัณฑ์วิศิษฐ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มัญจวรรณ ลียุทธานนท์
ดร.อัจฉรา จันทเพ็ชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประดิษฐ์พร พงศ์เตரிய

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

กองจัดการ

นางสาวเสาวภา แพแก้ว

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

กำหนดออก

ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน
ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี โดยฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ของปี 2568 มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่บทความวิจัย บทความทางวิชาการและนวัตกรรมทางสุขภาพแก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งผู้ที่สนใจในระดับชาติ โดยสาระในฉบับนี้ประกอบไปด้วยบทความวิจัยที่น่าสนใจ 10 เรื่อง ที่มีความหลากหลายในหลายสาขา ได้แก่ ด้านผู้สูงอายุ ด้านการใช้สื่อและโปรแกรมในการปฏิบัติงานการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย ด้านจิตเวช ด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. โดยมีเป้าหมายเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล ความรู้ด้านสาธารณสุข นวัตกรรมทางสุขภาพ การพัฒนาระบบและนโยบายทางด้านสุขภาพ เราหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพจะเป็นประโยชน์ต่อนักวิจัย นักวิชาการ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพกำหนดเผยแพร่ปีละ 2 ฉบับ ทุกรอบ 6 เดือน ฉบับที่ 1 มกราคม - สิงหาคม ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม บทความวิจัยที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น การเตรียมต้นฉบับจะเป็นไปตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ การตรวจสอบคุณภาพของต้นฉบับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และบรรณาธิการก่อนลงตีพิมพ์ ระยะเวลาในการตรวจสอบคุณภาพต้นฉบับจนถึงการตอบรับการตีพิมพ์ขึ้นอยู่กับคุณภาพของบทความ และประสานกับเจ้าของบทความเพื่อแจ้งผลการพิจารณา หากเห็นสมควรก็จะดำเนินการปรับแก้ให้สมบูรณ์เพื่อนำไปพิมพ์เผยแพร่ต่อไป ขอเชิญทุกท่านส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการมายังวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ที่มีความพร้อมและยินดีเป็นอย่างยิ่งที่จะให้ผลงานของท่านเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา

บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ชุมชนโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา Factors Related to The Quality of Balance in Preventing Falls among the Elderly in Koksung community, Muang district, Nakhoratchasima Province	e273583 (1-15)
- การพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้ง หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา The Development of Incharge Nurses Preparation Program for Conflict Management, Intensive Care Units, Songkhla Hospital	e272276 (1-15)
- ผลของการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกต่อระดับความรู้ และการปฏิบัติตัวของผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี Effect of Providing Information through Video Media in Preparation before Cervical Colposcopy on Knowledge and Practice of Patients with Abnormal examination results, Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province	e274065 (1-16)
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช Factors Related to Happiness of Elderly in Mueang District, Nakhon Si Thammarat	e272684 (1-17)
- ประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อดัชนีคราบจุลินทรีย์ในผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบ ชั้นคงสภาพในโรงพยาบาลปัตตานี Effective of Maintenance Care on Plaque Index in Periodontitis Patient During Maintenance Therapy in Pattani Hospital	e273306 (1-13)

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
- ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการจัดการอาการกำเริบและอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี Effect of Self-Management Support Program on Release Management and the Recurrent Rate in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patient, Vibhavadi Hospital, Suratthani Province	e273705 (1-14)
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นในชุมชน อำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี Effectiveness of a Cognitive Stimulation Program in Elderly with Mild Cognitive Impairment in Khiri Rat Nikhom District, Surat Thani Province	e273729 (1-16)
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดลำพูน Factors Affecting Depression of High School Students in Lamphun Province.	e274378 (1-14)
- ผลของโปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองต่อความรู้และความมั่นใจ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ Effects of the Discomfort Symptoms Management Training Program for End Stage Cancer Patients Receiving Palliative Care on Knowledge and Confidence of Novice Nurse in Songklanagarind Hospital	e273626 (1-16)
- ผลของการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ชั้นปีที่ 1 ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน The Effects of Health Promotion Based on the “3 A’s” Principles among First-Year Bachelor of Nursing Science Students with Overweight Conditions in Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani	e274675 (1-14)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ชุมชนโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

กรรณา ประมูลสินทรัพย์¹, รพีพัฒน์ รักกุล^{1*}, รุ่งทิวา เกิดขุนทด²,
วิไลรัตน์ สอดโคกสูง², ณัฏชา วรรณนิยม¹, วารินทร์ วัฒนานนท์เสถียร¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสูง

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พื้นที่ตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 314 คน โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม ร่วมกับแบบประเมินการทรงตัว ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคส์แควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การใช้ยาประจำ ความสามารถในการมองเห็น ประวัติการพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน และปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชน

ดังนั้นบุคลากรด้านสาธารณสุขควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตัวเองเพื่อชะลอและป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล และเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม เพื่อเพิ่มคุณภาพในการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ: การทรงตัว, การพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: rapeepat_rak@nmc.ac.th)

วันที่รับ 11 ก.พ. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 30 เม.ย. 2568, วันที่ตอบรับ 6 พ.ค. 2568

Factors Related to The Quality of Balance in Preventing Falls among the Elderly in Koksung community, Muang district, Nakhoratchasima Province

Karuna Pramoolsinsup¹, Rapeepat Rakguson^{1*}, Rungthiwa Kerdthunthod²,
Wilairat Sodkoksung², Natcha Wanniyom¹, Warin Wattananonsatien¹

¹Faculty of Nursing, Nakhonratchasima College

²Khoksung Sub-District Health Promoting Hospital

ABSTRACT

This study is cross-sectional research aimed to examine the factors related to the quality of balance in preventing falls among the elderly in Kok Sung community, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. The study sample consisted of 314 elderly who were 60 years and older. Using a health belief questionnaire related to falls with Berg balance score tests. The reliability is measured by Cronbach's alpha coefficient of 0.80. The data were analyzed using descriptive statistics, and the relationships were tested using Chi-square statistics and Pearson's correlation coefficient.

The results found that personal factors, including gender, age, occupation, income, education level, marital status, chronic illnesses, regular medication use, vision ability, and history of falls within the past 6 months, were significantly related to the quality of balance in preventing falls among the elderly in the community. Additionally, the health belief factor regarding the perceived benefits of fall prevention behavior showed a positive correlation with the quality of balance in preventing falls among the elderly in the community.

Therefore, healthcare providers should promote self-care practices among the elderly to delay and prevent falls, taking into personal factors and enhancing the perceived benefits of engaging in fall prevention behaviors to improve the quality of balance among the elderly in the community.

Keywords: Balance, Falls, Elderly

*Corresponding e-mail: rapeepat_rak@nmc.ac.th

Received: February 11, 2025; Revised: April 30, 2025; Accepted: May 6, 2025

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 8 No.1 January - June 2025 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

การพลัดตกหกล้มเป็นเหตุการณ์ที่นำมาซึ่งการบาดเจ็บและอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน กรมกิจการผู้สูงอายุรายงานว่าในปี 2567 มีผู้สูงอายุในประเทศไทยทั้งหมด 13,064,929 คน คิดเป็นร้อยละ 20.08 ของประชากรไทยทั้งหมด โดยเฉพาะพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาที่มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 19.14 (Department of Older Persons, 2022) และอีกไม่นานจังหวัดนครราชสีมาจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว (Department of Older Persons, 2024) ปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุหกล้ม ร้อยละ 12.60 ในจำนวนนี้ได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 60.18 บาดเจ็บจนต้องนอนโรงพยาบาลร้อยละ 20.10 (Division of Injury Prevention, 2023) แนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้ความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน

สาเหตุของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนั้นมาจากคุณภาพการทรงตัว และปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน มีทั้งปัจจัยทางด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ความแข็งแรงของร่างกาย ความเสื่อมตามวัย การมองเห็น หรือแม้กระทั่งการประกอบอาชีพต่าง ๆ (Sukaree & Limpiteeprakan, 2023; Boonyuang, Kekeing & Thobdan, 2024) การเข้ายาโรคประจำตัว หรือยาที่ฤทธิ์ที่ทำให้ง่วงซึม การไม่ออกกำลังกายที่ทำให้ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุนั้นลดลง (Aeawsakul & Lapanantasin, 2023 ; Musikarayakul & Sukonthasab, 2023) รวมไปถึงปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ที่ส่งผลต่อความสามารถในการทรงตัวและการเคลื่อนไหวร่างกายที่นำไปสู่การพลัดตกหกล้ม ปัจจัยเหล่านี้มักส่งเสริมซึ่งกันและกัน (Kosundilok Wannapruek, Charoenvai & Katungkang, 2023) ทำให้มีโอกาสพลัดตกหกล้มสูงขึ้น นำมาซึ่งผลกระทบต่อความแข็งแรงของร่างกาย ตั้งแต่การเจ็บปวดฟกช้ำเล็กน้อย มีบาดแผลจนอาจรุนแรงถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิตได้ รวมไปถึงปัญหาด้านสภาพจิตใจที่ผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง กลัวการหกล้มซ้ำ และเลี่ยงการทำกิจวัตรประจำวันจนกลายเป็นผู้พึ่งพิงผู้อื่น (Sueysom, 2023)

คุณภาพการทรงตัวของผู้สูงอายุที่ไม่สมบูรณ์นั้น เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุไม่สามารถรักษาศูนย์ถ่วงของร่างกายเพื่อรับร่างกายให้อยู่ภายในฐานรองรับตลอดเวลา ในขณะที่ผู้สูงอายุนั่ง ยืน และเดิน (Charoensuksiri, Charoensuksiri & Uankeao 2022) ที่เกิดจากการทำงานไม่ประสานกันของการมองเห็นกับระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ระบบการควบคุมการทรงตัวในสมองเวสติบูลาร์ (Vestibular Portion) รวมถึงการควบคุมของระบบประสาทสั่งการจากสมองส่วนกลางและการตอบสนองของกล้ามเนื้อส่วนปลาย ทำให้คุณภาพการทรงตัวเปลี่ยนแปลงไป ทำให้การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นได้ (Pianmanakit, Puttaruksa, Sarika & Kuptniratsaikul, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มีผลต่อพฤติกรรมคุณภาพการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ

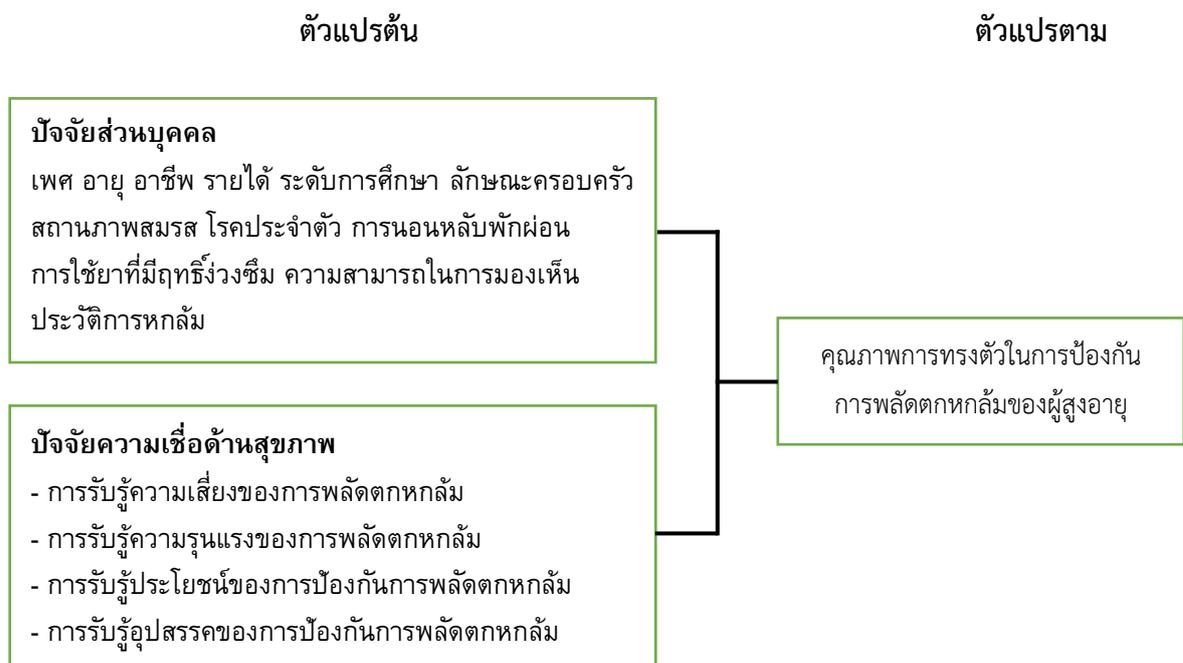
การพลัดตกหกล้ม รับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้มนั้นจะช่วยเพิ่มคุณภาพการทรงตัว และป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ (Wangpayom, Incharoen, Ponpetch, Sirijoti, & Kaewchusen, 2016) และผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพคนในชุมชน จึงเล็งเห็นความสำคัญของการค้นหาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวของผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถส่งเสริมคุณภาพการทรงตัวของผู้สูงอายุในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในชุมชนได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระดับของคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ชุมชนโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความเชื่อด้านสุขภาพกับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ชุมชนโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher & Rosenstock (1997) นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และ ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ดังแสดงในภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) ในพื้นที่ตำบลโคกสูง อำเภอเมือง ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาระหว่างเดือน กรกฎาคม-กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1,130 คน (Koksung Health Promoting Hospital, 2024)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสูง จำนวน 314 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พื้นที่จังหวัดนครราชสีมาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan (1970) โดยกำหนดค่าความคาดเคลื่อนของตัวอย่างจากการสุ่มเท่าที่ยอมรับได้ที่ .05 ระดับความเชื่อมั่น 95% จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสูง จำนวน 1,130 คน เกณฑ์การคัดเข้า เป็นผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง สื่อสารภาษาไทยและปฏิบัติตามคำสั่งได้ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนทำการทดสอบภายใน 24 ชั่วโมงและยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ มีสัญญาณชีพไม่คงที่ เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษา คือ มีอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย หรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 285 คน ปรับเพิ่มสำหรับ non-response ร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ในการศึกษา จำนวน 314 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ โดยนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher & Rosenstock (1997) และเครื่องมือการวิจัยของ Pongthong & Keeratisroj (2022) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การนอนหลับพักผ่อน การใช้ยาที่มีฤทธิ์ง่วงซึม ความสามารถในการมองเห็น และประวัติการหกล้ม แบบสอบถามมีจำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 11 ข้อ และแบบเติมคำ จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 15 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือก เห็นด้วย 1 คะแนน ไม่เห็นใจ 0 คะแนน ไม่เห็นด้วย 0 คะแนน และคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ตัวเลือก เห็นด้วย 0 คะแนน ไม่เห็นใจ 0 คะแนน ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม จำนวน 5 ข้อ (5 คะแนน)

การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม จำนวน 5 ข้อ (5 คะแนน)
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม จำนวน 5 ข้อ (5 คะแนน)
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม จำนวน 5 ข้อ (5 คะแนน)
การแปลผลรายด้าน ใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนทั้งหมด 1-5 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้
3.34-5.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับสูง
1.67-3.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง
0.00-1.66 คะแนน หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

2. แบบประเมินการทรงตัว (Berg Balance Scale: BBS) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน ของ Institute of Geriatric Medicine (2008) จำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจากการทดสอบด้วยการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การนั่ง การยืนจนไปถึงการเดิน โดยความยากจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การให้คะแนนในการประเมิน ตั้งแต่ 0-4 คะแนน ลำดับคะแนนตามความสามารถในการทรงตัว โดย 0 คะแนนหมายความว่าทำไม่ได้/ทำได้ไม่ดี และ 4 คะแนนหมายถึงทำได้ดีมาก ใช้เวลาในการทดสอบ 10-20 นาที การแปลผลใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

41-56 คะแนน หมายถึง คุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับสูง
21-40 คะแนน หมายถึง คุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง
0-20 คะแนน หมายถึง คุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัยที่มีอยู่เดิม คือ แบบสอบถามปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจเนื้อหา ตลอดจนความชัดเจนของภาษาที่ใช้ และนำแบบสอบถามมาปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้ในการศึกษา แล้วนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มาวิเคราะห์โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยสุ่มผู้สูงอายุในชุมชน จากรายชื่อผู้สูงอายุทั้งหมดในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสูง เพื่อดำเนินการศึกษา จำนวน 314 ราย
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ผ่านผู้ช่วยวิจัย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนเริ่มทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการอบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูลโดยการอบรมทำความเข้าใจในวิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย การใช้เครื่องมือในการวิจัย การสาธิตและสาธิตย้อนกลับการประเมินการทรงตัวในผู้สูงอายุ และการสังเกตความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นระหว่างการทำทดสอบ
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของผู้เข้าร่วมวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้ปกครอง พร้อมทั้งแจกเอกสารชี้แจงรายละเอียดข้างต้นเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสอบถาม และทดสอบ ใช้เวลา 20-30 นาที/คน ประกอบไปด้วย การสอบถามโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที และการทดสอบโดยใช้แบบประเมินการทรงตัว (Berg Balance Scale: BBS) ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที มีการป้องกันความเสี่ยงขณะทดสอบการทรงตัวของผู้สูงอายุ โดยจัดอบรมผู้ช่วยวิจัย เกี่ยวกับวิธีการประเมิน การสังเกตความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นระหว่างการประเมิน และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นหากเกิดอุบัติเหตุในระหว่างการประเมินการทรงตัว รวมถึงผู้ช่วยวิจัยและกลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาหากพบปัญหาหรืออุบัติเหตุขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ และมอบของสมนาคุณแก่ผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทางด้านคุณลักษณะทางประชากร วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวของผู้สูงอายุ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้สถิติ Chi-Square test และ Pearson Product Moment Correlation Coefficient กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ NMCEC-005/2567 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม 2567 จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนครราชสีมา ผู้วิจัยตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อการพิทักษ์สิทธิมนุษยชนและเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้วิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ และจะใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ นามสกุลของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นอย่างดี โดยไม่มีการรั่วไหลของข้อมูล ผลการศึกษาต่าง ๆ ผู้วิจัยจะมีการเผยแพร่เพื่อประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ผู้ที่ได้รับทราบข้อมูลไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงผู้ที่ให้ข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัย 1 ปี

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 314 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.83 และเพศชาย ร้อยละ 39.17 มีอายุเฉลี่ย 69.33 ปี SD.=7.65 (Min=60, Max=102) จัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 59.55 ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 28.34 และผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 12.11 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.96 หม้าย ร้อยละ 28.30 หย่าร้าง 2.23 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.56 ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือไม่มีอาชีพเสริม ร้อยละ 59.23 รองลงมาเป็นเกษตรกร ร้อยละ 12.11 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 13.69 ตามลำดับ ในจำนวนนี้มี

ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.53 ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.46 และระดับต่ำ ร้อยละ 14.01

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การใช้ยาประจำ ความสามารถในการมองเห็น ประวัติการพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $p < .05$ ในขณะที่ลักษณะครอบครัว การนอนหลับพักผ่อน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัว ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน (n=314)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพการทรงตัว			χ^2	p-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				6.394	0.041*
ชาย	101 (32.17)	11 (3.50)	11 (3.50)		
หญิง	133 (42.36)	25 (7.96)	33 (10.51)		
อายุ				89.435	.001*
อายุ 60-69 ปี	168 (53.50)	7 (2.23)	12 (3.82)		
อายุ 70-79 ปี	57 (18.15)	20 (6.37)	12 (3.82)		
อายุ 80 ปีขึ้นไป	9 (2.87)	10 (3.19)	19 (6.05)		
สถานภาพการสมรส				39.505	.001*
คู่	174 (55.41)	17 (5.41)	13 (4.14)		
หม้าย	47 (14.96)	16 (5.10)	26 (8.28)		
แยกกันอยู่	3 (0.96)	1 (0.32)	1 (0.32)		
หย่าร้าง	4 (1.27)	1 (0.32)	2 (0.64)		
โสด	6 (1.91)	1 (0.32)	2 (0.64)		
การศึกษาสูงสุด				28.365	.002*
ประถมศึกษา	154 (49.04)	33 (10.51)	41 (13.06)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	24 (7.64)	2 (0.64)	0		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	26 (8.28)	0	3 (0.96)		
อนุปริญญา	12 (3.82)	0	0		
ปริญญาตรี	17 (5.41)	0	0		
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (0.32)	1 (0.32)	0		

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการทรงตัว
ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน (n=314) ต่อ

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพการทรงตัว			χ^2	p-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การประกอบอาชีพ				41.932	.001*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	116 (36.94)	28 (8.92)	42 (13.37)		
รับจ้างทั่วไป	42 (13.37)	1 (0.32)	0		
ธุรกิจส่วนตัว	10 (3.19)	0	0		
เกษตรกร	33 (10.51)	3 (0.96)	2 (0.64)		
ค้าขาย	25 (7.96)	4 (1.27)	0		
ข้าราชการบำนาญ	8 (2.55)	0	0		
รายได้				23.766	.001*
น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน	181 (57.64)	35 (11.15)	44 (14.01)		
10,000 บาท/เดือน ขึ้นไป	53 (16.88)	1 (0.32)	0		
ลักษณะครอบครัว				2.669	.266
ครอบครัวขยาย	99 (31.52)	18 (5.74)	24 (7.64)		
ครอบครัวเดี่ยว	135 (42.99)	18 (5.74)	20 (6.37)		
โรคประจำตัว				9.447	.009*
ไม่มีโรคประจำตัว	89 (28.34)	9 (2.87)	7 (2.23)		
มีโรคประจำตัว	145 (46.18)	27 (8.60)	37 (11.78)		
การนอนหลับพักผ่อน				3.275	.541
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	33 (10.51)	4 (1.27)	6 (1.91)		
6-8 ชั่วโมง	131 (41.72)	16 (5.10)	26 (8.28)		
มากกว่า 8 ชั่วโมง	70 (22.29)	16 (5.10)	12 (3.82)		
การใช้ยา				7.379	.025*
ไม่มียาที่ต้องกินประจำ	104 (33.13)	11 (3.50)	11 (3.50)		
มียาที่ต้องกินประจำ	130 (41.40)	25 (7.96)	33 (10.51)		
ความสามารถในการมองเห็น				53.346	.001*
มองเห็นชัดเจน (ไม่ใส่แว่น)	122 (38.86)	16 (5.10)	17 (5.41)		
มองเห็นชัดเจน (ใส่แว่น)	96 (30.57)	13 (4.14)	4 (1.27)		
มองเห็นไม่ชัดเจน	16 (5.10)	7 (2.23)	23 (7.32)		
ประวัติการหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา				10.098	.006*
เคย	193 (61.47)	29 (9.23)	27 (8.60)		
ไม่เคย	41 (13.06)	7 (2.23)	17 (5.41)		

* $p < .05$ ใช้สถิติ Chi Square test

จากการศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพและคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ($r = .240, p < .01$) ในขณะที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัว ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน (n=314)

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ	คุณภาพการทรงตัว	
	R	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม	.009	.087
การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม	-.009	.872
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม	.240	.000
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม	.049	.386

อภิปรายผล

พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่

เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โคนสูง โดยเฉพาะเพศหญิงมีคุณภาพการทรงตัวในระดับปานกลางและต่ำมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกายของเพศหญิงหลังหมดประจำเดือน ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูกในเพศหญิงลดลงส่งผลให้ผู้สูงอายุเพศหญิงมีคุณภาพการทรงตัวต่ำกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Sopat (2023) ที่พบว่าเพศหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อมวลกระดูกเมื่อสูงวัยขึ้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวของผู้สูงอายุเพศหญิง

อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โคนสูง ($\chi^2 = 89.435, p < .001$) โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุที่มากขึ้นนั้นสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ต่ำลงด้วย อาจเนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกายทั้งด้านกระดูกกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของร่างกาย การมองเห็น ที่ทำให้คุณภาพการทรงตัวลดลง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Pianmanakit, Puttaruksa, Sarika & Kuptniratsaikul (2017) เมื่ออายุเพิ่มขึ้นระดับการทรงตัวที่ผิดปกติทำให้มีโอกาสการพลัดตกหกล้มที่เพิ่มมากขึ้น

การประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนโคนสูง ($\chi^2 = 41.932, p < .001$) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังประกอบเกษตรกรที่จะต้องเผชิญทั้งทำงานในภาคพื้นที่ไม่สม่ำเสมอ แสงแดด ที่อาจมีส่วนในการทำให้ผู้สูงอายุเกิดการพลัดตก

หกล้ม ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Khowhit, Kumvan, Dana & Kumsom (2022) ที่พบว่าผู้สูงอายุบางคนยังคงทำงานอย่างต่อเนื่องถึงแม้จะอายุมากขึ้น เพราะมีความเชื่อว่าการทำงานคือ การออกกำลังกาย

รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนโคกสูง ($\chi^2= 23.766, p< .001$) เนื่องจากผู้สูงอายุในชุมชนโคกสูงส่วนใหญ่มีรายได้น้อย ทำให้แม้จะอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุก็ยังคงต้องทำงานเพื่อหารายได้เพื่อจุนเจือตัวเองและครอบครัว ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Khowhit, Kumvan, Dana & Kumsom (2022) ที่พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในครอบครัวขยายมีลูกหลานคอยดูแลช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย เพราะถือว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลสำคัญในครอบครัวในระบบเครือญาติ

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนโคกสูง ($\chi^2=28.365, p= .002$) เนื่องจากการศึกษาเป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพ การมีการศึกษาที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลเพื่อการตัดสินใจดูแลตัวเองในการคงไว้ซึ่งคุณภาพการทรงตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonyuang, Kekeing & Thobdan (2024) ที่พบว่าการศึกษาที่สูงขึ้นจะนำไปสู่การเข้าถึงข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเลือกแสดงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนโคกสูง ($\chi^2=39.505, p= .001$) โดยพบว่าผู้สูงอายุในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและเป็นเพศหญิง เมื่อเพศหญิงสมรส และผ่านการมีบุตร ก็ย่อมเกิดการสลายของแคลเซียมในร่างกาย เมื่อสูงวัยขึ้นความสามารถในการทรงตัวลดน้อยลง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่สูงขึ้น ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonraksa (2021) ที่พบว่าสถานภาพของผู้สูงอายุไม่มีผลต่อการทรงตัวและการพลัดตกหกล้ม เพราะการหกล้มในผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้ทุกสถานภาพการสมรส

โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนโคกสูง ($\chi^2=9.447, p= .009$) เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว จะเกิดความเสื่อมหลายอวัยวะหลายประสาทสำหรับความรู้สึกเสื่อม ทำให้การรับรู้ทางประสาทสัมผัสได้ไม่ดีและส่งผลต่อการทรงตัวเมื่อเคลื่อนไหวร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Sukaree & Limpiteeprakan (2023) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวร่วมกันหลายโรค ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุจะลดลง อาจมีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า อาการเดินเซ หน้ามืดวิงเวียนจากโรคประจำตัวบางโรคได้

การใช้ยาประจำของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนโคกสูง ($\chi^2=7.379, p= .025$) โดยพบว่าผู้สูงอายุมีประวัติการใช้ยาประจำร่วมกันหลายชนิด อาจทำให้ยามีปฏิกิริยาระหว่างกัน และเกิดอาการข้างเคียงของยาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Aeawsakul & Lapanantasin (2023) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีการรับประทานยาาร่วมกันมากกว่า 4 ชนิด ความสามารถในการทรงตัวนั้นจะต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ใช้น้อยกว่า 4 ชนิด

ความสามารถในการมองเห็น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนโคกสูง การมองเห็นของผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมไปตามวัย เช่น ตาพร่ามัว

มองเห็นไม่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพการทรงตัวที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chuachan & Kanokthet (2023) ที่พบว่าผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมสมรรถนะในการมอง ประสิทธิภาพในการหลบเลี่ยงสิ่งกีดขวางต่ำ ไม่สามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพการทรงตัวได้ ก็ส่งผลให้มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้

ประวัติการพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ($\chi^2=10.098, p=.006$) โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติการพลัดตกหกล้มมาก่อน จะเกิดความกลัว ความกังวลในการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้เสียการทรงตัวและเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Aeawsakul & Lapanantasin (2023) ที่ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงการล้มด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและการทรงตัวขณะเดินในผู้สูงอายุวัยต้น เขตเทศบาลตำบล เสาธงหินจังหวัดนนทบุรีพบว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติเคยล้มมากกว่ากึ่งหนึ่งมีความเสี่ยงล้มซ้ำ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนโคกสูง อาจเป็นผลมาจากที่ผู้สูงอายุในชุมชนคิดว่าตนเองยังคงมีคุณภาพการทรงตัวที่ดี สามารถลุกนั่ง ยืน เดิน และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ จึงคิดว่าตัวเองไม่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการพลัดตกหกล้ม ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Sopat (2023) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่รับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มต่อตนเองตลอดเวลาอยู่เสมอแล้วตัวเองเพื่อรักษาคุณภาพการทรงตัวที่ดี

การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนโคกสูง อาจเป็นผลมาจากแม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเคยหกล้มมาแล้ว แต่ได้รับผลกระทบเพียงเล็กน้อย เช่น พกข้าว มีแผลถลอกเพียงเล็กน้อย จึงไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของการหกล้ม สอดคล้องไปกับ Sopat (2023) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มกับความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนโคกสูง ($r=.240, p=.000$) อาจเป็นผลมาจากผู้สูงอายุที่รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มนั้น โดยรับรู้ว่าการออกกำลังกายจะช่วยทำให้กล้ามเนื้อและกระดูกแข็งแรง การใส่รองเท้าที่พอดี การจัดระเบียบอุปกรณ์ภายในบ้าน ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนโคกสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Akkhanan, Srimaksook, Wongsrisung, Siripaiboon, Duachinda & Pilaporn (2021) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชน

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทรงตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนโคกสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sopat (2023) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

กับความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Akkhanan, Srimaksook, Wongsrisung, Siripaiboon, Duachinda & Pilaporn (2021) การที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้และเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพอาจไม่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคสำหรับตนเอง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับการป้องกันโรคหรือภาวะสุขภาพในระยะยาว

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำข้อมูลปัจจัยที่ได้จากการศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การใช้ยาประจำ ความสามารถในการมองเห็น ประวัติการพลัดตกหกล้ม มาใช้เป็นองค์ประกอบหลักในการออกแบบโปรแกรมความสามารถในการทรงตัว และป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้

2. พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนสามารถออกแบบกิจกรรมที่มุ่งเน้นปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทรงตัว และการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาไปยังผู้สูงอายุในพื้นที่ที่แตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองชนบท หรือ ภูมิภาคอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทรงตัวและการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

2. ควรทำการศึกษาความสามารถในการทรงตัวของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ เพื่อเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับการทรงตัวและการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

3. ควรศึกษาและพัฒนาโปรแกรมความสามารถในการทรงตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และวัดผลการวิจัยเชิงทดลอง

Reference

Aeawsakul, C., & Lapanantasin, S. (2023). Fall Risk Factors Regarding Leg Muscle Strength and Walking Balance of The Young Elderly in Sao Thong Hin Subdistrict Municipality, Nonthaburi Province, Thailand. *Journal of Health Science*, 32(6), 1000-1014. (in Thai)

Akkhanan, T., Srimaksook, K., Wongsrisung, T., Siripaiboon, C., Duachinda, A., & Pilaporn, S. (2021). Factors Associated with Behaviors of Falls Prevention among Thai Elderly in the Community at Doem Bang Nang Buat, Suphan Buri Province. *KKU Journal for Health Research*, 14(4), 72-89. (in Thai)

- Boonraksa, A. (2021). *Factors Affecting Falls in the Elderly Mae Ing of Phu Kam Yao District Phayao Province*. [Unpublished master's thesis]. Phayao University. (in Thai)
- Boonyuang, p., Kekeing, J., & Thobdan, N. (2024). Factors Related to Fall Prevention Behaviors among Elderly Adults, Namnao District, Phetchabun Province. *Journal of Science and Technology Phetchabun Rajabhat University*, 4(1), 13-27. (in Thai)
- Charoensuksiri, S., Charoensuksiri, K., & Uankeao, A. (2022). Balance ability, balance confidence and health-related quality of life among the elderly in a community in Chai Badan district, Lop Buri province. *J Med Health Sci*, 29(1), 1-14. (in Thai)
- Chuachan, O., & Kanokthet, T. (2023). Factors affecting fall in the elderly Wang Sai Phun District Pichit province. In Mahachulalongkornrajavidyalaya University. Interdisciplinary of Knowledge and Wisdom on the Chao Phraya River Basin for Sustainable Development. *1st national Conference of MCU Nakhon Sawan Campus and 13^{ed} International Conference of Buddhist Research Institute of MCU*. (pp. 76). <https://bri.mcu.ac.th/con/wp-content/uploads/2023/11> (in Thai)
- Department of Older Persons. (2022). *Situation of the Thai older persons 2022*. Amarin Corporations Public Company. (in Thai)
- Department of Older Persons. (2024). *Elderly statistics*. Retrieved August 4, 2024, from <https://www.dop.go.th/th/know/1> (in Thai)
- Division of Injury Prevention. (2023). *Report of Health Literacy fall preventing among the elderly people*. Retrieved October 4, 2024, from <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/3714020230919075839.pdf> (in Thai)
- Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2008). *Guidelines for medical practice to prevent and evaluate falls in the elderly*. C G Tools Co.,Ltd.
- Khowhit, D., Kumvan, W., Dana, K., & Kumsom, C. (2023). Factors Related to Falls Among Older Adults in Rural Communities, Yang Sisurat District, Maha Sarakham Province. *Thai red cross nursing journal*, 16(1), 45-64. (in Thai)
- Koksung Health Promoting Hospital. (2024). *Elderly statistics 2023*. Koksung Health Promoting Hospital office. (in Thai)
- Kosundilok, T., Wannapruerk, P., Charoenvai, P., & Katungkang, P. (2023). Fear of Falling in Older Adults: Nursing Care with Health Belief Model's Approach. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 17(3), 1050-1060. (in Thai)

- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610.
- Musikarayakul, M., & Sukonthasab, S. (2023). Factors Related to the Fall Prevention Behavior Among Elderly People In Mueang District Nakhon - Rachasima Prpvince. *Journal of Sports Science and Health, 23*(2), 143-157. (in Thai)
- Pianmanakit, S., Puttaruksa, P., Sarika S., & Kuptniratsaikul, V. (2017). Balance ability of the community-based elders in Amphawa district. *Thai J Phy Ther, 39*(2), 52-62. (in Thai)
- Poungthong, N., & Keeratisiroj, O. (2022). Factors Influencing Falls Prevention Behavior among the Elderly in Thapthan District, Uthaithani Province. *Journal of Health and Nursing Research, 38*(1), 73-85. (in Thai)
- Sopat, B. (2023). Factors affecting falls among the elderly in Huai Thap Than District, Sisaket Province. *Research and Community Health Innovation Journal, 2*(2), 76-89. (in Thai)
- Stretcher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The Health Belief Model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B.K. Rimer (Eds). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp.41-59). SanFrancisco, CA: Jossey-Bass.
- Sueysom, E. (2023). Risk factors for falls in elderly people at the chronic non-communicabledisease clinic in KaengKhro Hospital, Chaiyaphum Province. *MEDICAL JOURNAL OF SRISAKET SURIN BURIRAM HOSPITALS, 38*(3), 689-699. (in Thai)
- Sukaree, W., & limpiteeprakan, P. (2023). Factors Related to the Risk of Falls Among the elderly in Phibun Mangsahan Municipality, Phibun Mangsahan District, Ubon Ratchathani Province. *The Research and Innovation in a Changing World 17 Conference Proceeding* (pp.67-77). Ubon: Ubon Ratchathani University. (in Thai)
- Wangpayom, S., Incharoen, S., Ponpetch, K., Sirijoti, K., & Kaewchusen, N. (2023). Effects of Fall Prevention Program with Multifactorial Intervention on Fall Prevention Behavior and Balance among Community - Dwelling Older Adults in Trang Province. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice, 10*(2), 20-37. (in Thai)

การพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้ง หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา

อมรรัตน์ จำนงภักดิ์^{1*}, ปราโมทย์ ทองสุข², ชุติวรรณ ปุรินทรภิบาล²

¹โรงพยาบาลสงขลา, ²มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์ พัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้ง และศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรต่อความรู้และความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้ง การดำเนินการวิจัยมี 4 ขั้นตอน คือ (1) การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ (2) การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโปรแกรม (3) การออกแบบโปรแกรมเบื้องต้น ทดลองนำร่อง และประเมิน และ (4) การปรับปรุงโปรแกรม ทดลองซ้ำ และประเมินผล ในขั้นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมใช้วิธีวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อน-หลัง กลุ่มทดลองเป็นพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา ที่คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 20 คน ใช้เวลา 3 สัปดาห์ ตัวแปรจัดกระทำคือ โปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้ง เครื่องมือวัดตัวแปรตาม คือ 1) แบบวัดความรู้ในการจัดการความขัดแย้ง และ 2) แบบสอบถามความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้ง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนาและสถิตินอนพาราเมตริก Wilcoxon Signed-Ranks Test

ผลการวิจัย พบว่า 1) โปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้งที่พัฒนาขึ้น เป็นชุดกิจกรรมที่ผสมผสานการเรียนรู้หลายวิธี เป็นเวลา 3 สัปดาห์มีความสอดคล้องกันความเป็นไปได้ และความเหมาะสมกับพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก 2) หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการจัดการความขัดแย้งมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-3.95, p<.01$) 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งหลังการทดลอง อยู่ในระดับมาก ($M=3.80, SD=.55$) โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75 มีความมั่นใจระดับมาก รองลงมีความมั่นใจระดับปานกลาง และมากที่สุด ร้อยละ 20 และ 5 ตามลำดับ ดังนั้น ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้งที่พัฒนาขึ้น ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

คำสำคัญ: โปรแกรมเตรียมความพร้อม, พยาบาลหัวหน้าเวร, การจัดการความขัดแย้ง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: armorn16@gmail.com)

วันที่รับ 10 ก.พ. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 15 พ.ค. 2568, วันที่ตอบรับ 22 พ.ค. 2568

The Development of Incharge Nurses Preparation Program for Conflict Management, Intensive Care Units, Songkhla Hospital

Amornrat Chumnongphak^{1*}, Pramot Thongsuk², Shutiwan Purinthapibal²

¹Songkhla Hospital, ² Prince of Songkhla University

Abstract

This research and development aimed to develop a readiness preparation program for charge nurses in conflict management and to examine the effects of the program on their knowledge, and confidence in conflict management. The research was conducted in four steps: (1) analyzing the current problems and needs, (2) defining the program's goals and objectives, (3) designing the initial program, conducting a pilot study, and evaluating the results, and (4) refining the program, conducting a repeated trial, and evaluating the outcomes. The study employed a quasi-experimental pretest-posttest design to evaluate the effectiveness of the program. The experimental group comprised 20 ICU nurses in Songkhla Hospital, selected through purposive sampling. The treatment was conducted over three weeks. The research instruments included the Conflict Management Knowledge test and, the Conflict Management Confidence questionnaire, both of which were verified for validity and reliability. Data analysis involved descriptive statistics and the non-parametric Wilcoxon Signed-Ranks Test.

The results revealed that: 1) the readiness preparation program for charge nurses in conflict management was developed as a series of activities that combined various learning methods and lasting for three weeks. The program was found to be relevant, feasible, and appropriate for nurses in the intensive care unit. 2) After the experiment, the mean score of knowledge in conflict management showed a statistically significant increase compared to the pre-test scores ($Z=-3.95, p<.01$). 3) The average confidence scores in conflict management after the experiment was at a high level ($M=3.80, SD=.55$), with 75 percent of the sample reporting a high level of confidence, followed by 20 percent at a moderate level, and 5 percent at a very high level, respectively.

Therefore, nursing administrators can implement this developed program to prepare ICU charge nurses for conflict management, tailoring it to fit the specific context of their nursing organization

Key words: Preparatory Program, Nurse Shift Supervisor, Conflict Management

Corresponding e-mail: armorn16@gmail.com

Received: February 10, 2025; Revised: May 15, 2025; Accepted: May 22, 2025

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 8 No.1 January - June 2025 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

ความขัดแย้งเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานภายในองค์กรทุกองค์กร ความขัดแย้งอาจเกิดขึ้นระหว่างบุคคล กลุ่มงาน หรือหน่วยงาน เป็นสถานการณ์ที่บุคคลสนับสนุนวิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่างกัน (Cyz-Szyphenbejl, et al., 2022) สืบเนื่องจากบุคคลมีความคิด ความเชื่อ ค่านิยม เป้าหมายผลประโยชน์ไม่ตรงหรือไม่สอดคล้องกัน หรือเป็นลักษณะการสกัดกั้นการกระทำของอีกฝ่ายหนึ่งในการจะบรรลุเป้าหมาย ความขัดแย้งมีผลทางบวกและทางลบต่อองค์กร เมื่อมีความขัดแย้งในปริมาณที่เหมาะสมจะกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ บรรยากาศในการแก้ปัญหา สร้างทีมงานที่แข็งแกร่ง เพิ่มแรงจูงใจ และมีการเปลี่ยนแปลงตามมา หากมีความขัดแย้งมากเกินไป องค์กรจะสูญเสียพลังงาน ผลิตภาพลดลง เกิดความเครียด ความไม่สงบสุข องค์กรขาดเสถียรภาพได้ (Strack Van Schijndel & Burchardi, 2007) ดังนั้นการเข้าใจธรรมชาติของขัดแย้งและจัดการกับความขัดแย้งได้อย่างเหมาะสมจึงมีความสำคัญกับผู้บริหารองค์กรทุกระดับ การจัดการความขัดแย้งที่มีประสิทธิภาพ หออภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นหน่วยดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสหวิชาชีพที่มีลักษณะซับซ้อนโดยพยาบาลจะดูแลผู้ป่วยอาการวิกฤตและญาติของผู้ป่วยที่เป็นกังวล เป็นสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความเครียดสูง การดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยการประสานงานกันของทีมดูแลสุขภาพซึ่งมีค่านิยม เป้าหมาย และบทบาทที่แตกต่างกัน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดข้อขัดแย้งในสถานที่ทำงานได้มาก

ความขัดแย้งในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีลักษณะที่แตกต่างจากความขัดแย้งทั่วไปในองค์กรอื่นๆ เนื่องจากต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ละเอียดอ่อนและมีผลต่อชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง ความขัดแย้งทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นได้บ่อย ความขัดแย้งระหว่างพยาบาลกับพยาบาลที่เกิดจากความกดดันและความเครียดภาระงานหนัก ต้องดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีความเสี่ยงสูง ทำให้บุคลากรเกิดความเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อการตัดสินใจและการทำงานร่วมกันในทีมทำให้เกิดความขัดแย้งทางอารมณ์ ความขัดแย้งระหว่างพยาบาลกับแพทย์ในความแตกต่างด้านความคิดเห็นทางวิชาชีพ ในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ หรือการเลือกแนวทางในการรักษา ความขัดแย้งระหว่างพยาบาลกับญาติเกิดจากความคาดหวังของครอบครัวผู้ป่วยที่สูงเกี่ยวกับการรักษาและผลลัพธ์ ญาติไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอในการตัดสินใจในการรักษา (Grohar-Murray & DiCroce, 1992)

จากการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลต่างๆทั้งในและต่างประเทศ พบว่ารูปแบบการเตรียมความพร้อมพยาบาลทำหน้าที่ บทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร มีหลายรูปแบบแตกต่างกัน เช่น Thipphayaphan, Jitpakdee, & Lertkiatnana (2014) ได้พัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลตติยภูมิ ด้วยการบรรยายและวิเคราะห์กรณีศึกษา Thipsumanan, et al (2017) ได้ทำโปรแกรมพัฒนาหัวหน้าเวร ที่ประกอบด้วย กิจกรรมการบรรยาย วิเคราะห์กรณีศึกษา อภิปรายกลุ่มร่วมกัน และฝึกปฏิบัติ ร่วมกับการพัฒนาคู่มือสำหรับหัวหน้าเวรโรงพยาบาลตติยภูมิ ส่วน Aranyawet, Thiangchanya, & Thongsuk (2022) ได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิดการเรียนรู้โดยใช้สมรรถนะเป็นฐาน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ส่วน

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลา และได้รับการติดตามการเตรียมพยาบาลเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าเวรในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีรูปแบบที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่หอผู้ป่วยพิจารณาจากอายุงาน บางหอผู้ป่วยพิจารณาตามความสมัครใจ หรือให้ผู้ที่มียุมากที่สุดในแต่ละเวรเป็นหัวหน้าเวร จึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงแผนพัฒนาพยาบาลหัวหน้าเวรทำให้พยาบาลที่เข้าสู่กระบวนการเตรียมความพร้อมเกิดความเครียด ความไม่มั่นใจ จากภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น และไม่มีแนวทางที่ชัดเจนที่สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อพัฒนาสมรรถนะหัวหน้าเวรได้ จึงต้องมีรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้สามารถปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสงขลามีบทบาทในการสนับสนุนส่งเสริมให้บุคลากรในหอผู้ป่วยมีความก้าวหน้า เห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมพยาบาลเพื่อปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวรดังนั้นจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับพยาบาลเข้าสู่การปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวร ที่เหมาะสมกับการนำไปใช้ในบริบทการบริการพยาบาลของกลุ่มหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้ง หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรต่อความรู้ และความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งของพยาบาล หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวร หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา มีองค์ประกอบเป็นอย่างไร
2. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง ของพยาบาลหัวหน้าเวร หออภิบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อม แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. ความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้ง ของพยาบาลหัวหน้าเวร หออภิบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อม เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

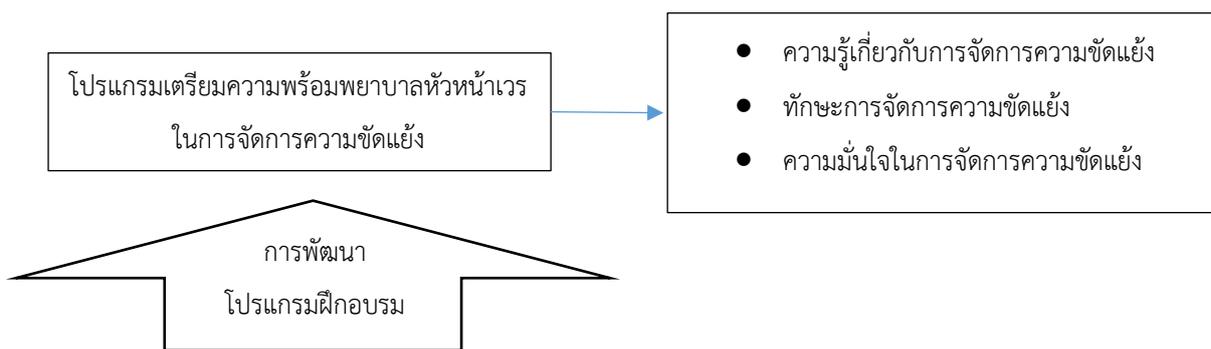
กรอบแนวคิดที่ใช้กับการวิจัยนี้ ดังนี้

1. แนวคิดการจัดการความขัดแย้ง ความขัดแย้งเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานภายในองค์กร มีผลทางบวกและทางลบต่อองค์กรได้ขึ้นกับกระบวนการและวิธีการจัดการความขัดแย้ง เอเดลอร์ และเอลมเฮิร์ส (Adler & Elmhorst, 2005) เสนอกระบวนการตัดสินใจแก้ปัญหาความขัดแย้ง ไว้ 7 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การระบุปัญหา คือการรวบรวมข้อมูล ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ปัญหาเป็นการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ขั้นที่ 3 การหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาการค้นหาลู่ทางเลือก ขั้นที่ 4 การประเมินทางเลือกในการ

แก้ปัญหา ขั้นที่ 5 การเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา ขั้นที่ 6 การปฏิบัติตามทางเลือก เป็นการนำทางเลือกที่เลือกแล้วไปปฏิบัติจริง และ ขั้นที่ 7 การติดตามประเมินผลทางเลือก

2. ทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ของ Malcolm Knowles และการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา

ทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) ของ Malcolm Knowles เป็นแนวคิดพื้นฐานที่องค์กรนิยมใช้ในการพัฒนาบุคลากร หลักการของทฤษฎี มี 6 ประการ คือ ความต้องการรู้ (need to know) การมีส่วนร่วมของตนเอง (Self-Concept) ความรู้ใหม่เข้ากับประสบการณ์เดิม (Role of Experience) เชื่อมโยงความรู้ใหม่เข้ากับประสบการณ์เดิมที่สะสมมาจากการใช้ชีวิต (Readiness to Learn) การเรียนรู้ที่มุ่งไปที่การแก้ไขปัญหาในชีวิตจริง(Orientation to Learning) และ แรงจูงใจในการเรียนรู้จากปัจจัยภายใน (Motivation to Learn)



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) วิจัยดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ (R1)

การวิจัยขั้นตอนนี้ ศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลบริบทหออภิบาลผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับการกำหนดบทบาทหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวร สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรที่หน่วยงานคาดหวัง วิธีการเตรียมความพร้อมและพัฒนาพยาบาลหัวหน้าเวรรวมทั้งปัญหาอุปสรรค ปัญหาความขัดแย้งที่พยาบาลหัวหน้าเวรเผชิญ

1. วิธีการรวบรวมข้อมูล ใช้การสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ ผู้ให้สัมภาษณ์ คือ หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วย โรงพยาบาลสงขลา จำนวน 4 คน และพยาบาลที่มีประสบการณ์เป็นหัวหน้าเวร จำนวน 10 คน

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล คือ (1) แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และ (2) แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์พยาบาล แบบสัมภาษณ์มี 2 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ตอนที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์ จำนวน 7 ข้อ ทั้งนี้แบบสัมภาษณ์ทั้งสองฉบับผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมและความ

ครอบคลุมของแนวคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ ผู้บริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบงานการพัฒนาบุคลากรของฝ่ายการพยาบาล 2 คน อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์สอนและวิจัยเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรมนุษย์ 1 คน โดยไม่มีข้อเสนอแนะให้ปรับแก้คำถามหลัก ในส่วนของผู้วิจัยได้ฝึกซ้อมสัมภาษณ์กับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่ผู้ให้ข้อมูล 1 คน เพื่อความเที่ยงใน การสัมภาษณ์ของผู้วิจัย พร้อมฝึกบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ด้วยแอปพลิเคชันบันทึกเสียง

3. การดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนัดหมายผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้า ใช้เวลาสัมภาษณ์คนละ 30-60 นาที โดยสัมภาษณ์คนละ 1 ครั้ง

4. การวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการผลจากการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ พบว่า พยาบาลไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนเพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการความขัดแย้งในงานซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยในการดูแลผู้ป่วยหนัก

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโปรแกรม

ในการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาพยาบาลหัวหน้าเวร มีผู้ร่วมดำเนินการวิจัยคือหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักรวมทั้งผู้วิจัย จำนวน 5 คน โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อมูลการสัมภาษณ์ในขั้นตอนที่ 1 พร้อมทั้งนำเสนอ “ร่าง” เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้ง เพื่อให้ที่ประชุมพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งได้ข้อสรุปว่าการเตรียมความพร้อมพยาบาลก่อนปฏิบัติหน้าที่ให้มีความรู้และความเข้าใจเรื่องการจัดการความขัดแย้งในงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติเป็นสิ่งจำเป็น หากทำโปรแกรมฝึกอบรมอย่างมีแบบแผนที่ใช้ได้ในกลุ่มงานหออภิบาลผู้ป่วยหนักจะประหยัดทรัพยากรและน่าจะช่วยสร้างความมั่นใจให้พยาบาลที่ฝึกเป็นหัวหน้าเวรได้

เป้าหมายของการพัฒนาโปรแกรม คือ สร้างโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลวิชาชีพก่อนปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวร ในเรื่องการจัดการความขัดแย้งในงานการพยาบาล ของหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

วัตถุประสงค์ของโปรแกรม เพื่อให้พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมมีความรู้ และมีความมั่นใจในการจัดการจัดการความขัดแย้งในงานเมื่อปฏิบัติหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวร

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบโปรแกรมเบื้องต้น ทดลองนำร่อง และประเมินผล (D1 & R1)

1. ผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งในงานบริการสุขภาพ การพัฒนาบุคลากร หลักการส่งเสริมการเรียนรู้ในงาน การออกแบบหลักสูตรฝึกอบรม รวมทั้งข้อมูลจากผลการวิจัยในขั้นที่ 1

2. ออกแบบเค้าโครงโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้งหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งในขั้นตอนนี้มีหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักและผู้วิจัย รวม 5 คน ร่วมกันออกแบบโปรแกรม โดยประชุมทีมทำงานเพื่อระดมสมองออกแบบโปรแกรมให้มีความสอดคล้องกันของวัตถุประสงค์ ขอบเขตเนื้อหา กิจกรรมการเรียนรู้ ระยะเวลา สถานที่ สื่อการเรียนรู้ และวิธีการประเมินผล รวมทั้งพิจารณาความเป็นไปได้ และความเหมาะสมของการใช้ทรัพยากรในบริบทของหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

3. จัดทำเอกสารที่ใช้ในโปรแกรมฝึกอบรม “ฉบับร่าง” ประกอบด้วย 1) คู่มือโปรแกรมฝึกอบรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ในการจัดการความขัดแย้ง 2) แผนการสอนและสื่อการสอน 3) เครื่องมือประเมินผล ระยะเวลาที่ใช้ออกแบบโปรแกรมและจัดทำเอกสาร ตั้งแต่ 15 เมษายน ถึง 30 กรกฎาคม 2567 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวร

เค้าโครง “ฉบับร่าง” โปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวร	
วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรม พยาบาลผู้เข้าอบรมมีความสามารถ ดังนี้ 1. อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับความขัดแย้ง กระบวนการของความขัดแย้ง และ วิธีการจัดการความขัดแย้งในงานบริการพยาบาลได้ 2. วิเคราะห์ประเด็นปัญหาความขัดแย้ง และจัดการความขัดแย้งที่พบบ่อยในในงานบริการผู้ป่วยหนักได้อย่างเหมาะสม 3. ใช้ทักษะการสื่อสารได้เหมาะสม ในสถานการณ์ ความขัดแย้งจำลองที่พบบ่อยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
ขอบเขตเนื้อหา	ความขัดแย้งในงานบริการสุขภาพ แนวคิดความขัดแย้งและกระบวนการจัดการความขัดแย้ง บทบาทหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวร แนวปฏิบัติของหน่วยงานเมื่อพบความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
กิจกรรมการเรียนรู้	แบบผสมผสาน (1) การเรียนรู้ในชั้นเรียน และการเรียนรู้หน้างาน (2) การเรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้จากผู้อื่น และการเรียนรู้ในกลุ่ม (3) การเรียนรู้ในเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ ช่วงที่ 1 บรรยายเนื้อหา (3 ชั่วโมง) ช่วงที่ 2 วิเคราะห์กรณีศึกษา (กลุ่มย่อย) 1) กรณีความขัดแย้งในทีมการพยาบาล 2) กรณีความขัดแย้งกับแพทย์ 3) กรณีความขัดแย้งกับญาติ (3 ชั่วโมง) ช่วงที่ 3 1) วิเคราะห์สถานการณ์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย 2) อภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย 3) ฝึกทักษะการจัดการ ความขัดแย้งจากโจทย์สถานการณ์ (2 สัปดาห์)
ระยะเวลา	- เวลาฝึกอบรมในชั้นเรียน 6 ชั่วโมง และฝึกอบรมระหว่างปฏิบัติงาน 2 สัปดาห์ - ฝึกทักษะโดยวิเคราะห์จากสถานการณ์จำลอง 3 สถานการณ์ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง - ช่วงเวลาฝึกทักษะการจัดการความขัดแย้งหน้างาน อย่างน้อย 2 สัปดาห์
สถานที่	- ห้องประชุม และหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่าง
สื่อการเรียนรู้	1. เอกสารและสื่อวิดีโอประกอบการบรรยาย 2. โจทย์กรณีศึกษา 3 กรณี และใบงาน 3. ใบงานวิเคราะห์สถานการณ์ความขัดแย้งในหอผู้ป่วย 4. ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์เนื้อหาประกอบการฝึกอบรม 5. โจทย์สถานการณ์ฝึกทักษะการจัดการความขัดแย้ง (Situation Judgment test)
วิธีการประเมินผลและเครื่องมือ	1. วัดความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง โดยใช้แบบทดสอบ 2. ประเมินความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งในงาน โดยใช้ แบบสอบถาม

4. การตรวจสอบความตรงตามสภาพ (Face Validity) ผู้วิจัยส่ง “ฉบับร่าง” โปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้งหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ให้กับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ ผู้บริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบงานการพัฒนาบุคลากรของฝ่ายการพยาบาล 1 คน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 1 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์สอนและทำวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ 1 คน ตรวจสอบความเป็นไปได้ ความสอดคล้อง และความเหมาะสมผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยปรับเนื้อหาโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมทั้งตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) ซึ่งผลการประเมินพบว่า โปรแกรมมีค่า Content Validity Index รายข้ออยู่ในช่วง 0.80-1.00

5. หลังปรับแก้ “ร่าง” โปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ทำการศึกษานำร่อง (pilot study) ในส่วนของกิจกรรมการอบรมครั้งที่ 2 คือ การวิเคราะห์กรณีศึกษา 1 กรณี ไปทดลองใช้กับพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหนัก 1 กลุ่ม (จำนวน 8 คน) ที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง และมีหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก 3 คน

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงโปรแกรม ทดลองซ้ำ และประเมินผล (D2&R2)

การปรับปรุงโปรแกรมหลังศึกษานำร่อง โดยปรับการเขียนกรณีศึกษาทั้ง 3 กรณีศึกษา การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความรู้ และทักษะการจัดการความขัดแย้งในงาน ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง การทดลองใช้โปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้ง และ 2) เพื่อศึกษาความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองใช้โปรแกรม โดยใช้วิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบ one-group pretest-posttest design และ one-group posttest design (ไม่มีกลุ่มควบคุม)

กลุ่มทดลอง คือ พยาบาลวิชาชีพ หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก คัดเลือกแบบเจาะจง คือ มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยปัจจุบันมากกว่า 3 ปี ยังไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวร หัวหน้าหอผู้ป่วยมีแผน พัฒนาให้เป็นหัวหน้าเวร และยินดีเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 20 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ (1) มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยปัจจุบันมากกว่า 3 ปี (2) ยังไม่ได้ปฏิบัติงานพยาบาลหัวหน้าเวร และ (3) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยไม่มีแผนมอบหมายงานหัวหน้าเวร ในช่วง 1 ปี ข้างหน้า หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ 1) คู่มือฝึกอบรมโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้งหออภิบาลผู้ป่วยหนัก 2) เครื่องมือวัดตัวแปรตาม 3 ฉบับ ได้แก่

1. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง คำถามเป็นแบบเลือกคำตอบถูกเพียงข้อเดียว ให้คะแนน 1 และ 0 จำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยสร้างข้อคำถามให้ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจนของคำถามและตัวเลือก มีการปรับข้อคำถามและตัวเลือกตามข้อเสนอ

ของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนใช้จริง ตรวจสอบค่าความสอดคล้องภายในของแบบวัดหลัง การทดลองโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ .79

2. แบบสอบถามความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้ง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมิน ความมั่นใจในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ของสถาบันบรมราชชนก สร้างโดย Sinthuchai, Ubonwan, & Bunsin (2017) คำถามมี 7 ข้อ เป็นเชิงบวกทุกข้อ ลักษณะข้อ คำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตรวจสอบค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ประชาสัมพันธ์โครงการฝึกอบรม วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และตาราง ฝึกอบรม ให้พยาบาลในหอพยาบาลผู้ป่วยหนักทราบผ่านทางหัวหน้าหอผู้ป่วย

1.2 ติดต่อวิทยากร และประชุมทีมวิทยากรกิจกรรมกลุ่มย่อย เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของโปรแกรม ตามคู่มือการฝึกอบรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรหอพยาบาล ผู้ป่วยหนักในการจัดการความขัดแย้ง

1.4 จัดเตรียมเอกสาร โจทย์สถานการณ์ ใบงาน แบบทดสอบ และแบบสอบถาม เป็นรูปเล่ม และจัดเก็บไฟล์อิเล็กทรอนิกส์เนื้อหาประกอบการฝึกอบรมสำหรับศึกษาด้วยตนเองให้ผู้เข้า อบรมเข้าถึงได้ง่าย ผ่านทาง QR code

1.4 เปิดกลุ่มไลน์ เป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้วิจัยและทีม วิทยากร

2. ขั้นการทดลอง

2.1 เปิดโครงการอบรมตาม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ชี้แจงขั้นตอนและ กิจกรรมการอบรม

2.2 แจกแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง และแบบวัดความมั่นใจ ในการจัดการความขัดแย้ง ให้กับผู้เข้าอบรม

2.3 ดำเนินกิจกรรมการอบรม แบ่งเป็น 3 ช่วง ช่วงที่ 1 เป็นบรรยายแบบมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้เข้าอบรม ช่วงที่ 2 เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจแก้ปัญหาความ ขัดแย้ง และช่วงที่ 3 ฝึกอบรมระหว่าง

3. ขั้นสิ้นสุดการทดลอง และประเมินผล

การดำเนินการทดลองสิ้นสุดเมื่อผู้เข้าอบรม ส่งผลงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความ ขัดแย้งที่เกิดขึ้นในหน่วยงานของตนเอง 1 เรื่อง และเขียนสะท้อนคิดการเรียนรู้การจัดการ ความขัดแย้ง กับหัวหน้าหอผู้ป่วย รวมทั้งทำโจทย์ Situation Judgment Test ครบทั้ง 8 ข้อ ส่งคืนผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้โปรแกรม ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส สถานที่ทำงาน ประสบการณ์ทำงานในหอภิบาลผู้ป่วยหนัก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวรก่อนและหลังทดลอง
3. ข้อมูลความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลรายข้อโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

1. โครงร่างวิจัย ขออนุญาตจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ เลขรับรอง PSU IRB 2024-St-Nur 006 (Internal) วันที่ 11 เมษายน 2567
2. ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุญาตในการเก็บข้อมูลถึงโรงพยาบาลสงขลาก่อนเริ่มดำเนินโครงการ เลขรับรอง SKH IRB 2024-Nrt-In3-1049

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยรายงานผลการศึกษาดังต่อไปนี้ 1) โปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้ง และ 2) ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรต่อความรู้ และความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งของพยาบาล หอภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา

1. โปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้งหอภิบาลผู้ป่วยหนัก

โปรแกรมที่สร้างขึ้น ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งปรับ แก้หลังการศึกษานำร่อง ที่พร้อมนำไปศึกษาประสิทธิผล ได้ข้อสรุปของโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้งหอภิบาลผู้ป่วยหนัก เป็นดังนี้

ชื่อโปรแกรม: โปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ในการจัดการความขัดแย้ง

กลุ่มเป้าหมาย	พยาบาลวิชาชีพ
วัตถุประสงค์ของโปรแกรม	1. อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับความขัดแย้ง กระบวนการของความขัดแย้ง และวิธีการจัดการความขัดแย้งในงานบริการพยาบาลได้ 2. วิเคราะห์ประเด็นปัญหาความขัดแย้ง และจัดการความขัดแย้งที่พบบ่อยในงานบริการผู้ป่วยหนัก ได้อย่างเหมาะสม
หลักการจัดกิจกรรมการเรียนรู้	แบบผสมผสาน (1) การเรียนรู้ในชั้นเรียน และการเรียนรู้หน้างาน (2) การเรียนด้วยตนเอง การเรียนรู้จากผู้อื่น และการเรียนรู้ในกลุ่ม (3) การเรียนรู้ในเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ
กิจกรรมการอบรม	ช่วงที่ 1 บรรยายเนื้อหา ช่วงที่ 2 วิเคราะห์กรณีศึกษา(กลุ่มย่อย) 1) กรณีความขัดแย้งในทีมการพยาบาล 2) กรณีความขัดแย้งกับแพทย์ 3) กรณีความขัดแย้งกับญาติ ช่วงที่ 3 - วิเคราะห์สถานการณ์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจริงในหอผู้ป่วย 1 สถานการณ์ - อภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย - ฝึกทักษะการจัดการความขัดแย้งจากโจทย์สถานการณ์ 8 ข้อ ด้วยตนเอง
ระยะเวลาการอบรม	ทฤษฎี 6 ชั่วโมง ปฏิบัติ 2 สัปดาห์
วิทยากร	วิทยากรภายในองค์กร
การประเมินผลการเรียนรู้	- วัดความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง โดยใช้แบบทดสอบ - ประเมินความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งในงาน โดยใช้แบบสอบถาม
การประเมินผลสัมฤทธิ์	แบบสอบถามความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งในงาน

ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองเข้าร่วมโปรแกรมมีอายุระหว่าง 20-29 ปี มากที่สุดจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 อายุระหว่าง 30-39 ปี น้อยที่สุด จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 มีประสบการณ์ทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก 3-5 ปี มากที่สุด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55.00 มากกว่า 5 ปี น้อยที่สุด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45.00

2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรใน การจัดการความขัดแย้งหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

2.1 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งก่อนและหลังการทดลอง ของพยาบาลที่เข้าร่วมทดลองใช้โปรแกรม

ตารางที่ 2 ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรม (n=20)

ตัวแปร	คะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง			
	Min	Max	M	SD.
ก่อนการทดลอง	4	9	6.85	1.35
หลังการทดลอง	7	10	9.40	.94

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งของพยาบาล ก่อนทดลองใช้โปรแกรมมีค่าต่ำสุด 4 สูงสุด 9 และมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน $M=6.85$, $SD.=1.35$ ส่วนหลังทดลองโปรแกรม พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวรมีค่าต่ำสุด 7 สูงสุด 10 และมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน $M=9.40$, $SD.=.94$

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวร ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรม (n=20)

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง ของพยาบาลหัวหน้าเวร	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P value
ก่อนการทดลอง	9.81	176.5	-3.29	.001
หลังการทดลอง	13.5	13.5		

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test (ตารางที่ 3) พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งหลังการทดลองใช้โปรแกรม สูงกว่าก่อนการทดลองใช้โปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z= -3.29$, $p< .001$)

2. คะแนนความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งหลังการทดลอง ของพยาบาลที่เข้าร่วมทดลองใช้โปรแกรม

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งของ

ทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรหออภิบาลผู้ป่วยหนักในการจัดการความขัดแย้งรายข้อ (n=20)

ความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้ง	M	SD.	ระดับ
มั่นใจว่าสามารถนำความรู้และทักษะการจัดการความขัดแย้งไปใช้ปฏิบัติงาน	3.90	.55	มาก
มั่นใจว่าเพื่อนร่วมงานยอมรับในการบริหารจัดการสถานการณ์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย	3.90	.64	มาก
มั่นใจในการสื่อสารกับเพื่อนร่วมงาน และทีมสหวิชาชีพเพื่อลดความขัดแย้ง	3.85	.59	มาก
มั่นใจว่ามีความรู้และทักษะในการจัดการความขัดแย้ง	3.75	.44	มาก
มั่นใจในการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในทีมได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม	3.75	.44	มาก
มั่นใจต่อการปฏิบัติในฐานะหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้	3.75	.64	มาก
มั่นใจในการประเมินสถานการณ์ความขัดแย้งได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว	3.70	.57	มาก
รวม	3.80	.42	มาก

จากตารางที่ 4 ระดับความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้ง ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยรวมคะแนนการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($M=3.80$, $SD.=.55$)

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้ง หลังการทดลอง (n=20)

ระดับความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้ง	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด (M=4.51-5.00)	1	5.00
มาก (M=3.51-4.50)	15	75.00
ปานกลาง (M=2.51-3.50)	4	20.00

จากตารางพบว่า ระดับความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งหลังทดลอง มากที่สุด อยู่ระดับมาก (M=3.51-4.50) จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 น้อยที่สุด อยู่ระดับมากที่สุด (M=4.51-5.00) จำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 5.00

อภิปรายผล

ผู้วิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้ง หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา ได้นำผลการศึกษาศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ พัฒนาสมรรถนะพยาบาลเพื่อเป็นหัวหน้าเวร มากำหนดวัตถุประสงค์ของโปรแกรมให้มีขอบเขตจำกัดเฉพาะเรื่อง การจัดการความขัดแย้ง เนื่องจากการทำหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นการเพิ่มขอบเขตความรับผิดชอบ ในงานด้านการบริหารจัดการการบริการพยาบาลของหน่วยงาน ซึ่งต้องมีการพัฒนาความสามารถหลายๆ ด้าน เช่น ด้านการจัดการทรัพยากรบุคคล ด้านการควบคุมคุณภาพการพยาบาล ด้านการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และด้านการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าจากข้อมูลการศึกษาศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ พบว่า พยาบาลหัวหน้าเวรหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา เผชิญกับความขัดแย้งได้บ่อยทั้งภายในวิชาชีพและต่างวิชาชีพ เช่น การบริหารจัดการเตียงให้เหมาะสมกับความต้องการใช้เตียงของผู้ป่วย การให้ข้อมูลของพยาบาลไม่เป็นไปตามความคาดหวังของญาติ

2. ผลของการพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้ง หออภิบาลผู้ป่วยหนัก พบว่า ได้โปรแกรมฝึกอบรมสำหรับกลุ่มเป้าหมายพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้ทำหน้าที่หัวหน้าเวร องค์ประกอบของโปรแกรมประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา หลักการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ กิจกรรมการอบรม สื่อการเรียนรู้ ระยะเวลาการอบรม และการประเมินผลการเรียนรู้ ที่มีความสอดคล้องกันตามแนวคิดเชิงระบบของการออกแบบโปรแกรม รวมทั้งโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้งที่สร้างขึ้น ผ่านการพิจารณาความตรงตามสภาพของผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานด้านการสอนการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลเชี่ยวชาญที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการพัฒนาบุคลากร และผู้บริหารระดับสูงของฝ่ายการพยาบาล การสร้างโปรแกรมทำตามขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาตามแนวคิดของ Kanjanwasee (2016)

3. ประสิทธิภาพของโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้ง พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งหลังการทดลองใช้โปรแกรม สูงกว่าก่อนการทดลองใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่าเนื่องจากโปรแกรมวางกรอบเนื้อหาให้มีความเฉพาะเจาะจงเรื่องของการจัดการความขัดแย้งในงานบริการสุขภาพ แนวคิดความขัดแย้ง และกระบวนการจัดการความขัดแย้ง บทบาทหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวร และแนวปฏิบัติของหน่วยงานเมื่อพบความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นความรู้ที่ผู้เข้าอบรมรับรู้ว่าจะต้องนำไปใช้จริงเมื่อปฏิบัติหน้าที่

ในส่วนของการวิเคราะห์กรณีศึกษานั้นเป็นวิธีที่ให้ผู้เข้าอบรมประมวลความรู้ทักษะและประสบการณ์ มาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนภายในระยะเวลาที่จำกัด เพื่อความชำนาญและสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้องแม่นยำภายใต้สถานการณ์กดดันที่เกิดขึ้นจริง เป็นเทคนิคที่เหมาะสมกับการเรียนกลุ่มย่อย ทำให้มีบรรยากาศเป็นกันเอง

4. ประสิทธิภาพของโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้ง พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งโดยรวมของกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับมาก ซึ่งยังไม่ถึงระดับมากที่สุด และเมื่อพิจารณาคะแนนรายบุคคล พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 75 (15 คน) มีความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งระดับมาก ร้อยละ 20 (4 คน) มีความมั่นใจระดับปานกลาง และมีเพียง 1 คน ที่มีความมั่นใจระดับมากที่สุด เนื่องจากผู้เข้าอบรมคือผู้ที่ยังไม่เคยได้ทำหน้าที่หัวหน้าเวร แม้จะได้ใช้กระบวนการจัดการความขัดแย้งในกรณีศึกษาก็เป็นสถานการณ์จำลอง และฝึกปฏิบัติจัดการความขัดแย้งที่ห่อผู้ป่วยกับหัวหน้าห่อผู้ป่วยก็ยังไม่เคยได้ทำจริง จึงมีความมั่นใจไม่ถึงระดับมากที่สุด อย่างไรก็ตามโปรแกรมได้ออกแบบให้ผู้เข้าอบรมฝึกทักษะการจัดการความขัดแย้งในงานบริการการพยาบาล โดยใช้โจทย์สถานการณ์ (situation judgment test) ในช่วงของการฝึกปฏิบัติ ทำให้ผู้เข้าอบรมได้ใช้กระบวนการจัดการความขัดแย้งซ้ำๆ ดังนั้นหลังการทดลองความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งโดยรวมของกลุ่มทดลอง จึงมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

การนำผลวิจัยไปใช้

ผู้บริหารการพยาบาล และหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยสามารถนำโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้งหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ไปใช้ในการพัฒนาความสามารถพยาบาลหัวหน้าเวร สำหรับพยาบาลที่มีอายุงานตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป เพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานพยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อช่วยให้พยาบาลมีความรู้และความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งที่เป็นปัญหาเฉพาะหน้าในงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติได้ระดับหนึ่ง

ข้อเสนอแนะในการใช้ครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแบบเปรียบเทียบสองกลุ่ม โดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ใช้โปรแกรมเป็นการเตรียมแบบเดิมของห่อผู้ป่วย และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ใช้โปรแกรม

2. เนื่องจากงานวิจัยนี้ ใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง มีค่าความเที่ยงค่อนข้างต่ำ จึงเป็นโอกาสพัฒนาแบบวัดความรู้ให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น รวมทั้งวิจัยพัฒนาแบบวัดความสามารถในการ

จัดการความขัดแย้งสำหรับพยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อใช้ประเมินพยาบาลหัวหน้าเวรเป็นระยะ และใช้บ่งชี้ความจำเป็นในการพัฒนา

3. พัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าเวรในการจัดการความขัดแย้งโดยใช้ประโยชน์ของเทคโนโลยีดิจิทัลมากขึ้น เพื่อรองรับพยาบาลเจนเนอเรชั่น Z

References

- Adler, R., & Elmhurst, J. (2005). *Communicating at work: Principles and practices for business and the professions*. McGraw-Hill.
- Aranyawet, S., Thiengchanya, P., & Thongsuk, P. (2022). The development of a program to promote head nurse competency based on competency-based learning at Songklanagarind Hospital. *Journal of Health and Nursing Education*, 28(2), 1-18.
- Czyz-Szypenbejl, K., Medrzycka-Dabrowska, W., Falcó-Pegueroles, A., & Lange, S. (2022). Conflict sources and management in the ICU setting before and during COVID-19: A scoping review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1875.
- Grohar-Murray, M. E., & DiCroce, H. R. (1992). *Leadership and management in nursing*. Appleton & Lange.
- Kanjanawasee, S. (2016). Research and development of Thai education. *Silpakorn Educational Research Journal*, 8(2), 1-18. <https://so05.tcithaijo.org/index.php/suedureasearchjournal/article/view/77495/62135> (in Thai)
- Sinthuchai, P., Ubonwan, K., & Bunsin, S. (2017). Effects of learning management using virtual simulation situations on knowledge, satisfaction and self-confidence of 4th year nursing students in practicing professional skills training courses before graduation. *Ramathibodi Nursing News*, 23(1), 113-127. (in Thai)
- Strack van Schijndel, R., & Burchardi, H. (2007). *Bench-to-bedside leadership and conflict management in intensive care unit*. *Critical Care*, 11(6), 1-7
- Thipphayaphan, C., Jitpakdee, B., & Lertkiatnana, P. (2014). Program development preparation for being a shift leader. *Nursing Journal*. 41(1). 145-157. (in Thai)
- Thomas, K. W., & Kilmann, R. H. (1974). *Thorn-Kilmann conflict mode instrument*. XICOM, Inc.
- Thipsumanan, W., et al. (2017). Compliance with the Nursing and Midwifery Council regulations regarding maintain the ethics of the nursing and midwifery profession 2007 for professional nurses in a tertiary hospital. *Journal of King Prajadhipok's College, Chanthaburi*. 28(2). 116-127. (in Thai)

ผลของการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกต่อระดับความรู้ และการปฏิบัติตัวของผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

สายใจ เรืองงาม
โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์ศึกษาผลของการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูก ต่อระดับความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพบเซลล์บริเวณปากมดลูกมีความผิดปกติ ตั้งแต่ ASC-US ขึ้นไป และต้องได้รับการส่องกล้องปากมดลูกด้วยวิธีส่องกล้องปากมดลูก ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา คำนวณ กลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G* Power ได้ 27 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 20 ได้ทั้งหมดจำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจส่องกล้องปากมดลูก เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องปากมดลูก และ 3) แบบประเมินการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องปากมดลูก หาความตรงตามเนื้อหา ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง .67-1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติการทดสอบค่าที่แบบสัมพันธ์ ผลการศึกษา พบว่า

1. ผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี หลังจากได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจส่องกล้องปากมดลูกสูงกว่าก่อนได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี หลังได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกมีการปฏิบัติตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกอยู่ในระดับถูกต้องร้อยละ 100 จำนวน 7 ข้อ จากจำนวน 10 ข้อ

เสนอแนะให้พยาบาลได้มีการให้ข้อมูลในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกผ่านช่องทางสื่อสารต่าง ๆ เพื่อให้ผู้รับบริการมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

คำสำคัญ: การให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์, ความรู้, การปฏิบัติ, ส่องกล้องปากมดลูก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: saijaitim@gmail.com)

วันที่รับ 5 มี.ค. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 30 เม.ย. 2568, วันที่ตอบรับ 6 พ.ค. 2568

Effect of Providing Information through Video Media in Preparation before Cervical Colposcopy on Knowledge and Practice of Patients with Abnormal examination results, Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province

Saijai Ruainngam
Phaholpolpayuhasena Hospital

ABSTRACT

This quasi-experimental one-group pretest-posttest study aimed at the effects of video-based educational materials on knowledge and preparation behaviors among women with cervical abnormalities undergoing colposcopy at Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province, Thailand. The sample consisted of 32 Thai women diagnosed with cervical abnormalities (from ASC-US and above) who required colposcopy. The intervention utilized a video about proper preparation for colposcopy. Data collection tools included 1) a personal information form, 2) a knowledge assessment about pre-colposcopy preparation, and 3) a behavior assessment of pre-colposcopy preparation. The content validity index (CVI) of all instruments exceeded .67-1. Data were analyzed using descriptive statistics and dependent t-tests. The findings revealed that:

1. Those who found abnormal cervix at Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province, after receiving information via video media on preparation before cervical examination had higher knowledge about behavior before cervical examination than before receiving information via video media on preparation before cervical examination with statistical significance at the .001 level.

2. Those who found abnormalities in the cervix at Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province, after receiving information via video media on preparation before cervical endoscopy, had more than 100 percent correct behavior before cervical endoscopy in 7 items from 10 items.

The study suggests that nurses should provide pre-colposcopy preparation information through diverse communication channels to ensure accurate patient preparation behaviors.

Keywords: Providing Information through Video Media, Knowledge, Practice Abnormal examination results

*Corresponding e-mail: saijaitim@gmail.com

Received: March 5, 2025; Revised: April 30, 2025; Accepted: May 6, 2025

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 8 No.1 January - June 2025 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี พบบ่อยที่สุดในสตรีไทยและทำให้มีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมากจากโรคนี (Likitsombat, 2024) เป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่เกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูก และสามารถลุกลามไปยังอวัยวะอื่นได้ (Department of Medical Service, 2019) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูก คือ การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ขณะอายุน้อย การมีบุตรหลายคน การมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน การสูบบุหรี่ และการไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน (National Cancer Institute, 2024) อาการแสดงที่เด่นชัดในระยะเริ่มต้น คือ การมีเลือดออกทางช่องคลอด เลือดออกกะปริบกะปรอยขณะมีรอบเดือน หรือเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ (National Cancer Institute, 2024)

การวินิจฉัยและรักษาโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกก่อนที่จะเป็นมะเร็ง จะทำให้สามารถลดอุบัติการณ์และอัตราการตายของมะเร็งปากมดลูกลงได้ เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่สามารถตรวจและสืบค้นได้ตั้งแต่เซลล์เริ่มผิดปกติ การดำเนินโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ใช้ระยะเวลาประมาณ 10-15 ปี แพทย์สามารถวินิจฉัยและรักษาได้ตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็ง โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากการตรวจทางเซลล์วิทยา (Pap Smear) เพื่อตรวจหาความผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูกเนื่องจากปากมดลูกเป็นอวัยวะที่อยู่ในตำแหน่งที่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ง่ายกว่าอวัยวะอื่นๆในอุ้งเชิงกราน หากพบความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม โดยการส่องกล้องปากมดลูก (Colposcope)

การส่องกล้องปากมดลูก (Colposcope) เป็นการส่องกล้องขยายเพื่อดูปากมดลูกอย่างชัดเจน ช่วยแยกพยาธิสภาพออกจากเนื้อที่เป็นปกติได้อย่างดี โดยการมองผ่านกล้องและโซลิมสารละลายกรด Acetic Acid ทำให้สามารถมองเห็นรอยโรคได้ชัดเจนมากกว่าการมองเห็นด้วยตาเปล่า เพื่อนำไปสู่การตัดชิ้นเนื้อที่สงสัยความผิดปกติส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ก่อนมะเร็งที่อาจแอบแฝงอยู่ในเนื้อเยื่อจะลุกลาม เพื่อการวินิจฉัยข้อสุดท้าย เป้าหมายหลักด้วยการตรวจด้วยกล้อง คือการระบุรอยโรคก่อนมะเร็ง (Precancerous) และรอยโรคที่เป็นมะเร็ง (Cancerous) (Vongkankew, & Suorasert, 2015) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะต้นก่อนการลุกลามของมะเร็ง การตรวจด้วยกล้องปากมดลูกไม่ได้ทำทุกกรณีที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบเซลล์ผิดปกติทุกราย แต่จะทำในกรณีที่ผิดปกติหรือมีอาการที่น่าสงสัยว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก เช่น ผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ การสงสัยลักษณะของมะเร็งจากการตรวจด้วยตาเปล่า เช่น มีลักษณะผิดปกติ มีแผลหรือมีก้อนเนื้อ มีเลือดออกผิดปกติระหว่างรอบเดือนที่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุได้ หรือมีเลือดออกหลังจากมีเพศสัมพันธ์ หรือมีตกขาวเป็นประจำที่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุได้ รอยโรคที่น่าสงสัยบริเวณช่องคลอดและปากช่องคลอดจากการตรวจด้วยตาเปล่า หรือกรณีอื่นๆ ที่อาจพิจารณาตรวจด้วยกล้องปากมดลูก การเลื่อนทำไปก่อนในกรณีที่มีการติดเชื้อ (Vaginitis Cervicitis) ควรได้รับการรักษาก่อนที่จะตรวจสอบเพราะการอักเสบและการติดเชื้อเป็นอุปสรรคต่อการประเมินความถูกต้องของความผิดปกติเยื่อบุผิว อยู่ในระหว่างมีประจำเดือน อาจทำให้ไม่สะดวกในการตรวจ การแปลผล

คลาดเคลื่อนเนื่องจากมีเลือดมาบังรอยโรค กรณีที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ควรหยุดยาก่อนทำ 1 สัปดาห์ เนื่องจากถ้าต้องตัดชิ้นเนื้อหรือขูดคอมดลูก (Endocervical Curettage) อาจทำให้เลือดไหลไม่หยุดได้ กรณีที่ตั้งครรภ์ โดยทั่วไปสามารถส่องกล้องประเมินรอยโรคแต่ไม่นิยมตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ถ้าไม่ได้สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งระยะลุกลาม เพราะอาจมีผลทำให้ถุงน้ำคร่ำแตกหรือทำให้เลือดออกมากได้

การสืบค้นหามะเร็งปากมดลูกโดยใช้กล้องปากมดลูกร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อ เป็นการตรวจหาลักษณะทางพยาธิวิทยาในกรณีสตรีที่มีผลตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติหรือมีลักษณะที่สงสัยมะเร็งปากมดลูก มีความสำคัญต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นอย่างยิ่ง ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยสตรีไทยที่จะต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปี (พ.ศ.2564-2568) จำนวน 15,677,638 คน โดยในปี พ.ศ. 2565 ที่ผ่านมามีเป้าหมาย 3,135,528 คน แต่ได้รับการตรวจ คัดกรองเพียง 613,254 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.6 เท่านั้น และพบว่ายังมีสตรีไทยที่ไม่เคยไปพบแพทย์ เพื่อรับการตรวจภายในและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเลยจำนวนไม่น้อยกว่า 10 ล้านคนเนื่องจากมีความเขินอาย การขาดความรู้ความเข้าใจ ความกลัว ไม่ต้องการตรวจภายใน จึงได้จัดรูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเชิงรุกโดยใช้ชุดเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง (HPV Self-Sampling) มีการพัฒนาอบรมให้ความรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ในการให้ความรู้และกระตุ้นให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น จึงทำให้มีการตรวจพบความผิดปกติเพิ่มขึ้นมาก ระยะเวลาการรอคิวส่องกล้องปากมดลูกนานขึ้น

การนัดคิวส่องกล้องปากมดลูกของแผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา มีนัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทุกวันอังคาร และพฤหัสบดี วันละ 3 ราย สามารถส่องกล้องปากมดลูก หลังตรวจพบว่ามีความผิดปกติของปากมดลูกไม่เกิน 2 เดือน แต่ปัจจุบันนี้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้มีการตรวจพบความผิดปกติเพิ่มขึ้นมาก ระยะเวลาการรอคิวส่องกล้องปากมดลูกนานขึ้น บางรายต้องเลื่อนคิวส่องกล้องออกไปเนื่องจากการเตรียมตัวไม่ถูกต้อง ซึ่งการส่องกล้องที่ล่าช้า อาจส่งผลให้รอยโรคที่เป็นอยู่มีโอกาslugลามมากขึ้นได้ การให้ความรู้จึงมีความสำคัญต่อผู้ที่ต้องรอส่องกล้องปากมดลูก โดยได้รับความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องนั้นๆ โดยได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ (Craven, & Hirle, 2006; Potter, & Perry, 2007) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง (Oermann, & Dammeyer, 2001) โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ นั้น พยาบาลควรนำหลักการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Adult Learning) มาประยุกต์ในการให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม (Knowles, 2005) ทั้งนี้การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยนั้น พยาบาลต้องเลือกวิธีการที่เหมาะสมเนื่องจากการให้ข้อมูลมีหลายวิธี เช่น การอธิบาย การสอน การสาธิต การสาธิตย้อนกลับ การใช้สื่อในการสอน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ด้วยประสาทสัมผัสจากหลาย ๆ ด้าน เนื่องจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรม จะช่วยให้คนเราเกิดการเรียนรู้ได้ดีกว่าประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นนามธรรม ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญ และได้สนใจศึกษาเรื่องการใช้สื่อวีดิทัศน์ในการสอนผู้ป่วย ซึ่งเป็นสื่อที่ปัจจุบันมีคนนิยมใช้มาก ทั้งในชีวิตประจำวันและการศึกษา ข้อดีคือสามารถเปิดดูซ้ำได้ เมื่อไม่เข้าใจหรือเพื่อทบทวน เป็นสื่อที่สะดวกในการใช้งาน เป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารสูง ทั้งภาพ สี เสียงในเวลาเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ลดความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการ

เตรียมตัวก่อนการส่องกล้องได้อย่างถูกต้อง ตรงตามนัด ไม่เกิดปัญหาการเลื่อนคิวส่องกล้อง จนเกิดความล่าช้าในการรักษา ซึ่งจะส่งผลให้รอยโรคที่เป็นลูกกลมกลายเป็นมะเร็งได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูก ต่อระดับความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

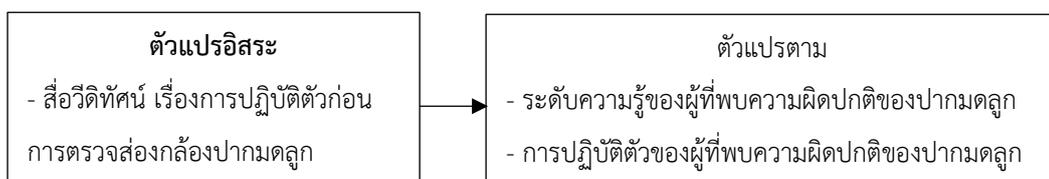
1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูก เรื่องการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกระหว่างก่อนและหลังการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์
2. ศึกษาคะแนนการปฏิบัติตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกหลังได้รับการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ที่ได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกจะมีระดับความรู้เพิ่มขึ้น และมีการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ นำแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learning) (Knowles, 2005) เนื่องจากผู้ใหญ่มักต้องการจะรู้ว่าเพราะเหตุใดหรือทำไมเขาจึงจำเป็นต้องเรียนรู้ เขาจะได้ประโยชน์อะไร หรือสูญเสียประโยชน์อะไรบ้างถ้าไม่ได้เรียนรู้สิ่งเหล่านั้น โดยผู้ใหญ่จะเกิดการเรียนรู้ได้ดี หากว่าตรงตามความต้องการและความสนใจของเขา การใช้สื่อวีดิทัศน์ในการสอนนั้น เป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารสูง ทั้งภาพ สี เสียงในเวลาเดียวกัน สามารถเปิดดูซ้ำได้ทำให้เข้าใจได้ดี มีความสม่ำเสมอในเนื้อหาการที่ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องปากมดลูก จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงไทยที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปีบริบูรณ์ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี และได้รับการวินิจฉัยว่า พบเซลล์บริเวณปากมดลูกมีความผิดปกติ ตั้งแต่ ASC-US ขึ้นไป และต้องได้รับการส่องตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องปากมดลูก

ตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง คือ หญิงไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า พบเซลล์บริเวณปากมดลูกมีความผิดปกติ ตั้งแต่ ASC-US ขึ้นไป และต้องได้รับการส่องกล้องปากมดลูกด้วยวิธีส่องกล้องปากมดลูก ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ Test Family เลือก t-test, Statistical Test เลือก Mean : Difference Between Two Dependent Means (Match Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) ขนาดกลางเท่ากับ .50 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ .05 และค่า Power เท่ากับ .80 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 20 เป็น Attrition Rate เนื่องจากป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษา จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน เลือก กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) คือ

1. หญิงไทย ที่มีอายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตรวจพบเซลล์บริเวณปากมดลูกผิดปกติระดับ ASC-US ขึ้นไป ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2567-30 สิงหาคม 2567
2. สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้
3. ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ที่ได สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้
4. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) คือ

1. หญิงตั้งครรภ์
2. ไม่สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทย ตลอดจนไม่สามารถใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่และ แอปพลิเคชันไลน์ได้
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจส่องกล้องปากมดลูก ขั้นตอนการพัฒนาดังนี้

1. ศึกษาเนื้อหาเกี่ยวกับการให้ความรู้การปฏิบัติตัวก่อนการตรวจส่องกล้องปากมดลูก
2. กำหนดเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกันประกอบด้วย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการตรวจโดยใช้กล้องคอลโปสโคปซึ่งเป็นกล้องจุลทรรศน์ที่ออกแบบมา เพื่อส่องตรวจขยายดูความผิดปกติบริเวณปากมดลูกในผู้หญิงที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) ผิดปกติ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการตรวจส่องกล้องปากมดลูก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ
2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องปากมดลูก จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบประเมินที่ให้ค่า 3 ระดับ คือ หากตอบถูกต้อง ให้ 1 คะแนน หากตอบผิด ให้ 0 คะแนน หากตอบไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน
3. แบบประเมินการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องปากมดลูก ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วน 3 ระดับ คือ ถ้าปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน และปฏิบัติไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ
1.1 สื่่วิตทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจส่องกล้องปากมดลูก
1.2 ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจส่องกล้องปากมดลูกให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านการปฏิบัติตัวในการตรวจส่องกล้องปากมดลูก จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ความรู้ความสามารถด้านการเป็นผู้ช่วยแพทย์ในการตรวจส่องกล้องปากมดลูก จำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจส่องกล้องปากมดลูก โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ

2.1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องปากมดลูก ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านการปฏิบัติตัวในการตรวจส่องกล้องปากมดลูก จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ความรู้ความสามารถด้านการเป็นผู้ช่วยแพทย์ในการตรวจส่องกล้องปากมดลูก จำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจส่องกล้องปากมดลูก โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) ได้เท่ากับ .67-1.0 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจส่องกล้องปากมดลูกไปทดลองใช้กับผู้รับการตรวจ

มะเร็งปากมดลูก ที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีหาค่าคุณเดอริชาร์ดสัน-21 เท่ากับ .67

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนก่อนการทดลอง

1. เตรียมวีดิทัศน์โดยการจัดทำวีดิทัศน์จากการทบทวนวรรณกรรม และจัดทำให้อยู่ในรูปของ QR Code
2. ชี้แจงเพื่อนร่วมงาน ทีมสหวิชาชีพ เกี่ยวกับการนำวีดิทัศน์มาใช้
3. ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบ กรณีกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยชี้แจงการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจส่องกล้องปากมดลูก การปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก
2. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจส่องกล้องปากมดลูก
3. ผู้วิจัยให้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจส่องกล้องปากมดลูก การปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกแก่กลุ่มตัวอย่าง
4. เข้าวันนัดส่องกล้องปากมดลูก ให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบประเมินการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องปากมดลูก
5. จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่าง เข้ารับการตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูก

ขั้นตอนหลังการทดลอง

1. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจส่องกล้องปากมดลูกหลังจากดูวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจส่องกล้องปากมดลูก
2. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้และ อาชีพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างก่อนและหลังทดลองใช้สื่อวีดิทัศน์ โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที (Dependent t-test)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เอกสารรับรองเลขที่ 2024-02 รับรองตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 43.75 การศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 สถานภาพสมรสคู่จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 56.25 มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 40.63 และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 34.38

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างก่อนและหลังทดลองใช้สื่อวีดิทัศน์

2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูก เรื่อง การเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกระหว่างก่อนและหลังการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ ดังตารางที่ 1

รายการคำถาม	ก่อนการตรวจสอบส่องกล้องปากมดลูก		หลังการตรวจสอบส่องกล้องปากมดลูก	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยายส่องตรวจเป็นการตรวจที่มีความจำเป็นสำหรับผู้หญิงทุกคน	5	15.63	5	15.63
2. การตรวจปากมดลูกด้วยการส่องกล้องขยาย เป็นการตรวจต่อจากที่มีผลการตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจมะเร็งปากมดลูก	28	87.50	31	96.88
3. การตรวจปากมดลูกด้วยการส่องกล้องขยาย ต้องงดการร่วมเพศอย่างน้อย 7 วัน	27	84.38	31	96.88
4. การตรวจปากมดลูกด้วยการส่องกล้องขยายต้องงดน้ำและอาหารก่อนตรวจอย่างน้อย 6 ชั่วโมง	13	40.63	31	96.88
5. ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการตรวจด้วยการส่องกล้องขยาย คือหลังหมดประจำเดือน 5-7 วัน	25	78.13	31	96.88
6. งดการสวนล้างช่องคลอดก่อนเข้ารับการตรวจด้วยการส่องกล้องขยาย	22	68.75	29	90.63
7. งดการเหน็บยาทางช่องคลอด หรือเจลหล่อลื่นบริเวณอวัยวะเพศ 1-2 วันก่อนตรวจด้วยการส่องกล้องขยาย	21	65.63	30	93.75

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน และหลังการตรวจสอบกล้องปากมดลูก (ต่อ)

รายการคำถาม	ก่อนการตรวจสอบกล้องปากมดลูก		หลังการตรวจสอบกล้องปากมดลูก	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
8. ก่อนเข้าห้องตรวจด้วยการส่องกล้องขยาย ท่านไม่ควรใช้ผ้าอนามัยแบบสอด	26	81.25	28	87.50
9. ก่อนเข้าห้องตรวจด้วยการส่องกล้องขยาย ต้องปัสสาวะก่อนตรวจ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง	24	75.00	29	90.63
10. หลังการตรวจด้วยการส่องกล้องขยาย ท่านสามารถปัสสาวะได้ตามปกติ	28	87.50	30	93.75
11. หลังการตรวจด้วยการส่องกล้องขยาย ท่านสามารถแช่น้ำหรืออาบน้ำในสระน้ำได้	15	46.88	27	84.38
12. หลังการตรวจด้วยการส่องกล้องขยาย เมื่อกลับถึงบ้านหากมีเลือดสดๆ ไหลออกมาจากทางช่องคลอด หรือมีอาการปวดท้องน้อยมากหรือมีไข้ ให้กลับมาพบแพทย์ก่อนนัด	23	71.88	31	96.88
13. หลังการตรวจด้วยการส่องกล้องขยาย ท่านต้องงดรวมเพศ 1 เดือน เพราะอาจทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อได้	13	40.64	27	84.38
14. ท่านสามารถใช้ผ้าอนามัยแบบสอดอย่างน้อย 2 วันไปจนถึง 1-2 สัปดาห์หลังการตรวจ	5	15.63	13	40.63
15. หลังการตรวจ หากท่านมีไข้ มีอาการหนาวสั่น ปวดท้องน้อยอย่างรุนแรง ตกขาวสีเหลืองและมีกลิ่นเหม็น หรือมีเลือดไหลมากกว่าปกติ ควรกลับมาพบแพทย์ทันที	29	90.63	32	100

จากตารางที่ 1 จำนวนผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี มากกว่าร้อยละ 80 มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจสอบกล้องปากมดลูก จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อ 2 การตรวจปากมดลูกด้วยการส่องกล้องขยาย เป็นการตรวจต่อจากที่มีผลการตรวจพบ

ความผิดปกติจากการตรวจมะเร็งปากมดลูก ข้อ 3 การตรวจปากมดลูกด้วยการส่องกล้องขยาย ต้องงดการร่วมเพศอย่างน้อย 7 วัน ข้อ 8. ก่อนเข้าห้องตรวจด้วยการส่องกล้องขยาย ท่านไม่ควรใช้ผ้าอนามัยแบบสอด ข้อ 10 หลังการตรวจด้วยการส่องกล้องขยาย ท่านสามารถปัสสาวะได้ตามปกติ และ ข้อ 15 หลังการตรวจ หากท่านมีไข้ มีอาการหนาวสั่น ปวดท้องน้อยอย่างรุนแรง ตกขาวสีเหลืองและมีกลิ่นเหม็นหรือมีเลือดไหลมากกว่าปกติ ควรกลับมาพบแพทย์ทันที

หลังได้รับข้อมูลความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูก พบว่า ผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูก มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการตรวจส่องกล้องปากมดลูกเพิ่มขึ้นจำนวน 13 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 86.67

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการตรวจส่องกล้องปากมดลูก

ตัวแปร	ก่อนได้รับการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์		หลังได้รับการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์		t-test	p-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
ความรู้	9.47	2.20	12.78	1.21	7.43***	.000

*** $p < .001$

จากตาราง พบว่า ผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี หลังจากได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวมากกว่าก่อนได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.2 ผลของคะแนนการปฏิบัติตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกหลังได้รับการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของคะแนนการปฏิบัติตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกหลังได้รับการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์

การปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องปากมดลูก	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ		ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. งดมีเพศสัมพันธ์ 7 วันก่อนมาตรวจส่องกล้อง	32	100	-	-	-	-
2. งดการใส่ยาสอดช่องคลอด 7 วันก่อนมาตรวจส่องกล้อง	31	96.88	1	3.13		
3. งดการสวนล้างช่องคลอด 7 วันก่อนมาตรวจส่องกล้อง	32	100	-	-	-	-
4. งดการใช้เจลหล่อลื่นบริเวณอวัยวะเพศ 7 วันก่อนการตรวจส่องกล้อง	32	100	-	-	-	-
5. ไม่ควรตรวจช่วงมีประจำเดือน	32	100	-	-	-	-

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของคะแนนการปฏิบัติตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกหลังได้รับการให้
ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ (ต่อ)

การปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องปากมดลูก	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ		ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. หลีกเลี่ยงการใช้ผ้าอนามัยแบบสอด	32	100	-	-	-	-
7. มีญาติที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้มา 1 คน	32	100	-	-	-	-
8. ทานยาลดความดันโลหิตสูงเข้าวันที่นัดทำ(กรณี เป็นโรคความดันโลหิตสูง)	27	84.38	3	9.38	2	6.25
9. งดยาละลายลิ่มเลือด 7 วันก่อนทำ(ในรายที่มียา ละลายลิ่มเลือดทาน)	26	81.25	4	12.50	2	6.25
10. ปัสสาวะก่อนตรวจเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง สะดวกต่อการตรวจ	32	100	-	-	-	-

จากตาราง พบว่า ผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัด
กาญจนบุรี หลังจากได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกมีการปฏิบัติตัว
ก่อนส่องกล้องปากมดลูกอยู่ในระดับถูกต้องร้อยละ 100 จำนวน 7 ข้อ จากจำนวน 10 ข้อ

อภิปรายผล

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูก เรื่องการเตรียม
ตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกระหว่างก่อนและหลังการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ พบว่า หลังจากได้รับข้อมูล
ผ่านสื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจส่อง
กล้องปากมดลูกมากกว่าก่อนได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่า ผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูกส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่
อายุระหว่าง 41-50 ปี มีลักษณะเป็นผู้ที่มีความต้องการการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Knowles, 1984) คือ
ต้องการให้ผู้สอนมีบทบาทเป็น “ผู้อำนวยความสะดวกในการเรียน (Learning Facilitator) ที่ไม่ใช่เป็น
ผู้สอน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้วางแผนให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกเพื่อให้ผู้ป่วย
และมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับเหตุการณ์ สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้
(Witthayathanakul, Komjakraphan, & Jittanoon, 2023) ซึ่งการให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของ
พยาบาลในการให้ข้อมูลแก่ผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูก ทำให้ผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูก
สามารถปฏิบัติตนในขณะที่ทำหัตถการได้อย่างถูกต้อง เป็นการทำข้อมูลทราบก่อนการทำหัตถการ
(Procedure Information) ซึ่งจะสรุปให้ผู้ป่วยทราบว่าเกิดอะไรขึ้นระหว่างทำหัตถการ และการให้
ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral and Coping Instruction) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม

การดูแลตนเองและสิ่งที่ต้องปฏิบัติระหว่างและหลังการทำหัตถการ ผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูกจะมีความวิตกกังวลต่อกระบวนการรักษาอยู่แล้ว ซึ่งระดับความวิตกกังวลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การไม่มีประสบการณ์ในการทำหัตถการนั้นๆ และความต้องการข้อมูล (Yilmaz et al., 2012; Onthaisong & Leethong-in, 2019; Khamlueang et al., 2023; Khamlueang, 2024). ดังนั้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการทำหัตถการโดยการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่ใช้เวลาอยู่ที่ 20-30 นาที รวมทั้งการให้ข้อมูลสามารถใช้สื่อวีดิทัศน์จะเป็นการกระตุ้นความสนใจในการรับฟังข้อมูล (Jullabut, 2018) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้องปากมดลูกได้แก่ ขั้นตอนการส่องกล้อง การปฏิบัติก่อน ขณะและหลังการส่องกล้องเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้พบความผิดปกติของปากมดลูกที่ได้รับการให้ข้อมูลโดยสื่อวีดิทัศน์เรื่องการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Dumkoengtham, Honsamsijad, & Thungjaroenkul (2021) ที่ศึกษาผลของสื่อวีดิทัศน์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาความรู้สึกลึกในผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลแพร์ พบว่าคะแนนความรู้โดยรวมกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนความวิตกกังวลกลุ่มตัวอย่างลดลงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Opad, Kitsripisarn, & Bannaasarn (2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติที่มารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกที่โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ซึ่ง โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจะมีวิดิทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง วิธีการตรวจ การปฏิบัติตัว ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่าภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้ทั้ง 4 ด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ผลของคะแนนการปฏิบัติตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกหลังได้รับการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ ผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าหลังจากได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกมีการปฏิบัติตัวก่อนส่องกล้องปากมดลูกอยู่ในระดับถูกต้องร้อยละ 100 จำนวน 7 ข้อ จากจำนวน 10 ข้อ อธิบายได้ว่า การให้ความรู้แก่ผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูกใช้แนวทางการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learning) (Knowles, 2005) เนื่องจากผู้ใหญ่มักต้องการจะรู้ว่าเพราะเหตุใดหรือทำไมเขาจึงจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้ เขาจะได้ประโยชน์อะไร หรือสูญเสียประโยชน์อะไรบ้างถ้าไม่ได้เรียนรู้สิ่งเหล่านั้น โดยผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูกเกิดการเรียนรู้ได้ดีเนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่ตนเองได้รับโดยตรงว่าตนเองเป็นผู้ที่พบความผิดปกติของปากมดลูกและการใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้ ผู้วิจัยได้พัฒนาสื่อขึ้นมาเองโดยที่เป็นสื่อที่มีการสื่อสารทั้งภาพ สี เสียงในเวลาเดียวกัน สามารถเปิดดูซ้ำได้ทำให้เข้าใจได้ดี มีความสม่ำเสมอเนื้อหา การที่พบ

ความผิดปกติของปากมดลูกได้รับการเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องปากมดลูก จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เมื่อมีการให้ข้อมูลก็จะส่งผลต่อความรู้ และส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องตามมา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Dumkoengtham, Honsamsijad, & Thungjaroenkul (2021) ที่ศึกษาผลของสื่อวีดิทัศน์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาภาวะความรู้สึกลึกในผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลแพร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกที่เข้ารับการรักษาที่กรณีไม่เร่งด่วนในโรงพยาบาลแพร์ ผู้วิจัยพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาภาวะความรู้สึกลึก มีการทดสอบความรู้และความวิตกกังวลก่อนและหลังในกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ชมสื่อวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น พบว่าคะแนนความรู้โดยรวมกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนความวิตกกังวลกลุ่มตัวอย่างลดลงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Opad, Kitsripisarn, & Bannaasarn (2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อกรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติที่มารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจะมีวิดิทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง วิธีการตรวจ การปฏิบัติตัว ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่าภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้ทั้ง 4 ด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

เสนอแนะให้พยาบาลที่ทำหน้าที่เตรียมผู้รับบริการก่อนการทำหัตถการต่าง ๆ เช่น การเตรียมก่อนการผ่าตัด หรือการเตรียมตัวก่อนการทำหัตถการพิเศษต่าง ๆ ได้มีการให้ข้อมูลในการเตรียมตัวก่อนโดยการผ่านช่องทางสื่อสารต่าง ๆ เพื่อให้ผู้รับบริการมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องด้วยการศึกษาเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยจึงเสนอแนะให้มีการศึกษาแบบ 2 กลุ่มที่มีกลุ่มควบคุม เพื่อควบคุมตัวแปรหรือปัจจัยอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ระดับการศึกษา ความสามารถในการใช้สมาร์ทโฟน
2. ศึกษาการใช้สื่อสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้ผู้รับบริการมีความสนใจและเหมาะสมกับสภาพสังคมในปัจจุบัน เช่น การใช้ไอแพนแซท แซทบอท ในการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการส่องกล้องปากมดลูก

Reference

- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (Eds.). (2006). *Fundamental of nursing human health and function*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Dumkoengtham, S. Honsamsijad, Y. & Thungjaroenkul, P. (2021). Effect of Using Video Media to Prepare the Patient Before Undergone Anesthesia on Knowledge and Anxiety in Orthopedic Surgery Patients, Phrae Hospital. *Journal of the Phrae Hospital, 29*(1), 51-64.
- Jullabut, P. (2018). *The Effect of Relaxation with Giving Information Program on Anxiety and Pain Patients with Chest Drain Removed*. Retrieved November 6, 2024 from <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/12478/1/420439.pdf>
- Khamlueang, N. (2024). Effect of Social Support from Nurse on Anxiety in Patients Undergoing Central Venous Catheterization. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 32*(1), 87-100.
- Khamlueang, N., Manoree, C., Suyayai, N., Sawatrak, T., Kumtan, P., & Wongkham, J. (2023). Factors associated with anxiety among patients waiting for a kidney transplant. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 31*(4), 48-60.
- Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (2005). *Adult Learner: the definitive classic in adult education and human resource development* (6th ed.). Amsterdam; Boston: Elsevier.
- Likitsombat, P. (2024). *Cervical Cancer*. Retrieved November 6, 2024 from https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer_center/th/protfolio/knowledge/gyne/servix
- National Cancer Institute. (2024). *Cervical Cancer Causes, Risk Factors, and Prevention*. Retrieved November 6, 2024 from <https://www.cancer.gov/types/cervical/causes-risk-prevention>
- Oermann, M. I., Harris, C. H., & Dammeyer, J. A. (2001). Teaching by the Nurse: How Important is it to patients. *Applied Nursing Research, 14*(1), 11-17.
- Onthaisong, S., & Leethong-in, M. (2019). *Factors related to anxiety before esophagogastroduodenoscopy among hospitalized older persons*. In The National Graduate Research Conference 2019. (pp. 955-966). Khon kaen: Khon Kaen University.

- Opad, N. (2016). *The Effect of a Motivation-Enhancing Program for The Prevention of Illness on The Perceived Prevention of Cervical Cancer and Adherence to Follow-up Closcopy among Women with Abnormal Pap Test Result*. A Thesis Submitted in Partial Fullfillment of The Requoment for The Degree of Master of Nursing Science Department of Adult Nursing Faculty of Nursing, Thammasat University.
- Opad, N., Kitsripisarn, S., & Bannaasarn, B. (2018). The Effects of a Motivation-Enhancing Program for The Prevention of Illness on The Perceived Prevention of Cervical Cancer and Adherence to Follow-Up Colposcopy among Women with Abnormal Pap Test Results. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(Supplement Issue 2), 339-347.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2007). *Basic nursing: Essentials for practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Vongkankew, N, & Suorasert, P. (2015). *Colposcopy*, Retrieved November 6, 2024 from <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturesttopics/topic-review/4309/>
- Witthayathanakul, K., Komjakraphan, P., Jittanoon, P. (2023). The Effects of Information Providing Integrated with Family Support Program on Uncertainty in Illness among Elders with Acute Myocardial Infarction. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*, 43(2), 42-53.
- Yilmaz, M. Y., Sayin, Y., & Tel, H. (2012). The information needs and anxiety levels of patients undergoing coronary angiography, before the procedure Turkiye Klinikleri. *Journal of Nursing Sciences*, 4(2), 55-65.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปิยะพร พรหมแก้ว^{1*}, กุลนันท์ ปรีชา², ปัญญพร แสงอุทัย²,
วิรัชญา บุญเจริญ², ศิริรัตน์ คงนัย², สิตานัน ศรีธรรมรัตน์²,
อติศยา ปานเมือง², อนัญญา มานะจิตร์²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

²นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสุข และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 393 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินดัชนีชี้วัดความสุขฉบับ 15 ข้อ และแบบประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุขของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์ ได้แก่ สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความสุขโดยรวมอยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป ($M=45.91$, $SD.=6.12$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว ($r= .345$, $.398$ และ $.452$, $p < .01$), ปัจจัยด้านสังคม ($r= .310$, $p < .01$), ปัจจัยด้านสุขภาพ ($r= .371$, $.475$ และ $.434$, $p < .01$) และ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ($r= .211$, $p < .05$) การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการบริหารจัดการรายได้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมมีส่วนร่วมในสังคม และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจให้มีจิตใจที่สงบสุขและมีความสุขได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงให้ความตระหนักถึงการอยู่ร่วมกันในครอบครัว ให้ความสำคัญเคารพนับถือ ให้เกียรติและเห็นคุณค่ากันและกัน สิ่งเหล่านี้จะช่วยสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

คำสำคัญ: ความสุข, ผู้สูงอายุ, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: piyaporn@bcnnakhon.ac.th)

วันที่รับ 10 ก.พ. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 14 พ.ค. 2568, วันที่ตอบรับ 21 พ.ค. 2568

Factors Related to Happiness of Elderly in Mueang District, Nakhon Si Thammarat

Piyaporn Promkaew^{1*}, Kullanan Preecha², Panyaporn Sanguthai²,
Wiranyupa Boonjaroen², Sirirat Kongnuy², Sitanan Srithammarat²,
Atitaya Panmuang², Ananya Manajit²

¹Boromrajonnani College of Nursing, Nakhonsithammarat Faculty of Nursing

²Bachelor of Nursing Science Program Boromrajonnani College of Nursing, Nakhonsithammarat Faculty of Nursing

ABSTRACT

This correlational research aimed to study the happiness level of the elderly and factors related to happiness of elderly in Mueang district, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 393 elderly people. The research tools used include (1) Personal information questionnaire, (2) 15-Item Happiness Index evaluation form, and (3) Factors related to the happiness of the elderly. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficients and Spearman Correlation Coefficient.

The results found that the elderly have an overall level of happiness equal to the general population. ($M=45.91$, $SD.=6.12$). And Factors related to the happiness of the elderly include family factors ($r= .345$, $.398$ and $.452$, $p < .01$), Social factors ($r= .310$, $p < .01$), Health factors ($r= .371$, $.475$, and $.434$, $p < .01$), and Economic factors ($r= .211$, $p < .05$). According to the research findings, nurses and health care professionals should promote effective income management among elderly people, organize health-promoting activities, encourage social participation, and support involvement in religious activities to provide psychological anchorage for a peaceful and happy mind. Additionally, there should be an emphasis on family cohesion, mutual respect, and valuing each other, which will help build good family relationships and enable elderly people to live a normal and happy life.

Keywords: Happiness, Elderly, Factors Related

*Corresponding e-mail: piyaporn@bcnnakhon.ac.th

Received: February 10, 2025; Revised: May 14, 2025; Accepted: May 21, 2025

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 8 No.1 January - June 2025 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุมาตั้งแต่ปี 2548 เนื่องจากมีประชากรสูงอายุในสัดส่วน 20 % ของประชากรทั้งหมด จากข้อมูลของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ เดือน ธันวาคม 2566 พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 13,064,929 คน คิดเป็นร้อยละ 20.17 ของประชากรรวม ภาคใต้มีประชากรผู้สูงอายุ 1,619,529 คน คิดเป็นร้อยละ 12.40 ในของประชากรรวม สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวนผู้สูงอายุ 305,509 คน คิดเป็นร้อยละ 19.93 (Department of Older Persons, 2023) อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช มีจำนวนผู้สูงอายุ 20,621 คน คิดเป็นร้อยละ 15.58 โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดเตียง 272 คน กลุ่มติดสังคม 17,697 คน และกลุ่มติดบ้าน 2,778 คน จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (Department of Provincial Administration, Ministry of Interior, 2023)

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงถดถอยลงทุกๆ ด้าน เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ได้แก่ ร่างกายอ่อนแอและแข็งช้า ร่างกายเสื่อมโรทรหม กาทรงตัวไม่ดี ทำให้เจ็บป่วยได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญาและการรับรู้ ได้แก่ หลงลืมง่าย ความจำไม่ดี การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ไม่คงที่ อ่อนไหวง่าย มักเอาแต่ใจตัวเอง โกรธง่าย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ได้แก่ ผากจิตใจไว้กับวัดและยึดศาสนาเป็นที่พึ่ง บางรายอาจต้องหาเลี้ยงชีพอยู่หรือเลี้ยงดูลูกหลานในบ้าน จึงกลายเป็นที่พึ่งและเพื่อนเล่นของลูกๆ หลาน ซึ่งก็ช่วยให้มีความสุขเพลิดเพลิน (Sararuk, Chuntuang, & Chutakulkit, 2021) เมื่อใดที่ผู้สูงอายุไม่สามารถยอมรับหรือปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ ก็จะส่งผลกระทบต่อความสุข เช่นเดียวกับ Teeranupattana, & Senasu (2021) ที่พบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อระดับความสุข คือ เมื่อมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ไม่มีอาการเจ็บป่วยก็จะทำให้ระดับความสุขเพิ่มขึ้น (Tipwareerom, Apiratanawong, & Pothimas, 2022) และการมีงานมั่นคง ไม่มีหนี้สิน (Prukkanone, Tanaree, & Kittirattanapaiboon, Supreda, 2022) การได้รับการสนับสนุน ดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะการได้รับการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจ และความสัมพันธ์ของครอบครัวที่ดีของคนในครอบครัว จะช่วยให้ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (Prukkanone, Kittirattanapaiboon, Tanaree, & Supreda, 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรม ความสุข หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวให้เข้ากับ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีสมรรถภาพในการทำงาน และอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ สุขภาพไม่ว่าจะเป็นสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับทุกชีวิตในการดำรงอยู่อย่างปกติ (National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society, 2022) ระดับความสุขของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุที่ผ่านมามีในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ความสุขของผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อยกว่า ถึงเท่ากับคนทั่วไป กล่าวคือ Rungwiwatsin (2023) พบว่า ระดับความสุขของผู้สูงอายุทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์เท่ากับคนทั่วไป โดยที่ไม่พบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล เมื่อเปรียบเทียบระดับความสุขของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มวิถีชีวิตชนบทมีค่าเฉลี่ยของความสุขอยู่ในเกณฑ์มากกว่าคนทั่วไป และผู้สูงอายุกลุ่มที่มีวิถี

ชีวิตกึ่งเมืองมีค่าเฉลี่ยของความสุขอยู่ในเกณฑ์เท่ากับคนทั่วไป ซึ่งพบว่าระดับความสุขของผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มนี้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ และความพึงพอใจในชีวิตที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขในแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($p < .05$) โดยผู้สูงอายุกลุ่มวิถีชีวิตชนบทจะมีความสุขเมื่อได้ใช้ชีวิตหรือได้รับการเอาใจใส่จากคนรอบข้างและการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มวิถีชีวิตกึ่งเมืองจะมีความสุขเมื่อตนเองรู้สึกปลอดภัย เช่นเดียวกับ Tipwareerom, Apiratanawong, & Pothimas (2022) พบว่า ความสุขของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป และรองลงมาคือมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป และปัจจัยที่สามารถทำนายความสุขของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Chotipanut, 2023; Saengthongsuk & Kiengprasit, 2024) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวในการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย สติปัญญาและการรับรู้ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงบริบทพื้นที่ หากการศึกษากลุ่มตัวอย่างอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองและผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม หรือติดบ้านย่อมส่งผลกระทบต่อระดับความสุขที่แตกต่างกัน (Mahawichian, 2020; Tipwareerom, Apiratanawong, & Pothimas, 2022; Mahmoodi et al., 2022) ในบริบทจังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นชุมชนเมือง และชุมชนกึ่งเมือง และยังไม่มีการศึกษาเรื่อง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยทางด้านสุขภาพ ปัจจัยทางด้านสังคม และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุขของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในบริบทของพื้นที่ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสุขของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุนั้นมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ พื้นที่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา Amornnimit, Sansuk, & Rangseeprom (2022) ปัจจัยด้านสุขภาพพบว่า การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีคือไม่มีโรคประจำตัว มีความสุขมากกว่าผู้ที่มีโรค ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมพบว่า อาชีพระดับรายได้ ส่งผลกระทบต่อความสุขของผู้สูงอายุคือ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะการออม ภาระหนี้สินที่แตกต่างกันส่งผลกระทบต่อความสุขของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมีปัญหาสุขภาพมากกว่าวัยอื่นทำให้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลงหรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย ทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีความสุขอยู่ในระดับน้อยกว่าคนทั่วไป ปัจจัยด้านเศรษฐกิจส่งผลกระทบต่อระดับความสุขคือ ผู้ที่มีปัจจัยคุณภาพด้านเศรษฐกิจในครัวเรือนสูง มีการบริหารจัดการทางการเงินที่ดี และการเก็บออมจะส่งผลให้ระดับความสุขสูงขึ้น (Babazadeh, et al., 2025; Monsalve et al., 2022) เครือข่ายทางสังคมครอบครัว เพื่อน ชุมชน และองค์กรต่าง ๆ เช่น องค์กรที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปร่วมทำงานอาสาสมัคร ผู้สูงอายุที่มีคู่มิมีความสุขทางใจมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่ ผู้สูงอายุต้องการเป็นผู้ที่มีบทบาทในสังคมมีความไว้วางใจและช่วยเหลือกันมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคมและทำให้มีชีวิตรอยู่อย่างมีความหมาย (Mahawichian, 2020; Saengthongsuk & Kiengprasit, 2024)

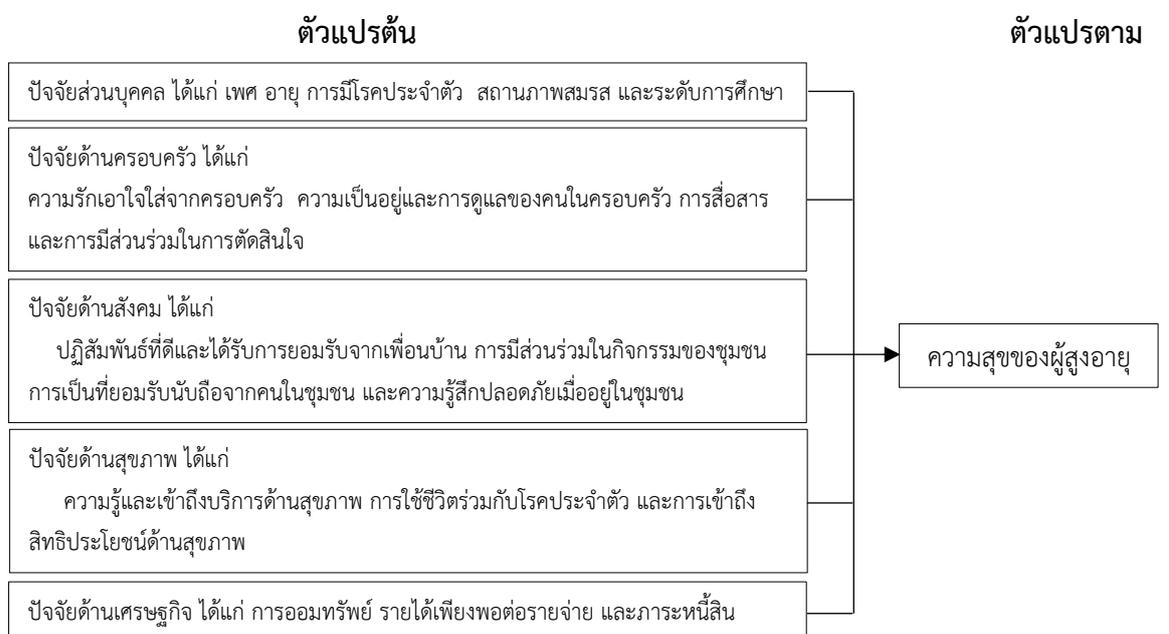
จากสถานการณ์ผู้สูงอายุของ อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 15.58 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า มีปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จ.นครศรีธรรมราช ซึ่งยังไม่พบ การศึกษาในกลุ่มผู้อายุในพื้นที่นี้ ดังนั้น เพื่อให้ทราบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของ ผู้สูงอายุเพื่อเป็นแนวทาง เพื่อใช้เป็นแนวทางประกอบการพัฒนาปัจจัยหรือกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงวัยใน ครอบครัว ชุมชน และสังคมในจังหวัดนครศรีธรรมราชได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุขของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และปัจจัยทางด้านครอบครัว ได้แก่ ความรักเอาใจใส่จากครอบครัว ความเป็นอยู่ และการดูแลของคนในครอบครัว การสื่อสาร และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Prukkanone, Kittirattanapaiboon, Tanaree, & Supreda, 2022) ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีและ ได้รับการยอมรับจากเพื่อนบ้าน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน การเป็นที่ยอมรับนับถือจากคนในชุมชน และปลอดภัยเมื่ออยู่ในชุมชน ปัจจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้และเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การใช้ชีวิต ร่วมกับโรคประจำตัว และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ และปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การออมทรัพย์ รายได้เพียงพอต่อรายจ่าย ภาระหนี้สิน (Mahawichian, 2020; Saengthongsuk & Kiengpravit, 2024) ดังกรอบแนวคิด



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาระดับความสุขและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973)

$$n = N / (1 + Ne^2) = 21,214 / (1 + 21,214 \times 0.050^2)$$

$$n = 21,214 / 54.035 = 392.59 = 393 \text{ ราย}$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 393 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนขนาดของประชากรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช เลือกหมู่บ้านที่มีจำนวนประชากรใกล้เคียงกันจำนวน 16 ตำบล สุ่มกลุ่มตัวอย่างรายตำบล ๆ ละ 1 หมู่บ้าน แล้วสุ่มตัวอย่างแบบ stratified random sampling ตำบลละ 24 คน 7 ตำบล และตำบลละ 25 คน 9 ตำบลโดยเลือกจากหมู่บ้านที่มีประชากรมากที่สุดในแต่ละตำบลแล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จนครบจำนวน 393 คน จาก รพ.สต.ใน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 14 รพ.สต. ได้แก่ รพ.สต.ท่าไร่ รพ.สต.บ้านบางกระบือ รพ.สต.ปากนคร รพ.สต.นาทราย รพ.สต.กำแพงเขา รพ.สต.บ้านย่านซื่อ รพ.สต.ไชยมนตรี รพ.สต.มะม่วงสองต้น รพ.สต.นาเคียน รพ.สต.ท่าจิว รพ.สต.บางจาก รพ.สต.ปากพูน รพ.สต.ท่าซึก รพ.สต.บ้านไม้แดง วันที่ 17 ตุลาคม 2567

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ได้แก่ (1) ผู้ที่มีสัญชาติไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง (2) ไม่เป็นผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ หรือไม่เป็นผู้พิการทุกประเภท (3) สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่สับสน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย (4) ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและการรับรู้คะแนนประเมิน Mini-cog ≥ 3 คะแนน และ (5) อาศัยในพื้นที่ที่ศึกษา ≥ 10 ปี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ (1) มีความบกพร่องในการสื่อสาร เช่น พูดคุยสับสน การได้ยินลดลง เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร (2) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้คือ แบบสอบถามโดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย มีทั้งหมด 16 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาระหนี้สิน โรคประจำตัว สิทธิในการรักษาพยาบาล สัมพันธภาพในครอบครัว สมาชิกในครอบครัว การมีผู้ดูแลประจำ ลักษณะที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การเป็นสมาชิกชมรมต่าง ๆ

2. แบบประเมินความสุข โดยใช้แบบสอบถามดัชนีชีวิตความสุขฉบับ 15 ข้อ ที่พัฒนาโดย Mongkul, et al., 2002) (TMHI-15) ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ. 2550 (Department of Mental Health, 2016; National Statistical Office, 2020) ประกอบด้วย 2 ตอน

ตอนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อให้คะแนนแบบ Rating Scale 4 ระดับ โดยแบ่งเป็น ข้อคำถามทางบวก จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เลย, 2 คะแนน

หมายถึง เล็กน้อย, 3 คะแนน หมายถึง มาก และ 4 คะแนน หมายถึง มากที่สุด และข้อคำถามทางลบ ได้แก่ คำถามข้อที่ 3, 4, และ 5 แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้ 4 คะแนน หมายถึง ไม่เลย, 3 คะแนน หมายถึง เล็กน้อย, 2 คะแนน หมายถึง มาก, 1 คะแนน หมายถึง มากที่สุดการแปลผลคะแนน คะแนนรวมทั้งหมด เท่ากับ 60 คะแนน 51-60 คะแนน หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good), 44-50 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair) และ ≤ 43 คะแนน หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (Poor)

ตอนที่ 2 ข้อคำถามภาพรวมความสุขและความพึงพอใจในชีวิตจำนวน 2 ข้อ ให้คะแนน 0-10 คือ 0 หมายถึง ไม่มีความสุขเลย และ 10 หมายถึง มีความสุขมากที่สุด (National Statistical Office, 2020) การแปลความหมายของภาพรวมความสุขและความพึงพอใจในชีวิตสามารถแบ่งเป็น 4 ระดับ (National Statistical Office, 2020) คือ คะแนนเฉลี่ย 0 หมายถึง ไม่มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิต, 0.01-3.99 หมายถึง มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตระดับเล็กน้อย, 4.00-6.99 หมายถึง มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตระดับปานกลาง และ 7.00-10.00 หมายถึง มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตระดับมาก

3. แบบประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นปัจจัยด้านครอบครัวจำนวน 4 ข้อ ด้านปัจจัยด้านสังคม 4 ข้อ ด้านสุขภาพจำนวน 3 ข้อ และด้านเศรษฐกิจจำนวน 4 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale 4 ระดับ (Supata & Buasri, 2024) การแปลผลคะแนนรายด้านโดยใช้คะแนนเฉลี่ยมาตราส่วน 4 ระดับ ดังนี้ 3.51-4.00 หมายถึง ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุระดับมากที่สุด, 2.51-3.50 หมายถึง ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุระดับมาก, 1.51-2.50 หมายถึง ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุระดับปานกลาง, และ 1.00-1.50 หมายถึง ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุขของผู้สูงอายุ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ คือ อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน พิจารณาเหมาะสมของเนื้อหาได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามรายข้อ (Index of Consistency: IOC) ที่มีค่า .50-1.00 สามารถใช้ได้ และปรับปรุงข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า .50 ส่วนแบบประเมินความสุขเป็นแบบประเมินของกรมสุขภาพจิตที่ผ่านการศึกษาในชั้นตอนที่สมบูรณ์และเผยแพร่ในระดับประเทศได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .83 แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างประชาชนช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราชจำนวน 30 คน แล้วนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่า Cronbach's Alpha Coefficient ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ได้เท่ากับ .92 และ .74 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผู้วิจัยขอหนังสืออนุญาตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าเก็บข้อมูล หลังจากนั้นดำเนินการนัดกลุ่มตัวอย่าง ณ ศาลาประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่ตามรายชื่อที่กำหนดไว้ ลงเก็บข้อมูลประมาณ 8 ครั้ง/43 คน ช่วงเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2567

ดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบจำนวน 393 ฉบับ แล้วตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถามก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic statistics) โดยทดสอบสถิติ โคลโมโกรอฟ-สมิโนฟ ในกรณีข้อมูลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมก่อนมีค่าพบว่ามีค่าระหว่าง .195- .254 กราฟ normal plot มีการกระจายแบบปกติ (normal distribution) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ โดยทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ถ้าข้อมูลไม่มีการกระจายแบบปกติ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสปีร์แมน (Spearman Correlation Coefficient: r)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เลขที่อนุมัติ E-14/2567 ลงวันที่ 26 กันยายน 2567 ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมโดยให้ความเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขอบเขตของการเก็บข้อมูล รวมถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโดยสมัครใจ ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมได้ลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการศึกษา และไม่ระบุตัวตนในการเผยแพร่

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 393 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.00) และเป็นเพศชาย (ร้อยละ 25.00) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 80.91) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 62.84) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 63.86) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 19.84) ระดับปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) (ร้อยละ 10.94) และระดับสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 3.56) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาระหนี้สิน (ร้อยละ 51.14) และมีผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 81.18) โดยทั้งหมดอาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนเมือง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 393)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	98	25.00
หญิง	295	75.00
อาชีพ		
ข้าราชการบำนาญ	43	10.94
เกษตรกร	94	23.91
ค้าขาย	39	9.92
รับจ้าง	129	32.82
ธุรกิจส่วนตัว	12	3.05
พนักงานเอกชน	4	1.02
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	72	18.34
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 10,000	318	80.91
10,000-29,999	55	14.0
30,000-49,999	20	5.09
โรคประจำตัว		
ไม่มี	165	41.99
มี	228	58.01
สถานภาพสมรส		
โสด	27	6.88
สมรสอยู่ด้วยกัน	247	62.84
สมรสแยกกันอยู่	11	2.79
หม้าย/หย่าร้าง	108	27.49
อายุ (ปี) (Mean=68.89, SD.=6.7, Max=84, Min=62)		
60-69	247	62.84
70-79	121	30.79
80-85	25	6.37
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา	7	1.78
ประถมศึกษา	251	63.86
มัธยมศึกษา	78	19.84
ปริญญาตรี/ปวส.	43	10.94
การตรวจร่างกายประจำปี		
ตรวจเป็นประจำทุกปี	177	45.03
ตรวจเป็นบางครั้ง ไม่ประจำทุกปี	168	42.74
ไม่เคยตรวจเลย	48	12.23

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 393) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาระหนี้สิน		
ไม่มี	201	51.14
มี	192	48.86
กลุ่มผู้สูงอายุ (ADL)		
กลุ่มติดสังคม (12 คะแนน ขึ้นไป)	325	82.69
กลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน)	68	17.31

ส่วนที่ 2 ระดับความสุขของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขโดยรวมอยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป (M=46.57, SD.=2.68) ส่วนใหญ่มีความสุขระดับเท่ากับคนทั่วไป (M=47.08, SD.=1.80) มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตในชีวิตในปัจจุบันระดับมาก (M=7.88, 7.51, และ SD.=1.85, 2.18 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความสุขของผู้สูงอายุ (n=393)

ระดับความสุข	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (M)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)
มากกว่าคนทั่วไป (Good)	74 (18.82)	53.94	2.09
เท่ากับคนทั่วไป (Fair)	204 (51.91)	47.08	1.80
น้อยกว่าคนทั่วไป (Poor)	115 (29.27)	38.71	4.15
รวม		46.57	2.68

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

จากการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ถึงมาก โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M=2.77, SD.= .60) และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และมีคะแนนสูงสุดคือ ด้านครอบครัว (M=3.02, SD.= .56) และด้านเศรษฐกิจมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M=2.18, SD.= .72) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน (n=393)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ	ระดับคะแนน		
	ค่าเฉลี่ย (M)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)	แปลผล
ด้านครอบครัว	3.02	0.56	มาก
ด้านสังคม	2.90	0.53	มาก
ด้านสุขภาพ	3.01	0.59	มาก
ด้านเศรษฐกิจ	2.18	0.72	ปานกลาง
รวม	2.77	0.60	มาก

จากการศึกษา พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับต่ำ ได้แก่ ความรักเอาใจใส่จากครอบครัว ความเป็นอยู่และการดูแลของคนในครอบครัว และการสื่อสารของคนในครอบครัว สื่อสารกันอย่างมีคุณภาพ ($r = .345, .398$ และ $.452, p < .01$) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับความสุขในระดับปานกลาง ($r = .566, p < .01$) ปัจจัยด้านสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน ($r = .310, p < .01$) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน และรู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ในชุมชน ($r = .402, .423$ และ $.411, p < .01$) ปัจจัยด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ ได้แก่ มีความรู้และเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การใช้ชีวิตร่วมกับโรคประจำตัว และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ($r = .371, .475$ และ $.434, p < .01$) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขของผู้สูงอายุได้แก่ การมีภาระหนี้สินที่ต้องจ่ายเป็นประจำมีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของผู้สูงอายุทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ ($r = .211, p < .05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) และ (p) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (ตัวแปรต้น) กับระดับความสุขของกลุ่มตัวอย่าง (ตัวแปรตาม)

ตัวแปร	r
ปัจจัยส่วนบุคคล	
เพศ	.074
อายุ	.412
โรคประจำตัว	.197
สถานภาพสมรส	0.97
ระดับการศึกษา	.134
ปัจจัยด้านครอบครัว	
ความรักเอาใจใส่จากครอบครัว	.345**
ความเป็นอยู่และการดูแลของคนในครอบครัว	.398**
การสื่อสารของคนในครอบครัวสื่อสารกันอย่างมีคุณภาพ	.452**
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของคนในครอบครัว	.566**
ปัจจัยด้านสังคม	
ปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน	.310**
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน	.402**
ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน	.423**
รู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ในชุมชน	.411**

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) และ (p) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (ตัวแปรต้น) กับระดับความสุขของกลุ่มตัวอย่าง (ตัวแปรตาม) (ต่อ)

ตัวแปร	r
ปัจจัยด้านสุขภาพ	
ความรู้และเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ	.371**
การใช้ชีวิตร่วมกับโรคประจำตัว	.475**
การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ	.434**
การสื่อสารของคนในครอบครัวสื่อสารกันอย่างมีคุณภาพ	.452**
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ	
การออมทรัพย์	.181
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	.185
ภาระหนี้สิน	.211*

*p-value < .05, ** p-value < .01, r ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์, p ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เปียร์แมน

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ระดับความสุขของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ส่วนใหญ่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป และมีความพึงพอใจในชีวิตในปัจจุบันอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (อายุเฉลี่ย 68.89 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 62.84 ในระดับการศึกษาสูงสุดมากกว่าครึ่งจบชั้นประถมศึกษา เป็นกลุ่มติดสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นที่ยังสามารถดูแลตนเองได้ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า ยังสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tipwareerom, Apiratanawong, & Pothimas (2022) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม สามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า มีความภาคภูมิใจ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุที่มากที่สุด คือ 60-70 ปี ร้อยละ 71.6 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ถิ่นที่อยู่อาศัยและปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีผลต่อความสุขและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ส่งผลให้มีความสุขอยู่ในระดับน้อยกว่าคนทั่วไปซึ่ง Wanphong & Honggam (2018) พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถทำนายความสุขของผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 81.18 และสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันร้อยละ 62.84 เป็นผลให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะการได้รับการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจ จะช่วยทำให้ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้น (Cha, 2021)

ปัจจัยด้านครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสื่อสารของคนในครอบครัวสื่อสารกันอย่างมีคุณภาพ และความรักเอาใจใส่จากครอบครัว อาจ

เนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีผู้ดูแลหลักได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว อาศัยอยู่กับคนในครอบครัว โดยเฉพาะการได้รับการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจ จะช่วยให้ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้นและความสัมพันธ์ของครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้มีความสุขเกิดขึ้น (Prukkanone, Kittirattanapaiboon, Tanaree, & Supreda, 2022) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khunsiri & Pingkhanont (2023) พบว่า บุตรหลานหรือผู้สนิทสนมอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวทำให้มีการพูดคุย ถามไถ่ทุกข์สุข ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุจะรู้สึกอ้างว้างและมีบรรยากาศอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีการเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด เป็นเหตุแห่งความสุขของผู้สูงวัย (Cha, 2021)

ปัจจัยด้านสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน ความรู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ในชุมชน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง และอยู่ในชุมชนที่ปลอดภัย ดังนั้นการพบปะสังสรรค์จากบุคคลที่อยู่ในวัยเดียวกันและวัยต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ อาศัยในชุมชนที่ปลอดภัย จะมีผลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุข (Tipwareerom, Apiratanawong, & Pothimas, 2022) เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมนับเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุต้องการที่จะได้รับจากบุคคลในสังคม เพื่อสนองตอบต่อความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อความต้องการของตนเอง (Wang, Xu, Nie, Zhang, Li, & Wu, 2022)

ปัจจัยทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มีความรู้และเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การใช้ชีวิตร่วมกับโรคประจำตัว อาจเนื่องมาจาก การเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดข้อจำกัดทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันลดลง ผู้สูงอายุจะรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตไม่ดีขึ้นส่งผลให้ความสุขของผู้สูงอายุลดลงได้ (Tipwareerom, Apiratanawong, & Pothimas, 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ Teeranupattana & Senasu (2021) พบว่า เมื่อคนเรามีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ไม่มีอาการเจ็บป่วย ก็จะทำให้ระดับความสุขเพิ่มสูงขึ้น เพราะสามารถปรับตัวได้ มีความคิดทางบวกสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีเหตุผล รวมถึงสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้นด้วย (Tipwareerom, Apiratanawong, & Pothimas, 2022)

ปัจจัยด้านคุณภาพเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีภาระหนี้สินที่ต้องจ่ายเป็นประจำมีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีภาระหนี้สิน และอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับบุตรค่าใช้จ่ายในครอบครัวบุตรจะเป็นคนดูแล เช่น ค่าอาหาร ค่าน้ำ-ค่าไฟ ในปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุมีสวัสดิการรองรับผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เช่น เงินเดือนผู้สูงอายุ บัตรคนจน การช่วยเหลือของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงของรายได้ตนเองไม่ต้องดิ้นรนที่จะสร้างรายได้เพิ่มขึ้น หรือรายได้ที่มาจากการช่วยเหลือจุนเจือของคนในครอบครัวและการสนับสนุนของรัฐ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตและมีความสุข ทั้งนี้ผู้ที่มีรายได้แตกต่างกันจะมี

ระดับความสุขที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่าจะมีความสุขมากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ยากจนกว่า (Tokham, Aniwattanapong, & Thongnim, 2023; Pekalee & Soottipong, 2023) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Babazadeh, et al. (2025) พบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อทางบวกต่อระดับความสุขของคนโดยพบว่าคนรวยที่มีฐานะที่ดีกว่าโดยเฉลี่ยจะมีความสุขมากกว่าคนยากจนเนื่องจากการไม่มีรายได้ทำให้คนยากจนไม่มีโอกาสที่จะบริโภคสินค้าที่สร้างความสุขให้แก่ตนเอง โดยไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระของลูกหลาน ย่อมเกิดความผาสุกในจิตใจของผู้สูงอายุ (Wu & Cao, 2023)

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว และระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของผู้สูงอายุ อาจเป็นเพราะปัจจัยส่วนบุคคลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้จึงไม่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ แต่ความต้องการและสามารถตอบสนองได้ตามความต้องการจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในตนเองได้และเกิดการยอมรับที่จะรู้จักปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดีและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (Saenborisut, & Charerntanyarak, 2020) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งการมีชีวิตคู่จะทำให้ผู้สูงอายุไม่เหงาและว้าเหว่ จากมีคู่สมรสทั้งร่วมปรึกษาหารือกัน ให้ความรักความห่วงใยซึ่งกันและกันทำให้เกิดพลังเสริมซึ่งกันและกัน ซึ่งต่างจากหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เพศต่างกันมีความสุขในชีวิตต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ เพศชายมีระดับความคิดเห็นต่อความสุขในชีวิตมากกว่าเพศหญิง (Monsalve, Valencia, León, Acevedo, Rengifo, Cortes, et al., 2022; Khunsiri & Pingkhanont, 2023) และ Amornnimit, Sansuk, & Rangseeprom, (2022) พบว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์มีตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อความสุขคือ พื้นที่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านสุขภาพ กล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีกว่า ไม่มีโรคประจำตัวมีความสุขมากกว่าผู้ที่มีโรค และพบว่าระดับการศึกษาจะทำให้เข้าถึงข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ ได้มากขึ้น ดังนั้นเมื่ออายุการศึกษาเพิ่มขึ้นระดับความสุขก็จะเพิ่มขึ้นด้วย (Khunsiri & Pingkhanont, 2023; Pekalee & Soottipong, 2023)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ตามขนบธรรมเนียมประเพณีและศาสนา เช่น วันสงกรานต์ วันสารทเดือนสิบ มีโอกาสได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อการผ่อนคลายทางอารมณ์และจิตใจทำให้ผู้สูงอายุมีจิตใจที่สงบสุขและมีความสุขได้ดียิ่งขึ้น
2. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการบริหารจัดการรายได้ มีการออม เพื่อให้เกิดความมั่นคงของรายได้ โดยมีการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การได้รับเบี้ยผู้สูงอายุตามมาตรฐานที่ควรได้รับ หรือการจัดทำบันทึกรายจ่ายต่อเดือน และการส่งเสริมอาชีพในผู้สูงอายุ
3. ให้ความตระหนักถึงการอยู่ร่วมกันในครอบครัว ค่อยๆ หนุนคนในครอบครัว ให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติและเห็นคุณค่ากันและกัน ทำให้เกิดครอบครัวอบอุ่น ผู้สูงอายุก็จะสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย เพื่อเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุในแต่ละบริบทว่าเป็นอย่างไร
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ และการพัฒนารูปแบบโปรแกรมที่ส่งเสริมความสุข ด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

References

- Amornnimit, U., Sansuk, N., & Rangseeprom, T. (2022). The Study of Elderly Life Happiness. *Social Science Journal*, 11(1), 116-127.
- Babazadeh T, Ranjbaran S, Pourrazavi S, Maleki Chollou K, Nadi A, et al. (2025) Self-efficacy, self-esteem, and Happiness in older adults: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 20(3), e0319269. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319269>
- Cha, M. (2021). Factors Influencing Happiness of Elderly People with Cognitive Impairment in Korea. *NVEO Nat*, 8, 5083-5096.
- Department of Provincial Administration, Ministry of Interior. (2023). *Nakhon Si Thammarat Province Data Report*. Retrieved July 3, 2024 from <https://3doctor.hss.moph.go.th>
- Department of Older Persons. (2023). *General Information for the Elderly*. Retrieved July 4, 2024 from <https://www.dop.go.th/th/know/1>
- Khunsiri, W., & Pingkhanont, P. (2023). Intrapersonal Happiness. *Journal of Local Governance and Innovation*, 7(3), 326-342. <https://doi.org/10.14456/jlgisrru.2023.64>
- Mahawichian, C. (2020). *Factor Well – Being and Quality of Life Affecting Happiness of the Elderly in Ban Khai District in Rayong Province*. Degree of Master of Education in Guidance and Psychological Counseling School of Educational Studies, Sukhothai Thammathirat University.
- Mahmoodi, Z., Yazdkhasti, M., Rostami, M., & Ghavidel, N. (2022). Factors Affecting Mental health and Happiness in the Elderly: A Structural Equation Model by Gender Differences. *Brain and Behavior*, 12. <https://doi.org/10.1002/brb3.2549>
- Monsalve, A., Valencia, S., León, R. D., Acevedo, D., Rengifo, L., Cortes, J. et al. (2022). Factors Associated with Happiness in Rural Older Adults: An Exploratory Study. *International Journal of Psychological Research*, 15(1), 7-15.

- National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. (2020). *Survey on Mental Health (Happiness) of People in Thailand 2020*. National Statistical Office. Retrieved July 5, 2024 from https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230505104130
- Pekalee, A., & Soottipong G. R. (2023). In-home Environment and Happiness Among Older Adults in Thailand. *Frontiers in Public Health*, 3(11), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1159350>
- Prukkanone, B., Kittirattanapaiboon, P., Tanaree, A., & Supreda, B. (2022). Happiness in Thai Population: A 2018 National Survey Analysis at Provincial Level. *Journal of Mental Health of Thailand*, 30(1), 75-86.
- Rungwiwatsin, T. (2023). The Management on Happiness and Level of Happiness of Medicine Science for the Life Style of Elderly in Sila Subdistrict of Mueang District Khon Kaen Province. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 8(4), 241-249.
- Saengthongsuk, O., & Kiengprasit, P. (2024). Social Support Influencing the Happiness of the Elderly in Samut Prakan Province. *Academic Journal of Management Technology (AJMT)*, 5(1), 48-58.
- Saenborisut, O., & Charentanyarak, L. (2020). Factors Associated with Happiness in the Elderly in Khamyai Subdistrict, Huaimek District, Kalasin Province. *KKU Journal for Public Health Research*, 13(2), 14-24.
- Sararuk, M., Chuntuang, C., & Chutakulkit, S. (2021). Factors Related to Depression Among Elderly in Non-Communicable Diseases Patients Receiving Services at Phoyai Sub-district Health Promoting Hospital, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. The 16th National Academic Conference on Research and Innovation for SDGs.
- Supata, W., & Buasri, S. (2024). Factors Associated with Quality of Life Among Dependent Older People in Muang district. *Journal of Nursing and Health Research*, 25(2), 1-17.
- Taro Yamane. (1973). *Statistics: an introductory analysis*. New York: New York: Harper & Row.
- Teeranupattana, C., & Senasu, K. (2021). Factors Affecting Happiness: The Role of Membership with Different Incomes as a Moderator. *Journal of Chandrakasemsarn*, 27(2), 260-278.
- Tipwareerom, W., Apiratanawong, S., & Pothimas, N. (2022). Factors Predicting Happiness Among Older Adults in Rural Petchabun Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 9(1), 94-106.

- Tokham, P., Aniwattanapong, W., & Thongnim, T. (2023). Life Happiness of the 4.0 Era Elderly in Bangkok Metropolis. *Journal of Business Administration and Social Sciences Ramkhamhaeng University*, 6(1), 84-103.
- Wanphong, S., & Hongngam, J. (2018). Factors Affecting Life Happiness of Elderly People: An Empirical Study in Amphoe Muang, Khon Kaen Province. *Journal of Economics and Management Strategy*, 5(2), 21-32.
- Wang, J., Xu, J., Nie, Y., Zhang, X., Li, Y., & Wu, Q. (2022). Effects of Social Participation and Its Diversity, Frequency, and Type on Depression in Middle-Aged and Older Persons: Evidence from China. *Psychiatry*, 3, 825460.
- Wu, Y., & Cao, Y. (2023). Research on the Influence of Ecological Environment Satisfaction and Income Level on Chinese Residents' Happiness: Empirical Analysis Based on CGSS Data. *Sustainability*, 15(10), 8175. <https://doi.org/10.3390/su15108175>

ประสิทธิผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อดัชนีคราบจุลินทรีย์ใน ผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบขั้นคงสภาพในโรงพยาบาลปัตตานี

ชุตินพร เกิดทิพย์
โรงพยาบาลปัตตานี จังหวัดปัตตานี

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาถึงทดลองแบบกลุ่มเดียวโดยวัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบขั้นคงสภาพในโรงพยาบาลปัตตานีจำนวน 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่กระบวนการดูแลผู้ป่วยและแบบบันทึกค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ซึ่งได้จากการย้อมสีฟันด้วยสีย้อมอิริโทรซิน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ระหว่าง .67-1.00 ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบขั้นคงสภาพ ระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย 2 เดือน โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีอิสระ และเปรียบเทียบดัชนีคราบจุลินทรีย์หลังใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยกับเกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 20 โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีแบบกลุ่มเดียว

ผลการศึกษาพบค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ก่อนทดลองร้อยละ 48.02 ± 15.43 และหลังจากใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยในการรักษาขั้นคงสภาพมีค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ร้อยละ 28.96 ± 12.48 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ในการตรวจ 2 เดือนต่อมามีค่ามากกว่าร้อยละ 20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้นควรนำกระบวนการดูแลผู้ป่วยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบในขั้นคงสภาพเพื่อควบคุมประสิทธิภาพในการกำจัดและควบคุมปริมาณคราบจุลินทรีย์ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคซ้ำและคงสภาพอวัยวะปริทันต์ให้คงเดิม

คำสำคัญ: โรคปริทันต์อักเสบ, การดูแลขั้นคงสภาพ, ดัชนีคราบจุลินทรีย์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: koydent@yahoo.com)

วันที่รับ 18 ก.พ. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 15 พ.ค. 2568, วันที่ตอบรับ 22 พ.ค. 2568

Effective of Maintenance Care on Plaque Index in Periodontitis Patient During Maintenance Therapy in Pattani Hospital

Chutiporn Kerdtip
Pattani Hospital, Pattani

ABSTRACT

This One-group quasi-experimental study, pre and post score was done to evaluate the effectiveness of the maintenance care in the periodontitis patients during maintenance therapy in 27 patients in Pattani hospital. Research instruments are maintenance care and plaque index chart for recording plaque score, the teeth were stained with erythrosine. Index of item objective congruence was .67- 1.00. Dependent t-test was used to analyze the effectiveness of maintenance care and One sample t-test was used to compare with the goal of plaque score $< 20\%$.

The results of this study shown the reduction of plaque score after the maintenance care was performed from $48.02\% \pm 15.43\%$ to $28.96\% \pm 12.48\%$ at significance level of 0.001 but the scores on 2 months later $> 20\%$ at significant level $< .001$.

The maintenance care should be performed during periodontal maintenance therapy to keep good oral hygiene and plaque control for the prevention of recurrent periodontal disease and the stability of a current condition.

Keywords: Periodontitis, Maintenance Therapy, Plaque Index

*Corresponding e-mail: koydent@yahoo.com

Received: February 18, 2025; Revised: May 15, 2025; Accepted: May 22, 2025

บทนำ

สถานการณ์โรคในช่องปากซึ่งรายงานโดยองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2022 พบในประชากรโลกประมาณ 3,500 ล้านคน โดยพบปัญหาโรคปริทันต์ระดับรุนแรงในประชากรวัยทำงานร้อยละ 19 (World Health Organization, 2024) ขณะที่ประเทศไทยมีการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 ในปีพ.ศ. 2566 โดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Bureau of Dental Health, Department of Health, 2023) พบกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 35-44 ปี) เป็นโรคปริทันต์อักเสบซึ่งมีการทำลายอวัยวะปริทันต์เกิดเป็นร่องลึกปริทันต์จำนวน 1 ใน 3 หรือร้อยละ 32.6 และพบมากถึงร้อยละ 44.2 ในภาคใต้ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60-74 ปี พบโรคปริทันต์อักเสบร้อยละ 48.7 และพบสูงสุดในภาคใต้ร้อยละ 56.7 โดยพบโรคปริทันต์อักเสบในระดับรุนแรง (มีร่องลึกปริทันต์ ≥ 6 มิลลิเมตร) ถึง 1 ใน 5 หรือร้อยละ 22 สำหรับสถานการณ์โรคปริทันต์อักเสบในโรงพยาบาลปัตตานีในปี พ.ศ.2565-2567 พบผู้ป่วยซึ่งมารับการขูดหินปูนได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปริทันต์อักเสบจำนวน 1 ใน 10 หรือร้อยละ 9.8 และจากจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยการถอนฟันพบว่า 1 ใน 7 หรือร้อยละ 14.5 มีสาเหตุจากโรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรง (Health Data Center, Pattani Hospital, 2022-2024)

โรคปริทันต์อักเสบเป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังในช่องปากซึ่งมีสาเหตุจากเชื้อจุลินทรีย์ โดยพบลักษณะการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม เชื้อก่อโรคปริทันต์อักเสบบางชนิดสามารถแทรกตัวเข้าสู่เซลล์ของผู้ป่วยและกระตุ้นการตอบสนองภูมิคุ้มกันในร่างกายทำให้เกิดการสร้างและหลั่งสารสื่ออักเสบกระตุ้นให้เกิดการอักเสบและการทำลายอวัยวะปริทันต์ในที่สุด การรักษาโรคปริทันต์อักเสบจึงมุ่งเน้นการกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายซึ่งเป็นสาเหตุก่อโรค การขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันร่วมกับการกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์จึงเป็นวิธีรักษาที่ให้ผลดี (Slots, 2012) ด้วยโรคปริทันต์อักเสบเป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังผู้ป่วยจึงต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ (Allen, Ziada, Irwin, Mullally, & Byrne, 2008) ได้แก่การรักษาในขั้นเริ่มต้น (Initial Therapy) เป็นการรักษาโดยเน้นการกำจัดเชื้อจุลินทรีย์ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลสุขอนามัยช่องปาก แนะนำวิธีการทำความสะอาดที่ถูกต้องร่วมกับการขูดหินปูน เกลารากฟันทั้งเหนือเหงือกและใต้เหงือก รวมถึงการค้นหาปัจจัยเสี่ยงและแก้ไขหากสามารถทำได้ เช่น การแก้ไขวัสดุอุดที่มีขอบเกินซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ไหมขัดฟันได้เป็นต้น ผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาในระยะเริ่มต้นแล้วจะพบการอักเสบลดลงอย่างชัดเจนและมีสภาวะปริทันต์คงที่ การรักษาในขั้นการบำบัดแก้ไข (Corrective Therapy) เมื่อโรคปริทันต์สงบ มีสภาวะปริทันต์คงที่แล้ว ในผู้ป่วยบางรายอาจมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการทำศัลยกรรมปริทันต์ในบางตำแหน่ง หรือการแก้ไขวัสดุอุดฟันที่มีขนาดใหญ่โดยการทำครอบฟันเพื่อให้ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือเพื่อความสวยงามเป็นต้น การรักษาในขั้นคงสภาพ (Maintenance Periodontal Therapy) เป็นการรักษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคงสภาพอวัยวะปริทันต์ซึ่งได้รับการรักษาจนมีความแข็งแรงแล้วให้คงสภาพเดิมและเฝ้าระวังการเกิดโรคซ้ำ ผู้ป่วยจึงต้องรับการรักษาต่อเนื่องในระยะยาวเช่นเดียวกับการรักษาโรคเรื้อรังอื่น ๆ โดยมีช่วงระยะเวลาขึ้นกับ

ปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความรุนแรงของโรค ประสิทธิภาพในการกำจัดและควบคุมปริมาณคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยเป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบขั้นคงสภาพในโรงพยาบาลปัตตานีใช้กระบวนการซึ่งแนะนำโดย Caranza, & Newman (1996) ประกอบด้วยกระบวนการต่าง ๆ ได้แก่การตรวจสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย รวมถึงประวัติโรคประวัติจำตัว ยาที่ผู้ป่วยได้รับ การติดตามการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การตรวจภายในช่องปากโดยการประเมินประสิทธิภาพในการกำจัดและควบคุมปริมาณคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยโดยไม่มีขั้นตอนการย้อมสีฟันและบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์ การให้คำแนะนำในการกำจัดและควบคุมปริมาณคราบจุลินทรีย์ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยพิจารณาตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายและกระตุ้นเตือนให้ทำอย่างสม่ำเสมอ การตรวจฟัน ตรวจและแก้ไขวัสดุอุดฟันไม่ให้ขัดขวางการทำงาน ความสะอาด และตรวจสภาวะปริทันต์ ได้แก่การตรวจวัดกระเปาะปริทันต์ วัดการอักเสบของอวัยวะปริทันต์ ให้การรักษาโดยการขูดหินปูนเนื้อเหงือก ไตเหงือกและเกลารากฟันในตำแหน่งที่มีข้อบ่งชี้ ขัดฟัน ด้วยผงขัดผสมฟลูออไรด์ และนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษาต่อเนื่องในช่วงเวลา 2-6 เดือนโดยพิจารณาจากความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำในผู้ป่วยแต่ละราย ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคปริทันต์ในขั้นคงสภาพในโรงพยาบาลปัตตานีจำนวน 50 ราย จากการใช้กระบวนการดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วยขั้นคงสภาพพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความตั้งใจและให้ความร่วมมือในการกำจัดและควบคุมปริมาณคราบจุลินทรีย์อย่างมีประสิทธิภาพในช่วงแรกของการรักษาและประสิทธิภาพลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไปซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Axelsson, Nystrom, & Lindhe (2004) Madden (2014) และ Philippe, Cunha- Cruz, Walter, Loesche, & Paul (2005) ที่พบระดับดัชนีคราบจุลินทรีย์เพิ่มขึ้นหลังการรักษา 1 ปี ส่งผลให้เกิดโรคซ้ำและมีการทำลายอวัยวะปริทันต์ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าตนเองแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันได้ถูกต้องตามที่ทันตแพทย์และเจ้าหน้าที่แนะนำและมีประสิทธิภาพดีแล้ว แม้จะตรวจพบการทำลายอวัยวะปริทันต์เพิ่มและพบการเกิดโรคซ้ำในบางตำแหน่ง ทันตแพทย์จึงต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้นและเพิ่มความถี่ในการติดตามการรักษาเพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคซ้ำ ปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่เพิ่มขึ้นระหว่างรับการรักษาในขั้นคงสภาพ การตรวจพบการทำลายอวัยวะปริทันต์เพิ่มและพบรอยโรคกลับซ้ำในบางตำแหน่ง เป็นสิ่งที่สะท้อนว่ากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยในขั้นคงสภาพยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการควบคุมโรค

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะคงสภาพซึ่งถูกแนะนำโดย Allen, Ziada, Irwin, Mullally, & Byrne (2008) เนื่องจากเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยขั้นคงสภาพที่ให้ความสำคัญกับการประเมินและติดตามประสิทธิภาพในการกำจัดและควบคุมปริมาณคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วย โดยการย้อมสีและบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์ทุกครั้ง ซึ่งช่วยให้ทันตแพทย์ทราบถึงตำแหน่งและปัญหาในการควบคุมคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วย จึงสามารถให้คำแนะนำได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และสีที่ติดบนฟันยังช่วยในการสื่อสารกับผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น นอกจากนั้นยังสามารถใช้ค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ในการติดตามผลได้ และนำค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ที่วัดหลังการใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ปริมาณคราบจุลินทรีย์เนื้อเหงือกต่ำกว่าร้อยละ 20 ซึ่งมีการศึกษาพบว่า

ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมปริมาณคราบจุลินทรีย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ต่ำกว่าร้อยละ 20 ไม่พบการทำลายอวัยวะปริทันต์เพิ่มและไม่พบการเกิดโรคซ้ำเนื่องจากมีเชื้อจุลินทรีย์ได้เหงือกในปริมาณต่ำ (Axelsson, Nystrom, & Lindhe, 2004)

วัตถุประสงค์การวิจัย

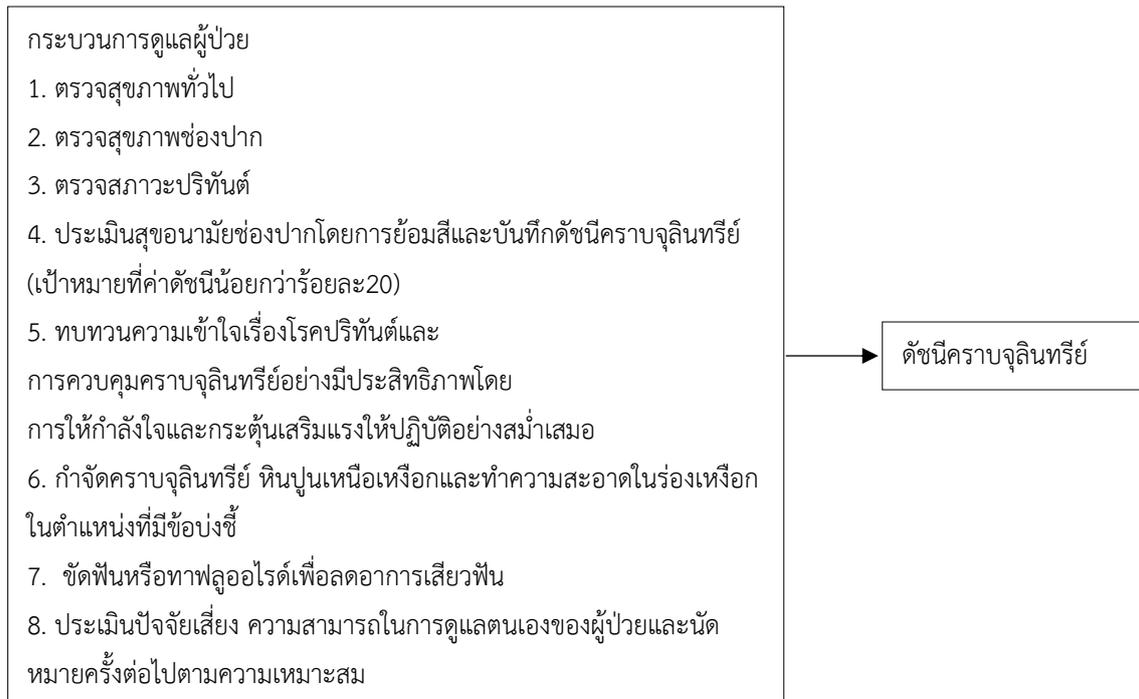
1. เพื่อเปรียบเทียบดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบชั้นคงสภาพ โรงพยาบาลปัตตานี ระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย
2. เพื่อเปรียบเทียบดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบชั้นคงสภาพ โรงพยาบาลปัตตานี กับเกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 20

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบชั้นคงสภาพ โรงพยาบาลปัตตานี มีดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลง
2. หลังใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบชั้นคงสภาพ โรงพยาบาลปัตตานี มีดัชนีคราบจุลินทรีย์น้อยกว่าร้อยละ 20

กรอบแนวคิดการวิจัย

กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในสาเหตุการเกิดโรค การรักษาและการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ซึ่งจะมีผลต่อความร่วมมือและความตั้งใจในการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ ผู้ป่วยสามารถกำจัดและควบคุมปริมาณคราบจุลินทรีย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง การศึกษานี้จึงใช้แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบชั้นคงสภาพ ของ Allen, Ziada, Irwin, Mullally, & Byrne (2008) ซึ่งมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆดังภาพประกอบ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบที่เข้ารับการรักษาขั้นต้นจนถึงขั้นคงสภาพในกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลปัตตานี จำนวน 50 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคปริทันต์อักเสบขั้นต้นจนรอยโรคสงบ ไม่มีการลุกลามและเข้าสู่ขั้นคงสภาพ

2. รับการรักษาและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาในขั้นต้นแล้วยังมีตำแหน่งรอยโรคซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาในขั้นการบำบัดแก้ไข เช่น การทำศัลยกรรมปริทันต์ ทำครอบฟัน

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบที่เข้ารับการรักษาขั้นต้นจนถึงขั้นคงสภาพในกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลปัตตานี ทำการศึกษาในช่วงเดือนมีนาคม 2567-ตุลาคม 2567 จำนวน 27 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (Matched Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่ม

ตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ .05 และค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ กระบวนการดูแลผู้ป่วยในการรักษาขั้นคงสภาพเช่น การตรวจสุขภาพทั่วไป การตรวจภายในช่องปาก การตรวจสภาวะปริทันต์เป็นต้น และสีย้อมอิริโทรซินซึ่งใช้ในการย้อมคราบจุลินทรีย์เพื่อบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว จำนวนซี่ฟัน และระยะเวลาในการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ

2.2 แบบบันทึกค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ ตามแบบบันทึกของ O'Leary, Drake, & Naylor (1972) ซึ่งทำการบันทึกคราบจุลินทรีย์จากฟันทุกซี่ในช่องปากโดยแบ่งพื้นที่ของฟันที่แนวขอบเหงือกแต่ละซี่เป็น 4 ด้านดังนี้ ด้านแก้ม ด้านลิ้น ด้านใกล้กลางและด้านไกลกลาง ทำการย้อมสีคราบจุลินทรีย์ด้วยสีย้อมและบันทึกจำนวนด้านที่ติดสีย้อมทั้งหมด แล้วนำมาคำนวณค่าเป็นร้อยละดังนี้

$$\text{ร้อยละของดัชนีคราบจุลินทรีย์} = \frac{\text{จำนวนด้านที่ติดสี} \times 100}{\text{จำนวนซี่ฟัน} \times 4}$$

การแปลผล: ค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ที่สูงแสดงถึงประสิทธิภาพในการควบคุมและกำจัดคราบจุลินทรีย์ต่ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยขออนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลปัตตานี

2. ผู้วิจัยหากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และสามารถมาติดตามการรักษาต่อเนื่องได้

3. ผู้วิจัยทำการซักประวัติและบันทึกข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว จำนวนซี่ฟัน และระยะเวลาในการรักษาโรคปริทันต์อักเสบจากการรักษาขั้นต้นจนถึงปัจจุบันจากผู้ป่วยซึ่งผ่านเกณฑ์คัดเลือกและมารับการรักษาต่อเนื่อง

ขั้นทดลอง

ผู้ป่วยทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพทั่วไปได้แก่การติดตามอาการทั่วไปและโรคประจำตัวโดยพิจารณาว่าผู้ป่วยได้รับและระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ทำการตรวจสุขภาพช่องปาก ได้แก่การตรวจฟันและเนื้อเยื่อในช่องปากโดยการตรวจฟันผุและสภาพวัสดุอุดเพื่อพิจารณาวางแผนการรักษาที่เหมาะสม ตรวจสภาวะปริทันต์โดยการตรวจวัดกระเปาะปริทันต์ วัดการอักเสบของอวัยวะปริทันต์เปรียบเทียบกับข้อมูลเดิมเพื่อประเมินการเกิดรอยโรคกลับซ้ำและพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสม การ

ประเมินสุขอนามัยช่องปากโดยการย้อมสีฟันด้วยสีย้อมอิริโทรซิน(Erythrosine) และบันทึกค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ตามแบบบันทึกของ O'Leary, Drake, & Naylor (1972) แจ้งให้ผู้ป่วยทราบค่าดัชนีของตนเองและเป้าหมายของการควบคุมปริมาณคราบจุลินทรีย์ให้มีค่าต่ำกว่าร้อยละ 20 เพื่อคงสภาพอวัยวะปริทันต์และป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และพิจารณาให้คำแนะนำเพิ่มเติมในผู้ป่วยแต่ละรายโดยพิจารณาจากข้อมูลที่บันทึกได้ เช่นแนะนำวิธีการวางแปรงสีฟันในตำแหน่งฟันที่ติดสีย้อม แนะนำวิธีการจับและขยับไหมขัดฟันที่ถูกต้องในผู้ป่วยที่ติดสีย้อมบริเวณด้านข้างของฟัน แนะนำการใช้แปรงซอกฟันที่ด้านข้างของฟันที่ติดช่องว่างเป็นต้น โดยให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติจริงซึ่งใช้เวลาประมาณ 20-40 นาทีขึ้นกับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน จากนั้นทำการกำจัดคราบจุลินทรีย์และหินปูนทั้งเหนือเหงือกและทำความสะอาดในร่องเหงือกในตำแหน่งที่มีข้อบ่งชี้โดยพิจารณาจากสภาวะปริทันต์ ขัดฟันเพื่อกำจัดคราบบนฟันและทำให้ผิวฟันเรียบ ทาฟลูออไรด์ในตำแหน่งที่มีเหงือกร่นเพื่อป้องกันอาการเสียวฟัน ทำการนัดหมายครั้งต่อไปโดยประเมินปัจจัยเสี่ยงและพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามความเหมาะสมดังนี้ ผู้ป่วยที่มีกระเปาะปริทันต์ลึก มีการควบคุมคราบจุลินทรีย์ไม่ดีและสุขบุหรือถือเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำสูง ควรได้รับการติดตามทุก 3-4 เดือน ส่วนผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำนัดติดตามทุก 5-6 เดือน และผู้ป่วยที่มีสภาวะปริทันต์ดีมีการควบคุมคราบจุลินทรีย์อย่างมีประสิทธิภาพในระดับค่าดัชนีน้อยกว่าร้อยละ 20 นัดติดตามปีละ 1 ครั้ง

ขั้นหลังการทดลอง

หลังการทดลองใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย นัดผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำอีก 2 เดือน โดยทำการย้อมสีฟันด้วยสีย้อมอิริโทรซินและบันทึกค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ซ้ำโดยทันตแพทย์คนเดียวกันกับการตรวจครั้งแรก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบขั้นคงสภาพ โรงพยาบาลปัตตานี ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมโดยใช้สถิติ Dependent t-test ทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Sig = .341) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019)
3. เปรียบเทียบดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบขั้นคงสภาพ โรงพยาบาลปัตตานี กับเกณฑ์ร้อยละ 20 โดยใช้สถิติ One sample t-test ทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Sig = .388)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลปัตตานี หมายเลขรับรอง PTN-013-2567 ลงวันที่ 26 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการ

วิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน/ร้อยละ
อายุ	31-72 ปี
เพศ: ชาย	12 คน/ ร้อยละ44.44
หญิง	15 คน / ร้อยละ55.55
โรคประจำตัว: เบาหวาน	3 คน /ร้อยละ 11
ความดันโลหิตสูง	5 คน / ร้อยละ18
สูบบุหรี่	2 คน /ร้อยละ 7.4
จำนวนซีฟัน	19 - 31 ซี่
ระยะเวลาการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ (เริ่มต้น- ปัจจุบัน)	2 - 20 ปี

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบที่ได้รับการรักษาในชั้นคงสภาพในโรงพยาบาลปัตตานี จำนวน 27 คน มีอายุเฉลี่ย 60 ปี SD. \pm 9.7 เป็นเพศชาย 12 คนและเพศหญิง 15 คน มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน 3 คน ความดันโลหิตสูง 5 คน สูบบุหรี่ 2 คน มีจำนวนซีฟันเฉลี่ย 26 ซี่ SD. \pm 2.8 และมีระยะเวลาได้รับการรักษาโรคปริทันต์อักเสบเฉลี่ย 4 ปี SD. \pm 5.6

2. เปรียบเทียบดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบชั้นคงสภาพ โรงพยาบาลปัตตานี ระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบชั้นคงสภาพ โรงพยาบาลปัตตานี ระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ดัชนีคราบจุลินทรีย์	n	M	SD.	t	p-value (1-tailed)
ก่อนใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย	27	48.02	15.43	10.239	< .001
หลังใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย	27	28.96	12.48		

จากตาราง พบว่าหลังใช้กระบวนการผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบชั้นคงสภาพ โรงพยาบาลปัตตานี มีดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. เมื่อเปรียบเทียบดัชนีคราบจุลินทรีย์หลังใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย กับเกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 20 โดยใช้ สถิติ One Sample t-test พบว่าหลังใช้กระบวนการ ผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบชั้นคงสภาพ โรงพยาบาลปัตตานี มีดัชนีคราบจุลินทรีย์มากกว่าร้อยละ 20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

จากการเปรียบเทียบดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบชั้นคงสภาพ โรงพยาบาลปัตตานี ระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบชั้นคงสภาพซึ่งถูกแนะนำโดย Allen, Ziada, Irwin, Mullally, & Byrne (2008) พบว่าหลังใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบชั้นคงสภาพโรงพยาบาลปัตตานีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานแสดงถึงประสิทธิภาพของกระบวนการอันประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบในชั้นคงสภาพได้แก่ การตรวจสุขภาพทั่วไป ตรวจสุขภาพช่องปาก และสภาวะปริทันต์ การประเมินสุขอนามัยช่องปากโดยการย้อมคราบจุลินทรีย์และบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์ การให้ความรู้ ดูแลรักษาโรคปริทันต์และนัดติดตามต่อเนื่อง ทั้งนี้ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยชั้นคงสภาพของกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลปัตตานีซึ่งเป็นกระบวนการที่แนะนำโดย Caranza, & Newman (1996) คือขั้นตอนการประเมินสุขอนามัยช่องปากโดยการย้อมสีฟันด้วยสีย้อมอิริโทรซินและบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์ สีย้อมที่ติดบนคราบจุลินทรีย์สามารถระบุตำแหน่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถกำจัดออกได้อย่างชัดเจน ทันตแพทย์จึงสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีความสามารถในการใช้อุปกรณ์ในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้ถูกต้องหรือไม่ ควรได้รับคำแนะนำใดเพิ่มเติม และควรเน้นย้ำการทำความสะอาดในตำแหน่งใด นอกจากนั้นสีย้อมที่ติดบนฟันยังเป็นสิ่งที่ช่วยในการสื่อสารระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นคราบชัดเจน สามารถเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น จึงมีคำแนะนำจากการศึกษาของ Axelsson, Nystrom, & Lindhe (2004) Connie, & Drisko (2013) และ Slots (2012) ให้ทำการย้อมสีและบันทึกค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ทุกครั้งที่นัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษาเพื่อผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากตามที่ทันตแพทย์แนะนำได้ดียิ่งขึ้นและยังสามารถใช้ในการติดตามและประเมินประสิทธิภาพในการควบคุมปริมาณคราบจุลินทรีย์ในผู้ป่วยได้

นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยหลังใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยกับเกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 20 พบค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์มากกว่าร้อยละ 20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 27 คนซึ่งได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มต้นจนปัจจุบันมีโอกาสดำเนินการย้อมสี แนะนำและฝึกปฏิบัติการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟันและแปรงซอกฟันเพียง 1-3 ครั้ง เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านเวลาในการรักษาและจำนวนทันตบุคลากร ซึ่งการศึกษาของ Brand, Bray, MacNeill, Catley, & William (2013) พบว่าการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยเพียงครั้งเดียวไม่เพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยได้ จึงต้องทำซ้ำทุกครั้งที่ให้การรักษาและการศึกษาของ Axelsson, Nystrom, & Lindhe

(2004) ซึ่งให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องพบค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 50-60 เหลือน้อยกว่าร้อยละ 20 ซึ่งไม่พบการทำลายของอวัยวะปริทันต์เพิ่มในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในปีที่ 30 ของการติดตามการรักษา ดังนั้นด้วยระยะเวลาเพียง 2-3 เดือนในการประเมินผลหลังทดลองใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยเพียงครั้งเดียวอาจยังไม่เพียงพอต่อการพัฒนาศักยภาพในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ในผู้ป่วยทุกคนได้ จึงอาจเป็นสาเหตุทำให้การศึกษานี้พบผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ต่ำกว่าร้อยละ 20 หลังใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยเพียง 9 คน (ร้อยละ 33.33) และพบค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์เกินร้อยละ 20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ข้อจำกัดการวิจัย

ปัจจัยสำคัญของการรักษาโรคปริทันต์อักเสบคือการกำจัดและควบคุมคราบจุลินทรีย์อย่างมีประสิทธิภาพของผู้ป่วย ซึ่งต้องใช้เวลาในการให้คำแนะนำและฝึกปฏิบัติครั้งละ 20-40 นาที และควรทำทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับการรักษาตามคำแนะนำ Axelsson, Nystrom, & Lindhe (2004) ด้วยข้อจำกัดของกรอบอัตรากำลังของทันตบุคลากร เวลาที่ต้องใช้ และจำนวนผู้ป่วยที่รอรับการรักษากำหนดให้ไม่สามารถเยี่ยมสัฟวัน บันทึกค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้ทุกครั้งที่มีมารับการรักษาผู้ป่วยจึงมีโอกาสในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากได้น้อยกว่าที่ควร

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบในชั้นคงสภาพซึ่งถูกแนะนำโดย Allen, Ziada, Irwin, Mullally, & Byrne (2008) มีประสิทธิผลดีสามารถลดค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลปัตตานี ซึ่งมีขั้นตอนที่สำคัญซึ่งแตกต่างจากกระบวนการที่ใช้ในปัจจุบัน คือขั้นตอนการเยี่ยมสัฟวันด้วยสีย้อมอีริโทรซิน และบันทึกค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ และทันตแพทย์สามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ยังพบว่ากำหนดเป้าหมายของการกำจัดคราบจุลินทรีย์ที่ชัดเจนโดยมีเป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 20 เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจกระตือรือร้นในการพัฒนาตนเอง ผู้ป่วยสามารถประเมินประสิทธิภาพตนเองได้และมีความตั้งใจที่จะบรรลุเป้าหมายในการประเมินครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำกระบวนการดูแลผู้ป่วยมาใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์โดยการกำหนดเป้าหมายที่ค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์น้อยกว่าร้อยละ 20
2. ศึกษาผลทางคลินิกในผู้ป่วยที่สามารถควบคุมค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ได้น้อยกว่าร้อยละ 20

Reference

- Allen, E., Ziada, H., Irwin, C., Mullally, B., & Byrne, P. J. (2008). Periodontics: 10 Maintenance in Periodontal Therapy. *Dental Update*, 35(3), 150-156.
- Axelsson, P., Nystrom, B., & Lindhe, J. (2004). The long-term effect of plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *Journal of Clinical Periodontology*, 31(9), 749-757. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2004.00563.x>
- Brand, V.S., Bray, K.K., MacNeill, S., Catley, D., & Williams, K. (2013). Impact of single-session of Motivational interviewing on clinical outcomes following periodontal maintenance therapy. *International Journal of Dental Hygiene*, 11(2), 134-141. <https://doi.org/10.1111/idh.12012>
- Bureau of Dental Health, Department of Health. (2023). *The 9th National Oral Health Survey, 2023*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)
- Caranza, F.A., & Newman, M.G. (1996). *Clinical Periodontology 8th Edition*. (pp. 743-753). Pennsylvania: W.B.Suaders.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Connie, L., & Drisko. (2013). Periodontal self-care: evidence - based support. *Periodontology 2000*, 62(1), 243-255. <https://doi.org/10.1111/prd.12012>
- Ethan, Ng., & Lum, P. L. (2019). An Overview of Different Interdental Cleaning Aids and Their Effectiveness. *Dentistry Journal*, 7(2), 1-12. <https://doi.org/10.3390/dj7020056>
- Franz Faul., Edgar Erdfelder, Albert- Georg Lang, and Axel Buchner, (2007). G* Power 3: A Flexible power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Health Data Center. (2022-2024). Pattani HOSPITAL.
- Joseph F. Hair, William C. Black, Barry J. Babin, Rolph E. Anderson. (2019). *Anderson. Multivariate Data Analysis*. 8th Edition, Pearson, Upper Saddle River.
- Madden, I. M. (2014). Motivating patients. *Primary Dental Journal*, 3(3), 30-33. <https://doi.org/10.1308/205016814812736790>
- O'Leary, T.J., Drake, R.B., & Naylor, J.E. (1972). The plaque control record. *The Journal of Periodontology*, 43(1), 38. <https://doi.org/10.1902/jop.1972.43.1.38>

- Philippe, P. H., Cunha-Cruz, J., Walter, J., Loesche & Paul, B. R. (2005). Personal oral hygiene and chronic periodontitis: a systemic review. *Periodontology 2000*, 37, 29-34.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2004.03795.x>
- Slots, J. (2012). Low-cost periodontal therapy. *Periodontology 2000*, 60(1), 110-137.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2011.00429.x>
- World Health Organization. (2024) *World Health Statistic 2024: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*.(pp.6,56): World Health Organization.

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการจัดการอาการกำเริบ และอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

รัตนา บัวเจริญ
โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการจัดการอาการกำเริบ และอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระยะเวลาศึกษาวิจัยระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2567-31 กรกฎาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประวัติการกำเริบเฉียบพลันมากกว่า 2 ครั้งต่อปี ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะเวลาในการดำเนินการ 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการกำเริบ และแบบบันทึกการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน เครื่องมือวิจัยมีการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบการจัดการอาการกำเริบและอัตราการกลับเป็นซ้ำ ด้วยสถิติการทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า

การจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงร้อยละ 31.75

จากผลการศึกษาชี้แนะให้พยาบาลที่มีบทบาทหน้าที่ในการจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสนับสนุนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้สามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, การจัดการอาการกำเริบ, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: auysurat@gmail.com)

วันที่รับ 7 มี.ค. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 15 พ.ค. 2568, วันที่ตอบรับ 22 พ.ค. 2568

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 8 No.1 January - June 2025 ISSN 2822-034X (Online)

Effect of Self-Management Support Program on Release Management and the Recurrent Rate in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patient, Vibhavadi Hospital, Suratthani Province

Rattana Burjaroun
Vibhavadi Hospital

ABSTRACT

This quasi-experimental research was a study with a one group, employing a pre-test and post-test design. The objective of the study is to examine the effectiveness of a self-management support program on symptom management and the rate of recurrence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at Vibhavadi Hospital, Surat Thani Province. The research was conducted from April 1, 2024, to July 31, 2024. The sample group consisted of COPD patients with a history of more than two acute exacerbations per year, who received services at the outpatient department and emergency room of Vibhavadi Hospital, Surat Thani Province. The research instrument was an 8-week COPD exacerbation management program. Data were collected using a general information questionnaire, a symptom management ability questionnaire, and a hospital readmission record within 28 days. The research instruments were validated by three experts. The researcher collected the data personally and analyzed it using descriptive statistics, percentages, means, standard deviations, and a paired t-test to compare symptom management and recurrence rates. The results revealed that:

Symptom exacerbation management scores after the program were significantly higher than those before the program at the.01 level. The readmission rate of COPD patients was also shown to be reduced 31.75%.

The results of this study suggest that it is important for the nurses managing exacerbations in COPD patients to teach patients self-management strategies. This support will enable patients to better handle their breathing problems and thus increase their well-being and quality of life.

Keywords: Self-Management Support, Release Management,
Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patient

*Corresponding e-mail: auysurat@gmail.com

Received: March 7, 2025; Revised: May 15, 2025; Accepted: May 22, 2025

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นโรคเรื้อรังที่พบอัตราการเจ็บป่วยมากขึ้นทุกปี จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกประมาณ 251 ล้านคน เป็นการเจ็บป่วยอันดับที่ 4 ของโลก และมีผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวนมากกว่า 3 ล้านคน ในปี ค.ศ.2021 คิดเป็นร้อยละ 6 ของอัตราการเสียชีวิตทั่วโลก (Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease [GOLD], 2020) โดยเป็นอัตราการเสียชีวิตอันดับที่ 3 (World Health Organization [WHO], 2021) และคาดการณ์ว่าอาจมีจำนวนผู้เสียชีวิตมากกว่า 5.4 ล้านคนภายในปี 2060 (GOLD, 2023) สำหรับประเทศไทยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์และความรุนแรงมากขึ้นในปัจจุบัน โดยมีผู้ป่วยมากถึงประมาณ 7 แสนราย มีผู้เสียชีวิตประมาณ 20,000 รายในแต่ละปีหรือเฉลี่ยวันละ 50 ราย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวรประกอบด้วย โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary Emphysema) (GOLD, 2011) โดยผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมตั้งแต่ขนาดใหญ่ไปจนถึงขนาดเล็ก มีเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบแทรกในเยื่อหุ้มทั่วไปทำให้เกิดการสร้างเสมหะออกมาและเหนียวกว่าปกติ การอักเสบและการทำลายที่ซ้ำๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างผนังหลอดลม ทำให้เกิดการตีบของหลอดลม การสร้างเสมหะมากกว่าปกติ ร่วมกับการทำงานผิดปกติของ Cilia ทำให้ผู้ป่วยไอเรื้อรังมีเสมหะ เป็นอาการนำของโรคก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอื่นๆ การตีบของหลอดลมร่วมกับการสูญเสีย Elastic Recoil ของเนื้อปอดทำให้เกิด Air Flow Limitation และ Air Trapping การตีบของหลอดลม การทำลายของเนื้อปอด และหลอดเลือดมีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้เกิดภาวะ Hypoxemia และ hypercapnia ตามมา อาจทำให้เกิด Pulmonary Hypertension และ Cor pulmonale (Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage, 2022)

สาเหตุสำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ทำให้เกิดโรคอันดับหนึ่ง คือ การสูบบุหรี่ โดยผู้ป่วยร้อยละ 90 มีประวัติการสูบบุหรี่นานกว่า 10 ปี รองลงมา คือ มลพิษทางอากาศ เช่น ฝุ่นละออง คาร์บอน ในพื้นที่ที่มีการถ่ายเทอากาศไม่ดี เป็นต้น รวมถึงการมีพันธุกรรมเสี่ยง และการเกิดการติดเชื้อรุนแรงในวัยเด็ก (Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage, 2022) ในผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการภาวะเหนื่อยง่ายขณะออกแรง ไอมีเสมหะและไอเรื้อรัง ซึ่งเมื่อป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีอาการเกิดขึ้นแทบทุกวัน ส่งผลกระทบต่อทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่น ผลกระทบจากการป่วยจะทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมจากการเหนื่อยหอบมากขึ้น มีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เช่น การรับประทานอาหารลดลง เกิดการสลับอาหารระหว่างรับประทานอาหาร มีการกลืนลำบาก มีการตื่นระหว่งการนอนเพื่อไอขับเสมหะ จำนวนชั่วโมงการนอนหลับลดลง เกิดความเครียดจากการเจ็บป่วย เกิดการหลีกเลี่ยงในการเข้าร่วมกิจกรรม และบางรายมีอาการกำเริบซ้ำหลายรอบ หรือมีอาการกำเริบหนักขึ้นได้ เช่น เมื่อมีการติดเชื้อซ้ำ มีภาวะหัวใจล้มเหลว เนื้อออกหรือมะเร็ง และมีโรคเบาหวาน ทำให้ต้องเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยมีการศึกษาการทบทวน

งานวิจัยอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัยจำนวน 46 เรื่อง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 30, 60, 90, 180 และ 365 วัน ตามลำดับ อัตราการกลับเข้ามาใหม่รวมกันอยู่ที่ร้อยละ 11 ร้อยละ 17 ร้อยละ 17 ร้อยละ 30 และร้อยละ 37 ตามลำดับ (Huanrong et al., 2023) ส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทางสุขภาพจำนวนมาก โดยมีค่าใช้จ่ายสูงถึง 1.920 ล้านบาทในปี พ.ศ.2560 (Health Administration Division, 2023) และในบางครั้งก็อาจมีความรุนแรงถึงเสียชีวิตได้นำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการทำงาน รายได้ และทรัพยากรของประเทศ (Keawkittinarong, 2022) ผลกระทบดังกล่าวทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเน้นการจัดการตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการกำเริบและป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การจัดการตนเอง (Self-Management) ของกลาสโกวและคณะ (Glasgow et al., 2006) เป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการจัดการตนเองให้สอดคล้องกับภาวะของโรคที่ผู้ป่วยมีทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ ซึ่งใช้ในการประเมินการจัดการตนเองความเชื่อ แรงจูงใจ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ช่วยจัดการกับอุปสรรคและปัญหา กระตุ้นติดตาม ให้กำลังใจ พร้อมสนับสนุนในการจัดการตนเองตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างยั่งยืน โดยการจัดการตนเองประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (Assess) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเชื่อ แรงจูงใจ รวมทั้งวิถีชีวิต เพื่อค้นหาสาเหตุปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยที่เป็นปัญหา อุปสรรคที่เป็นข้อจำกัดต่อการเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการตนเอง ขั้นตอนที่ 2 การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) เป็นการให้ความรู้ การให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสารที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคและความต้องการของผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 3 การยอมรับ (Agree) เป็นการวางแผนการดูแลส่งเสริมเพื่อจัดการตนเอง เป็นการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ มีการให้รางวัล คำชมเชยเมื่อบรรลุเป้าหมายขั้นตอนที่ 4 การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) เป็นการเลือกสรรกลวิธีที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยการประเมินจากระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต้องเหมาะสมกับความพร้อมของผู้ป่วย ในการเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ความรู้ ฝึกทักษะ ค้นหาประโยชน์ แนะนำแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย และขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผล (Arrange) เป็นการติดตาม กระตุ้น ชี้แนะ ให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (Chantaro, 2018)

การจัดการตนเองเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต และเป็นกิจกรรมที่มีความซับซ้อนหลากหลาย โดยการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในด้านการแพทย์ประกอบด้วยการจัดการด้านยาทั้งยารับประทานและยาพ่น การใช้ออกซิเจนที่บ้านการบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย การผ่อนคลาย การบริโภคอาหาร และการจัดการอาการ เช่น การจัดการอาการเหนื่อย ในส่วนของการจัดการด้านอารมณ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น ภาวะเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล โดยเฉพาะเมื่อเกิดอาการกำเริบที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยวิธีการจัดการอารมณ์มีหลากหลายวิธี เช่น การออกกำลังกาย การหายใจเพื่อการผ่อนคลายหรือการใช้ดนตรีบำบัด (Donchai, 2023) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคปอดอุด

กันเรื้อรัง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Chantaro, 2018) เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลาพบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง และสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อเนื่อง (Chantaro, 2018) การศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้งพบว่า การฝึกทักษะให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้น และอาการหายใจลำบากลดลง (Srikaew, Saenyabutr, Juansang, & Vibulchai, 2023) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการจัดการตนเองจะช่วยลดอาการและลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำได้

โรงพยาบาลวิภาวดี จากสถิติปี 2564-2566 พบว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเข้ารับการรักษาเป็นอันดับที่ 1 เมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ ซึ่งอาการที่ผู้ป่วยเกิดการกำเริบ คือ อาการหอบเหนื่อย ในปี 2564, 2565 และ 2566 ในอัตราร้อยละ 50.60, 63.25 และ 42.77 ตามลำดับ ในจำนวนนี้เมื่อสอบถามเบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการอาการกำเริบของตนได้ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาบ่อยครั้ง ประกอบกับโรงพยาบาลยังไม่มีกิจกรรมการฝึกให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการกำเริบบ่อยครั้ง ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเห็นความจำเป็นของการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการจัดการอาการกำเริบ และอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการสนับสนุนการจัดการอาการกำเริบของตนเองอย่างเหมาะสมสามารถลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการกำเริบหลังจากออกจากโรงพยาบาลได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการจัดการอาการกำเริบ และอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์ทั่วไป

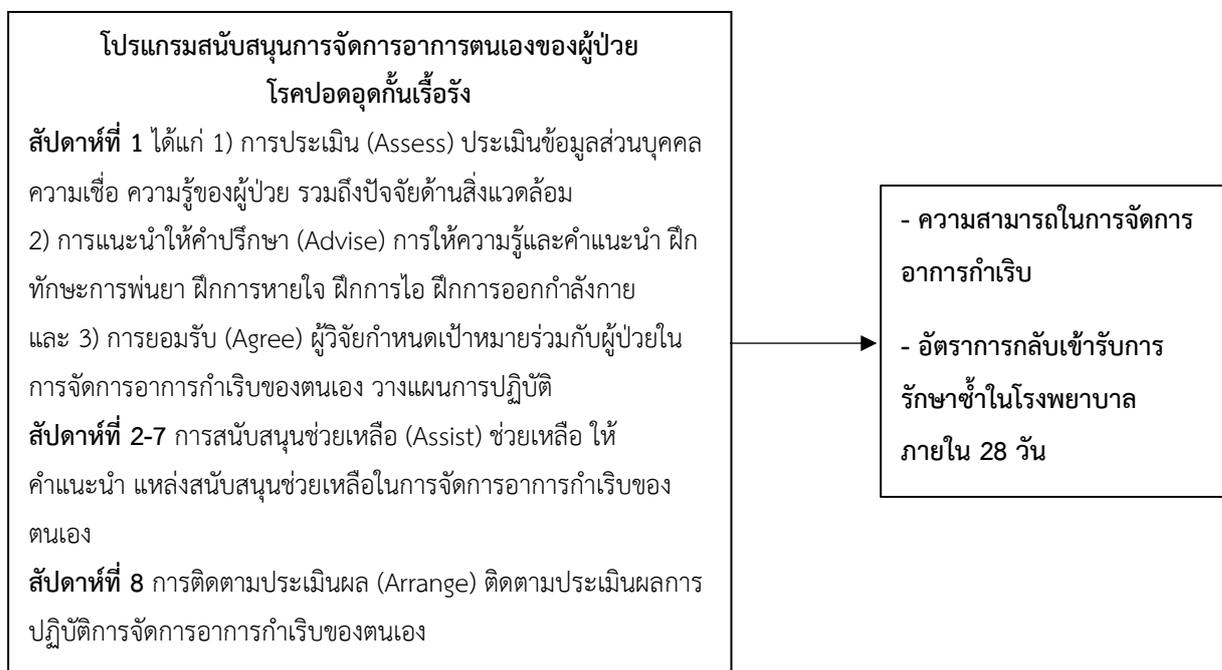
1. เพื่อเปรียบเทียบการจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. การจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง
2. อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองลดลงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การสนับสนุนการจัดการตนเองของกลาสโกวและคณะ (Glasgow et al., 2006) 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (Assess) ขั้นตอนที่ 2 การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) ขั้นตอนที่ 3 การยอมรับ (Agree) ขั้นตอนที่ 4 การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) และขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผล (Arrange) ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดตามแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2565 ได้แก่ การให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย การฝึกการหายใจ การฝึกการออกกำลังกาย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการจัดการอาการกำเริบและอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะเวลาศึกษาวิจัยระหว่าง วันที่ 1 เมษายน 2567-31 กรกฎาคม 2567 มีระเบียบวิธี ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอกและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลวิภาวดีที่รักษา ระหว่าง 1 ตุลาคม 2565-30 กันยายน 2566 จำนวน 166 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประวัติการกำเริบเฉียบพลันมากกว่า 2 ครั้งต่อปี ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี และต้องเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับ 3 และ ระดับ 4 โดย แบ่งตามการรับรู้ของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (American lung association, 1975 cited in Dudley, et al., 1980: 413-420)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร (Inclusion Criteria) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีประวัติการกำเริบและเข้ารับการรักษาซ้ำมากกว่า 2 ครั้งต่อปี และต้องเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับ 3 และ ระดับ 4 โดย แบ่งตามการรับรู้ของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Lung Association, 1975 cited in Dudley, et al., 1980: 413-420) โดยคัดเลือกระดับ 3 และ 4 มีเกณฑ์ดังนี้

ความรุนแรงระดับ 3 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเล็กน้อย แต่สามารถดูแลตนเองได้ เดินในที่ราบได้ไม่เท่าคนปกติ เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น และต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันได

ความรุนแรงระดับ 4 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเป็นอย่างมาก แต่สามารถดูแลตนเองได้ เดินในที่ราบมากกว่า 100 หลาไม่ได้ ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น

2) ผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัดในการฝึกการบริหารปอดและการพ่นยา เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว การใส่เครื่องช่วยหายใจ

3) ผู้ป่วยไม่มีประวัติโรทางเดินหายใจอื่นๆ เช่น โรคหืด

4) ฟังและพูดภาษาไทยได้

5) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

6) มีโทรศัพท์ที่สามารถใช้ในการติดต่อสื่อสารได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออก (Exclusion Criteria) ผู้ป่วยมีการกำเริบรุนแรงระหว่างการศึกษาคือ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามจำนวน

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความถี่ในการเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาล พฤติกรรมการออกกำลังกาย ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการสัมผัสละอองหรือควันต่างๆ การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการกำเริบ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาจาก Chantaro (2018) เพื่อสอบถามการจัดการกับอาการหายใจลำบากใน 3 ด้าน คือ การประเมินอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง การควบคุมและจัดการอาการหายใจลำบาก และการขอความช่วยเหลือในการจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย 17 ข้อคำถาม แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้ 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน จากนั้นนำคะแนนมารวมกัน โดยคะแนน 0-28 หมายถึงมีความสามารถในการจัดการอาการต่ำ คะแนน 29-56 หมายถึง มีความสามารถในการจัดการอาการปานกลาง และคะแนน 57-85 หมายถึง มีความสามารถในการจัดการอาการสูง

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันที่ผู้วิจัยบันทึกจากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะเวลาในการดำเนินการ 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย การประเมิน (Assess) การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) และการยอมรับ (Agree) มีรายละเอียด ดังนี้

การประเมิน (Assess) ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลรวมถึงประวัติการสูบบุหรี่ การสัมผัสละอองควันต่าง ๆ ระดับความรุนแรงของโรค อาการกำเริบ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความสามารถในการจัดการอาการกำเริบ และประสบการณ์เกี่ยวกับการอาการกำเริบ ความเชื่อ ความรู้ของผู้ป่วย รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) การให้ความรู้และคำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การฝึกทักษะการพ่นยา การฝึกการหายใจ การไอ การฝึกการออกกำลังกายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติที่บ้านได้

การยอมรับ (Agree) ผู้วิจัยกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยในการจัดการอาการกำเริบของตนเอง วางแผนการปฏิบัติ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมาย เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง และสามารถประเมินประเมินอาการกำเริบของตนเองได้ สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ และชมเชย เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้

สัปดาห์ที่ 2-7 การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) ผู้วิจัยติดตามผลการปฏิบัติทางโทรศัพท์ ช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยจัดการอาการกำเริบ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในการจัดการอาการกำเริบของตนเอง

สัปดาห์ที่ 8 การติดตามประเมินผล (Arrange) ผู้วิจัยติดตามประเมินผล และนัดติดตามการจัดการอาการกำเริบกรณีที่ไม่บรรลุเป้าหมาย เพื่อกำหนดเป้าหมายใหม่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน ประเมินความตรงของเนื้อหา พบว่า โปรแกรมการจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าความเหมาะสมระดับมากที่สุด และมีการแนะนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ส่วนแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการกำเริบมีค่าดัชนีความตรงรายข้อในแต่ละข้อมากกว่า .67 ขึ้นไปทุกข้อ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในงานวิจัยจำนวน 10 ราย เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีของสัมประสิทธิ์ครอนบาค (Cronbach Coefficient) ได้เท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายขั้นตอนการดำเนินงาน การรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูลและการเผยแพร่ข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการกำเริบ และอธิบายความหมายของโปรแกรมการจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การเข้าร่วมตอบแบบสอบถามและการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยไม่มีการบังคับใดๆ ขึ้นอยู่กับสะดวกของอาสาสมัคร โดยไม่รบกวนการเข้ารับการรักษาของอาสาสมัคร
3. ให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการกำเริบก่อนดำเนินการวิจัย โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์
4. เมื่อครบระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอีกครั้ง ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน พฤติกรรมการออกกำลังกาย ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการสัมผัสละอองหรือควันต่างๆ การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ความรุนแรงของการหายใจลำบาก โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบการจัดการอาการกำเริบด้วยสถิติ Paired Samples t-test

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ STPHO2024-31 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกระบวนการขอความยินยอมกับอาสาสมัคร และมีการให้อาสาสมัครเซ็นในยินยอมก่อนจะดำเนินการเก็บข้อมูล ได้อธิบายความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นคืออาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อด้านความไม่สบายใจ อึดอัดใจ และมีความวิตกกังวลที่อาจก่อให้เกิดไม่สบายใจต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หากเกิดอาการดังกล่าว ผู้วิจัยจะดำเนินการส่งต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาดำเนินการวิจัยทันที และผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีที่เป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และจะทำการรายงานข้อมูลภายใน 3 เดือน หลังจากผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ

ผลการวิจัย

1. เมื่อทำการทดสอบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนการจัดการอาการกำเริบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ความสามารถในการจัดการอาการก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง		ความสามารถในการจัดการอาการหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง	
คะแนนรวม	ระดับ	คะแนนรวม	ระดับ
27.23	มีความสามารถในการจัดการอาการต่ำ	39.54	มีความสามารถในการจัดการอาการปานกลาง

เมื่อทำการทดสอบพบว่า คะแนนความสามารถในการจัดการอาการกำเริบสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้ ด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนความสามารถในการจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูง (n=40)

รายการประเมิน	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t-value	p-value
	สนับสนุนการจัดการตนเอง	สนับสนุนการจัดการตนเอง	สนับสนุนการจัดการตนเอง	สนับสนุนการจัดการตนเอง		
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ความสามารถในการจัดการ อาการกำเริบ	1.6018	0.24	2.3258	0.47	8.90**	.000

** $p < .01$

2 ผลเปรียบเทียบอัตราการเข้ารับการรักษายาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ตั้งแต่ตุลาคม 2566-มกราคม 2567 (4 เดือน) การเข้ารับการรักษายาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 63 ครั้ง เมื่อได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่าตั้งแต่มิถุนายน 2567-กันยายน 2567 (4 เดือน) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษายาจำนวน 20 ครั้ง หมายความว่าอัตราการเข้ารับการรักษายาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จึงลดลงร้อยละ 31.75

อภิปรายผล

ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการจัดการอาการกำเริบ และอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า การจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการตนเองของกลาสโกวและคณะ (Glasgow et al., 2006) ทั้ง 5 ขั้นตอน โดยเริ่มจากขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (Assess) ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพและประเมินข้อมูลทั่วไป ประวัติการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล สอบถามวิธีการจัดการตนเองเมื่อมีอาการกำเริบ และประสบการณ์เกี่ยวกับอาการกำเริบ ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลรวมถึงประวัติการสูบบุหรี่ การสัมผัสละอองควันต่าง ๆ ระดับความรุนแรงของโรค อาการกำเริบ การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ความสามารถในการจัดการอาการกำเริบ และประสบการณ์เกี่ยวกับการอาการกำเริบ ความเชื่อ ความรู้ของผู้ป่วย รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อรวบรวมข้อมูลนำไปวางแผนในขั้นตอน 2 การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) โดยจะเน้นส่วนที่ผู้ป่วยบกพร่องและเสริมความรู้และคำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อมีความรู้เพิ่มมากขึ้นก็จะปฏิบัติได้ถูกต้อง ทั้งการการฝึกทักษะการพ่นยา การฝึกการหายใจ การไอ การฝึกการออกกำลังกายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติที่บ้านได้ โดยเน้นการให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงที่บ้าน และเป็นการ

เน้นที่เป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เมื่อผู้ป่วยมีความรู้แล้วเข้าสู่ขั้นตอน 3 การยอมรับ (Agree) ผู้วิจัยกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยในการจัดการอาการกำเริบของตนเอง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอาการกำเริบ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมาย เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง และสามารถประเมินประเมินอาการกำเริบของตนเองได้ โดยผู้วิจัยช่วยพัฒนาทักษะ สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการจัดการอาการกำเริบของตนเอง ให้กำลังใจ และชมเชย ซึ่งให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ พร้อมช่วยเหลือและติดตามผู้ป่วยผ่านการติดตามทางโทรศัพท์ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ 4 การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) ช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยจัดการอาการกำเริบด้วยตนเอง พร้อมทั้งให้คำแนะนำ แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในการจัดการอาการกำเริบของตนเองในส่วนที่ยังบกพร่อง หรือจัดการด้วยตนเองได้ไม่เหมาะสม จากการให้ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่ามีคะแนนการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นทุกด้านคือ ด้านการประเมินอาการกำเริบด้วยตนเอง ด้านการควบคุมอาการและการจัดการกำเริบด้วยตนเอง ด้านการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการหายใจลำบาก ส่งผลให้ภาพรวมมีค่าคะแนนการจัดการอาการกำเริบด้วยตนเองสูงขึ้น ซึ่งผลการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะสนับสนุน ส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลให้มีการปฏิบัติตนที่ดีขึ้น และส่งผลให้สถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยลดอาการกำเริบจากการจัดการอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองได้ ส่งผลให้ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 28 วันลดลงร้อยละ 31.75 สอดคล้องกับการศึกษาของ Langputeh, Suden & Thangkratok (2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหอผู้ป่วย อายุรกรรม โรงพยาบาลควนโดน จังหวัดสตูล พบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยสถานะสุขภาพ (COPD Assessment Test Score) มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Srikaew, Saenyabutr, Juansang, & Vibulchai (2023) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการหายใจลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีจุดเด่นที่ดำเนินการโดยผู้ป่วยเอง โดยมีพยาบาลสนับสนุนและส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถจัดการอาการกำเริบของตนเองได้โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสนับสนุนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้สามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการติดตามและให้กำลังใจ รวมทั้งการกำหนดเป้าหมาย

ร่วมกับผู้ป่วยที่จะให้ตนเองสุขสบายมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอุดกั้นเรื้อรัง จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. ผู้บริหารการพยาบาลนำโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในการจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปใช้ทั้งในหอผู้ป่วยในและการส่งเสริมในพยาบาลเยี่ยมบ้านเพื่อผู้ป่วยโรคอุดกั้นเรื้อรังให้สามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาความรู้ด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการกำเริบด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพิ่มคุณภาพชีวิตในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างต่อเนื่อง

Reference

- A Langputeh, A., Suden, F., and Thangkratok, P. (2018). Effects of Self-Management Program for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Medicine Ward, Khuandon Hospital, Satun Province. *Srinagarind Medical Journal*, 33(4), 346-350. (in Thai)
- Annual Report, Department of Medication Service, Ministry of Public Health. (2017). *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Retrieved November 3, 2023 from <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf>
- Chantaro, N. (2018). *Effect of Self-Management Support Program on Ability to Symptom and Dyspnea among patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master of Nursing Science in Adult Nursing, Print of Songkhla University. (in Thai)
- Dudley, D., et al. (1890). Psychosocial concomitants to rehabilitation in Chronic obstructive pulmonary disease Part 1 Psychology and Psychological consideration. *Chest*, 79(3), 393-398.
- Donchai, D. (2023). *Effect of PITS-based education to enhance health literacy on self-management among older persons with chronic obstructive pulmonary*. Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Chiang Mai University. (in Thai)

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2023). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2023 report*. Retrieved November 3, 2023 from <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/#>
- Glasgow, W. E., & Whitlock, E. (2002). *5A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support Improvement*. Retrieved October 16, 2018 from <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/home/getfilebytoken/vGpPzqpTfEzP42Woby59Ds>
- Health Administration Division. (2023). *Public health Service Fees in of Health Service in Ministry of Public Health*. Retrieved October 14, 2023 from <https://phdb.moph.go.th/main/index/dep/18>
- Huanrong Ruan, Hailong Zhang, Jijia Wang, Hulei Zhao, Weihong Han, Jiansheng Li,. (2023). Readmission rate for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Respiratory Medicine*, 206, 107090, ISSN 0954-6111. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2022.107090>
- Keawkittinarong, K. (2022). *Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage*. Retrieved November 3, 2014 from <https://www.thairath.co.th/news/local/bangkok/2582465>
- Srikaew, S., Saenyabutr, C., Juansang, P. and Vibulchai, N. (2023). Effects of Self-management Support Program on Self-management Behaviors and Dyspnea Among Patients with Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL*. 20(2), 100-115. (in Thai)
- Thoracic Society of Thailand. (2017). *Chronic obstructive pulmonary disease guidelines 2017*. Bangkok: Beyond Enterprise; 2017. (in Thai)
- World Health Organization. (2022). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) fact sheet*. Retrieved October 14, 2023 from <https://www.who.int/home/search-results?indexCatalogue=genericsearchindex1&searchQuery=Chronic%20obstructive%20pulmonary%20disease&wordsMode=AnyWord>
- World Health Organization. (2023). *Global health estimates 2023*. Retrieved October 14, 2023 from <https://www.who.int/home/search-results?indexCatalogue=genericsearchindex1&searchQuery=Global%20health%20estimates%202023&wordsMode=AnyWord>

ประสิทธิผลของโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น ในชุมชน อำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สุวรรณณี นิยมจิตร¹, วิณา ลีมีสกุล^{2*}

¹โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนสมรรถภาพสมองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นในชุมชน เปรียบเทียบความรู้ และทักษะของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นและผู้ดูแลหลัก กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบประเมินสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุ (MMSE-Thai 2002) แบบประเมินสมรรถภาพสมองโมคา (MoCA Test) แบบประเมินความรู้และทักษะผู้ดูแลหลัก มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง และคู่มือการกระตุ้นสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ Paired t-test วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและทักษะการฝึกสมองผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลัก

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=14.49, p < .01$) ผู้ดูแลหลักหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.64, p < .01$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการกระตุ้นสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.39, p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ บุคลากรสุขภาพสามารถนำโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นในชุมชนไปวางแผนการดูแลโดยผู้ดูแลหลักในครอบครัว เพื่อเพิ่มศักยภาพสมองลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะสมองบกพร่องระยะต้น, โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง,
จังหวัดสุราษฎร์ธานี

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: weena.lim@sru.ac.th)

วันที่รับ 31 มี.ค. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 23 พ.ค. 2568, วันที่ตอบรับ 31 พ.ค. 2568

Effectiveness of a Cognitive Stimulation Program in Elderly with Mild Cognitive Impairment in Khiri Rat Nikhom District, Surat Thani Province

Suwannee Niyomjit¹, Weena Limsakul^{2*}

¹Khiri Rat Nikhom Hospital

²Faculty of Nursing Suratthani Rajabhat University

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to compare cognitive function scores before and after implementing a brain training program in older adults with mild cognitive impairment in the community. Additionally, it examined the knowledge and skills of caregivers before and after participating in the program. The study sample consisted of 30 older adults with mild cognitive impairment and their primary caregivers. The research instruments included the Mini-Mental State Examination – Thai version 2002 (MMSE-Thai 2002), The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) In addition, the Cognitive Stimulation Program and the Cognitive Stimulation Manual for Older Adults with Mild Cognitive Impairment in the Community demonstrated strong content validity, with a content validity index (CVI) of .93. Data were analyzed using descriptive statistics, and differences in cognitive function scores were examined using paired t-tests.

The results of the study revealed that older adults with mild cognitive impairment showed a statistically significant increase in their mean cognitive function scores after participating in the cognitive stimulation program compared to before the intervention ($t=14.49, p< .01$). In addition, primary caregivers demonstrated a statistically significant increase in their knowledge of dementia following the program ($t=4.64, p< .01$), as well as a significant improvement in their skills related to cognitive stimulation for older adults ($t=4.39, p< .01$).

The findings of this study suggest that healthcare providers can implement the cognitive stimulation program for older adults with mild cognitive impairment in community settings as part of care planning for home-based management by primary family caregivers. This approach has the potential to enhance cognitive function, reduce the risk of dementia.

Keywords: Older Adults, Mild Cognitive Impairment, Cognitive Stimulation Program, Surat Thani Province

*Corresponding e-mail: weena.lim@sru.ac.th

Received: March 31, 2025; Revised: May 23, 2025; Accepted: May 31, 2025

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี ในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ประมาณ 628,800 ราย และเพิ่มเป็น 770,000 คน ในปี พ.ศ. 2565 หรือประมาณร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุมทั้งประเทศ โดยสถิติมีจำนวนสูงขึ้นในทุกๆปี เฉลี่ยปีละหนึ่งแสนคน (Harnsomskul, & Jayathavaj, 2024) ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากการสูญเสียความสามารถของสมองด้านต่างๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะต่อภาระการดูแลของครอบครัว เนื่องจากมีอาการเปลี่ยนแปลง และมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นตามการดำเนินของโรค ตั้งแต่ระยะแรก ระยะปานกลาง และระยะรุนแรง อาการและอาการแสดงที่พบได้บ่อย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับกระบวนการคิดหรือกระบวนการรับรู้ สูญเสียความทรงจำ อาการที่มักเกิดขึ้นในช่วงแรก และเป็นอาการที่สังเกตเห็นได้ชัดที่สุดคือ มีปัญหาการจดจำเหตุการณ์ ผู้คน หรือสถานที่ ที่มีปัญหาในการใช้เหตุผลหรือการแก้ไขปัญหา มีปัญหาในการสื่อสาร บุคลิกภาพเปลี่ยนไป หรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับทางด้านจิตใจ ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาภาวะสมองเสื่อมให้หายขาดได้ ทำได้เพียงชะลออาการเท่านั้น ซึ่งมีค่าดูแลรักษาค่อนข้างสูง และสร้างความลำบากแก่ญาติผู้ดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Institute of Geriatric Medicine, 2015) แนวทางในการดูแลจึงให้ความสำคัญการชะลอความเสื่อมและป้องกันก่อนเกิดภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองบกพร่องระยะต้น (Mild Cognitive Impairment: MCI) เป็นการเปลี่ยนแปลงจากการเป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดี ไม่พบความบกพร่องใด จนเข้าสู่ระยะที่มีความบกพร่องของความสามารถสมองอย่างชัดเจน เช่น หลงลืมบ่อย คิดตัดสินใจได้ช้าลง วอกแวกเสียสมาธิได้ง่าย สับสนทิศทาง ติดขัดในการนึกหาคำพูด เป็นต้น แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง หรือยังไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ความชุกของภาวะสมองบกพร่องระยะต้น จะสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น โดยพบความชุกร้อยละ 6.7 ในกลุ่มอายุ 60-64 ปี, ร้อยละ 8.4 ในกลุ่มอายุ 65-69 ปี, ร้อยละ 10.1 ในกลุ่มอายุ 70-74 ปี, ร้อยละ 14.8 ในกลุ่มอายุ 75-79 ปี และร้อยละ 25.2 ในกลุ่มอายุ 80-84 ปี (Anandilokrit, 2023) ภาวะนี้เพิ่มโอกาสในการเป็นภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8-15 ต่อปี (Petersen, 2016) การดูแลเพื่อชะลอความเสื่อมของสมองก่อนเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง แนวทางการดูแลโดยไม่ใช่ยา ถือเป็นแนวทางหลักในการดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นที่สำคัญและจำเป็น มีส่วนช่วยประคองระดับการรับรู้ (Cognition) ไม่ให้เสื่อมถอยลงเร็ว เป็นการช่วยปรับพฤติกรรมและอารมณ์ การทบทวนวรรณกรรม พบว่ามาตรการที่ช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ คือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก และการฝึกการทำงานของสมอง (Cognitive Training) ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการรักษาโดยไม่ใช่ยา ที่ให้ความสำคัญกับการฝึกปฏิบัติที่กำหนดแนวทางกิจกรรมที่มุ่งเน้นความสามารถของสมองอย่างเฉพาะเจาะจง เช่น ความจำ ความใส่ใจจดจ่อ หรือการแก้ปัญหา โดยมีความต่อเนื่องของการทำกิจกรรม 6-8 ครั้ง ในระยะเวลา 6-12 สัปดาห์ (Anandilokrit, 2023; Pimtara, Jullmate, & Piphatvanicha, 2022; Ramking, Soonthornchaiya, & Vuthiarpa, 2018)

จังหวัดสุราษฎร์ธานีเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีผู้สูงอายุ จำนวน 161,560 คน คิดเป็นร้อยละ 17.21 จากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พบผู้สูงอายุที่มีคะแนนสมรรถภาพความจำ 14 ข้อคำถาม ผิดปกติเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีจำนวน 997 คน (ร้อยละ 0.82) 993 คน (ร้อยละ 1.12)

และ 2,600 คน (ร้อยละ 2.53) ตามลำดับ (Health Data Center: HDC Surat Thani Provincial Health Office, 2024) การค้นหาผู้ที่มีภาวะสมองผิดปกติตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อนำเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาโดยมีการคัดแยกกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพื่อเข้าสู่การบำบัดรักษาต่อในคลินิกผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบบูรณาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลได้อย่างยั่งยืน อำเภอคีรีรัฐนิคมเป็นพื้นที่ต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีระบบการคัดกรองในชุมชน คัดแยกกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคัดกลุ่มภาวะสมองบกพร่องระยะต้น และกลุ่มป่วยสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2567 อำเภอคีรีรัฐนิคมมีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 7,120 คน (ร้อยละ 17.56) ผลการคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 ข้อคำถาม พบผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ 372 คน (ร้อยละ 5.25) เมื่อนำมาคัดแยกกลุ่มพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น 324 คน (ร้อยละ 4.55) และกลุ่มสมองเสื่อม 48 คน (ร้อยละ 0.67) ผู้วิจัยมีบทบาทหลักเป็น Dementia Care Manager (DCM) ในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการป้องกันภาวะสมองเสื่อม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาที่ให้ความรู้และฝึกทักษะการกระตุ้นสมรรถภาพสมองให้แก่ผู้ดูแลหลักและให้ผู้ดูแลไปทำกิจกรรมกระตุ้นสมองต่อเนื่องที่บ้าน จึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการกระตุ้นสมรรถภาพสมองอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแลที่มีความรู้และทักษะในการทำกิจกรรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองได้เองที่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น ลดการเกิดภาวะสมองเสื่อม ลดภาระการดูแลของผู้ดูแลที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนสมรรถภาพสมองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นในชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและทักษะการกระตุ้นสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังการใช้โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นในชุมชน

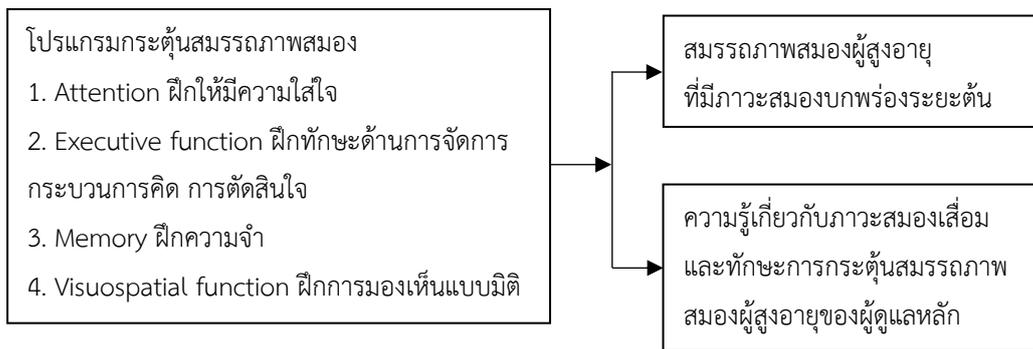
สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะหลังเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นในชุมชนพัฒนาโดยอาศัยการบูรณาการแนวคิดการกระตุ้นสมรรถภาพสมอง (Cognitive Training) ซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพ

สมอง ที่มีระเบียบแบบแผน เป็นการฝึกที่เฉพาะเจาะจงกับด้านต่างๆ ของสมอง ได้แก่ ฝึกให้มีความใส่ใจ (Attention) ฝึกกระบวนการคิด การตัดสินใจ (Executive Function) ฝึกความจำ (Memory) ฝึกการมองเห็นแบบมิติ (Visuospatial Function) โดยด้านความจำใช้ขบวนการรับรู้ข้อมูล ประกอบด้วยความใส่ใจซึ่งเป็นพื้นฐานหลักสำหรับการรับรู้ข้อมูล และข้อมูลส่วนหนึ่งที่มีการรับรู้โดยอาศัยความเชื่อมโยงของการมองเห็นสอดคล้องกับการกำหนดทิศทางในการเคลื่อนไหว คือ มิติสัมพันธ์ เมื่อรับรู้ข้อมูลแล้วจะมีการประมวลผล โดยสังเคราะห์ความจำที่มีอยู่เดิม ทำให้เกิดความจำใหม่ ร่วมกับทักษะด้านการจัดการ และกิจกรรมการเคลื่อนไหวที่ช่วยเสริมให้พร้อมรับการกระตุ้นต่อไป (Nakawiro, Chansirikarn, Srisuwan, Aebthaisong, Sudsakorn, Vidhyachak, et al., 2017) โดยนำโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นในชุมชนไปฝึกให้แก่ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลหลักนำไปฝึกสมองให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นที่บ้าน ใช้ระยะเวลาการฝึกตามโปรแกรม สัปดาห์ละ 3 วัน นาน 1 เดือน ติดตามผลโดยวัดความสามารถของสมองในเดือนที่ 2 หลังได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนสมรรถภาพสมองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นและเปรียบเทียบความรู้และทักษะของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นและผู้ดูแลหลัก อำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

ประชากรผู้สูงอายุ คือ กลุ่มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในช่วงปี พ.ศ. 2566-2567 และผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น คือ ผู้มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ที่ได้รับการคัดแยกพบภาวะสมองบกพร่องระยะต้น กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis) ใช้สถิติเปรียบเทียบเพื่อหาความแตกต่างระหว่าง 2 ตัวแปร ซึ่งเป็นอิสระต่อกัน จากการศึกษางานวิจัยของ limsakul, Tunseng, & Puekkong (2018) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกระตุ้นความสามารถสมองต่อสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น ได้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.72 นำมากำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการ

วิเคราะห์อำนาจทดสอบใช้สถิติเปรียบเทียบเพื่อหาความแตกต่างก่อน-หลัง (One Group Dependent Means) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ .95 ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 23 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็น 30 คน คุณสมบัติที่กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น ไม่มีภาวะซึมเศร้า ประเมินด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TDGS) ได้คะแนน < 7 คะแนน แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini Mental State Examination-Thai Version 2002: MMSE-T) อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือมีคะแนน > จุดตัดคะแนนตามระดับการศึกษา และประเมินด้วยแบบทดสอบภาวะสมองบกพร่องระยะต้น (The Montreal Cognitive Assessment: MoCA) มีระดับคะแนน < 25/30 คะแนน 2)สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามเวลาที่กำหนด 3) อ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้ 4) ไม่มีประวัติซึมเศร้า และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อการทรงตัวและการฝึกสมอง เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง 2) มีปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น จำนวน 30 คน คุณสมบัติที่กำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี 2) อ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้ และ 3) ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล โรคประจำตัว การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

1.2 แบบประเมินสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแบบครบวงจร สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อยืนยันและแยกแยะผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความจำ และภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินมาตรฐาน 3 ชุด คือ

1.2.1 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TDGS) พัฒนาโดย Wongpakaran (2008) มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .82 การแปลผล คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึงปกติ คะแนน ≥ 7 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้า

1.2.2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ซึ่งพัฒนาโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (2542) สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีการทดสอบหาค่าความไว และความจำเพาะ ในผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาต่างกันดังต่อไปนี้ ไม่ได้รับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษา และเรียนจบสูงกว่าชั้นประถมศึกษา ค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับร้อยละ 35.4, 56.6 และ 92.02 ตามลำดับ ค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับร้อยละ 81.1, 93.8 และ 92.6 ตามลำดับ มีคะแนนรวม 30 คะแนน การแปลผล คิดคะแนนตามระดับการศึกษา กลุ่มผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือ เรียนระดับประถมศึกษา และเรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา อยู่ที่ ≤ 14 คะแนน, ≤ 17 คะแนน และ ≤ 22 คะแนน ตามลำดับ

1.2.3 แบบประเมินสมรรถภาพสมอง (MoCA Test) พัฒนาเป็นภาษาไทย โดย Hemrungronj (2010) ใช้คัดกรองภาวะพหุปัญญาบกพร่องเล็กน้อย มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ

90 และค่าจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 87 มีคะแนนรวม 30 คะแนน การแปลผล ≥ 25 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพสมองปกติ <25 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น

1.3 แบบประเมินผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น

1.3.1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม จำนวน 15 ข้อ มี 15 คะแนน เป็นคำถามเชิงบวก 12 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ การแปลผล แบ่งระดับคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการของ Bloom (Bloom, Hasting, & Maduas, 1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (12-15 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน) และความรู้ระดับต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-8 คะแนน)

1.3.2 แบบประเมินทักษะการกระตุ้นสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลัก มีจำนวน 15 ข้อ โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Interval Scale) 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ผึกทักษะเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน ผึกทักษะเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนนและไม่ได้ฝึกทักษะเลย ให้ 1 คะแนน แปลผลโดยใช้การแบ่งระดับคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการของ Bloom (Bloom, Hasting, & Maduas, 1971) 3 ระดับ ดังนี้ ทักษะในการฝึกสมองระดับสูง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (36-45 คะแนน) ทักษะในการฝึกสมองระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 (27-35 คะแนน) และทักษะในการฝึกสมองระดับต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (15-26 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น ในชุมชน ที่มุ่งเน้นความสามารถของสมองอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อชะลอความเสื่อมถอยของสภาพสมอง และเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ ด้วยการทำกิจกรรมที่กระตุ้นการทำงานของสมอง 4 ด้าน คือ ทักษะการบริหารจัดการ ความใส่ใจ ความจำ และมิติสัมพันธ์ เป็นการพัฒนาต่อยอดจาก “โปรแกรม Training of Executive Function, Attention, Memory and Visuospatial Function (TEAM V)” และคู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสำหรับประชาชนของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (Institute of Geriatric Medicine, 2016) โดยพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักในการใช้โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นในชุมชน เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และทักษะในการกระตุ้นสมรรถภาพสมองอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุฝึกสมองตามโปรแกรม สัปดาห์ละ 1 ด้าน เรียงลำดับจากง่ายไปยาก ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ รวมจำนวน 12 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 1 ด้านความสนใจใส่ใจ เป็นกิจกรรมกระตุ้นสมาธิ ความใส่ใจ โดยมีสติใส่ใจกับภาพ เสียง และตัวอักษร เช่น เกมส์ตามหาแฝด, เรียงลำดับจับคู่แฝด, เกมส์นับให้ตีมีเท่าไร

สัปดาห์ที่ 2 ด้านความจำ เป็นกิจกรรมกระตุ้นความจำระยะสั้น ระยะยาว โดยเพิ่มการรับรู้ข้อมูลจากการใช้ประสาทสัมผัสหลายๆทางในการช่วยจดจำ เช่น เกมส์ดูให้ตี มีให้จำ, เกมส์ “จำให้ตี มีคำตอบ”

สัปดาห์ที่ 3 ด้านมิติสัมพันธ์ เป็นกิจกรรมกระตุ้นความสามารถสมองในการรับรู้ทิศทาง การกระยะ ตำแหน่งของตัวเองและสิ่งแวดล้อม เช่น การเขียนแผนที่ ตารางเก้าช่อง, เกมส์ “อยู่ไหน?”, เกมส์ “เข้มทิศ”

สัปดาห์ที่ 4 ด้านการคิด ตัดสินใจ บริหารจัดการ เป็นกิจกรรมกระตุ้นความสามารถสมองในการคิด ตัดสินใจ วางแผน จัดลำดับความสำคัญ เช่น เกมส์ “ไขปริศนา” เกมส์ ล้วงกระเป๋า วางแผนทางการเงิน การเดินทาง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นในชุมชน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและแบบประเมินทักษะการกระตุ้นสมรรถภาพสมองของผู้ดูแล ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ 3 ท่าน ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด ที่มีประสบการณ์ด้านการออกแบบกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากกว่า 10 ปี จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากกว่า 20 ปี จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นรวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาทำการแก้ไข ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ .93

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและแบบประเมินทักษะการกระตุ้นสมรรถภาพสมองของผู้ดูแล ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกัน จำนวน 10 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย โดยการประชุมเพื่อทำความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงทดลองฝึกปฏิบัติการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ก่อนลงมือเก็บข้อมูล

ระยะที่ 2 จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลัก ในการใช้โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุพร้อมกับให้คู่มือการกระตุ้นสมรรถภาพสมอง ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและทักษะในการกระตุ้นสมรรถภาพสมอง 4 ด้าน กระบวนการให้ผู้ดูแลหลักไปกระตุ้นให้ผู้สูงอายุฝึกสมองตามโปรแกรม สัปดาห์ละด้าน ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน (วันจันทร์ พุธ ศุกร์) โดยเรียงลำดับจากง่ายไปยาก ซึ่งต้องใช้ความสามารถของสมองมากขึ้น ทำให้ผู้เล่นได้นำทักษะความสามารถที่มีอยู่มาใช้และเป็นการต่อยอดความสามารถที่ได้รับการกระตุ้นให้ถูกนำมาใช้อย่างต่อเนื่อง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ จำนวน 12 ครั้ง

ระยะที่ 3 ติดตามประเมินสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุซ้ำ ด้วยแบบประเมินสมรรถภาพสมองโมคา (MoCA Test) และประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และประเมินทักษะการฝึกสมรรถภาพสมองของผู้ดูแลหลัก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่างของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการฝึกสมรรถภาพสมอง

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ.2567 เลขที่โครงการ STPHO 2024-119 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ลักษณะกิจกรรม การเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับของข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตอบรับ ผู้วิจัยให้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 มีอายุมากกว่า 80 ปี ร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 70 เท่ากัน อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 93.3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80 เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมร้อยละ 50 ส่วนผู้ดูแลหลักเป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.0 มีอายุเฉลี่ย 52.43 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.7 การศึกษาจบปริญญาตรี ร้อยละ 33.0 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นบุตร ร้อยละ 80

2. สมรรถภาพสมองผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองมีค่าคะแนนสมรรถภาพสมอง (MoCA Test) รายด้านและคะแนนรวมเพิ่มขึ้น มีความแตกต่างกันทางสถิติ ยกเว้นทักษะด้านการบอกชื่อ (Naming) และด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น ก่อน-หลังการทดลอง จำแนกตามข้อมูลสมรรถภาพสมอง (MoCA Test) รายด้านและรวมทุกด้าน

สมรรถภาพสมอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	t	p-value
	Mean±SD.	Mean±SD.		
มิติสัมพันธ์ /การบริหารจัดการ (Visuospatial/Executive)	2.96 ± 1.27	3.90 ± .66	4.87	.00*
การบอกชื่อ (Naming)	2.86 ± .34	2.93 ± .25	1.0	.32
สมาธิ ความใส่ใจ (Attention)	4.06 ± 1.11	40.80 ± .99	3.34	.00*
ภาษา (Language)	1.20 ± 1.06	1.96 ± .92	6.18	.00*
ความคิดด้านนามธรรม (Abstraction)	0.70 ± .70	1.13 ± .57	4.17	.00*
การทวนซ้ำ (Delayed Recall)	1.10 ± 1.23	2.20 ± 1.39	6.18	.00*
การรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation)	5.46 ± 1.45	5.83 ± .59	1.88	.07
คะแนนรวมทุกด้าน	19.20 ± 3.53	23.63±3.01	14.49	.00*

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและทักษะการกระตุ้นสมรรถภาพสมองของผู้ดูแลหลัก

ความรู้ของผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมประเด็นผู้สูงอายุหลงทิศ หลงทางคือสูญเสียสมรรถภาพสมองด้านมิติสัมพันธ์ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.30 เป็นร้อยละ 30.00 ตามลำดับ โดยหลังใช้โปรแกรมผู้ดูแลหลักทุกคนมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 2

ทักษะของผู้ดูแลหลักในการกระตุ้นสมรรถภาพสมองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ทักษะที่ปฏิบัติสูงสุด คือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองและช่วยเสริมในสิ่งที่ผู้สูงอายุทำไม่ได้และเลือกกิจกรรมที่ปลอดภัยไม่เกิดอันตรายหรือบาดเจ็บต่อผู้สูงอายุ ส่วนทักษะที่ปฏิบัติน้อย คือการกระตุ้นการรับรู้วัน เวลา ผู้สูงอายุโดยการถามทุกวัน ระดับทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการกระตุ้นสมรรถภาพสมองก่อนและหลังใช้โปรแกรม พบว่าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.3 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องสมองระยะต้น ก่อนและหลังใช้โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองจำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0-8)	3	10.00	-	-
ปานกลาง (9-11)	5	16.70	-	-
สูง (12-15)	22	73.30	30	100
รวม	30	100	30	100

Mean ก่อน=12.40, SD.=1.99, Min=8, Max=15, Mean หลัง=14.20, SD.= .55, Min=13, Max=15

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องสมองระยะต้น ก่อนและหลังใช้โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองจำแนกตามระดับทักษะ

ทักษะการกระตุ้นสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุของผู้ดูแล	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปานกลาง (27-35)	14	46.70	2	6.70
สูง (36-45)	16	53.30	28	93.3
รวม	30	100	30	100

Mean ก่อน=35.66, SD.=4.26, Min=28, Max=44, Mean หลัง=41.23, SD.=2.59, Min=35, Max=45

ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นหลังใช้โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการกระตุ้นสมรรถภาพสมองเพิ่มขึ้น มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและทักษะการกระตุ้นสมรรถภาพสมองของผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังใช้โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง

ด้าน	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	t	p-value
	Mean±SD.	Mean±SD.		
ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	12.40 ± 1.99	14.20 ± .55	4.64	.00**
ทักษะการกระตุ้นสมรรถภาพสมอง	35.66 ± 4.26	41.23 ± 2.59	4.39	.00**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

อภิปรายผล

1. สมรรถภาพสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นก่อนและหลังการใช้โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมอง (MoCA Test) รวมทุกด้านและรายด้าน ได้แก่ ด้านมิติสัมพันธ์/การบริหารจัดการ, ด้านสมาธิ, ความใส่ใจ, ด้านภาษา, ด้านความคิดนามธรรม, และด้านความจำเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยด้านการบอกชื่อ และด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .32$ และ $.07$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นในการศึกษานี้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองด้านความจำค่อนข้างต่ำ (การทวนซ้ำ เท่ากับ 1.10 ± 1.23 VS 2.20 ± 1.39 จาก 5 คะแนน) ซึ่งตามลักษณะการแบ่งกลุ่มภาวะสมองบกพร่องเล็กน้อย 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดสูญเสียความจำ แต่ด้านอื่นยังไม่บกพร่อง และชนิดไม่สูญเสียความจำที่มีความบกพร่องในด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่ด้านความจำ (Anandilokrit, 2023) จึงพบผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองค่อนข้างสูงในด้านการบอกชื่อ (เท่ากับ 2.86 ± 0.34 VS 2.93 ± 0.25 จาก 3 คะแนน) และด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว (5.46 ± 1.45 VS 5.83 ± 0.59 จาก 6 คะแนน) คะแนนที่เพิ่มขึ้นจึงไม่มีความแตกต่างทางสถิติ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นในการศึกษานี้ มีอายุ 61-89 ปี (อายุเฉลี่ย 76.83 ปี) การศึกษาน้อยกว่า 6 ปี ร้อยละ 70.00 ซึ่งอายุและระดับการศึกษาสองปัจจัยนี้เป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคต เมื่อเทียบเคียงผู้สูงอายุไทย 50-60 ปีที่ผ่านมา มีโอกาสในการศึกษาน้อย จากลักษณะสังคมการเกษตรที่อาศัยแรงงานของบุตรหลานในครอบครัว สถานศึกษามีน้อยและอยู่ห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวก เมื่อได้รับโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง พบว่า สามารถเพิ่มสมรรถภาพสมองในผู้ที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นได้ จากรายงานการวิเคราะห์เมตาวิเคราะห์ (Network Meta-analysis) เพื่อเปรียบเทียบการรักษาโดยไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น 6 รูปแบบ ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกาย (Physical Exercise), การกระตุ้นสมรรถภาพสมอง (Cognitive Stimulation), การฝึกสมอง (Cognitive Training), การฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Cognitive Rehabilitation), ดนตรีบำบัด (Musical Therapy) และการมีกิจกรรมบำบัดหลายด้าน (Multi-Domain Interventions) พบว่า กิจกรรมที่มีประสิทธิผลต่อการรู้คิด (Cognition) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ กิจกรรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง กิจกรรมทางกาย กิจกรรมบำบัดหลายด้าน ดนตรีบำบัด และการฝึกสมอง (Wang, Jia, Liang, Li, Qian, Li, et al., 2020)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นหลังใช้โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง พบว่ามีระดับสมรรถภาพสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีคะแนนเฉลี่ย MoCA Test ก่อนและหลังเข้าร่วมใช้โปรแกรมเท่ากับ 19.20 และ 23.63 ตามลำดับ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น เป็นภาวะที่สมองเริ่มมีการเสื่อมครอบคลุมหลายด้าน เมื่อได้รับการฝึกตามโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง ประกอบด้วยกิจกรรมฝึกสมองที่มีระเบียบแบบแผน เฉพาะเจาะจงกับด้านต่าง ๆ ของสมอง คือทักษะการบริหารจัดการ, ความใส่ใจ, ความจำ และมิติสัมพันธ์ โดยมีกระบวนการให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการกระตุ้นสมรรถภาพสมองให้ผู้สูงอายุตามโปรแกรม โดยเริ่มจากกิจกรรมที่ง่ายไปยาก ซึ่งกระตุ้นให้ใช้ความสามารถของสมองมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุได้นำทักษะความสามารถที่มีอยู่มาใช้ และเป็นการต่อยอดความสามารถที่ได้รับการกระตุ้นให้ถูกนำมาใช้อย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องระยะแรกของศูนย์สุขภาพชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงทดลองพบว่า ประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมการเพิ่มศักยภาพสมองโปรแกรม TEAM-V ทั้งหมด 6 ครั้ง จะเชื่อมโยงความสามารถของสมองหลายด้านในกลุ่มทดลองจากการเปรียบเทียบศักยภาพสมอง ก่อน-หลังการใช้โปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ย MoCA เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$; 95% CI: 2.88-4.04) (Apichonkit, Narenpitak, Mudkong, Awayra, Pholprasert, & Pichaipusit, 2019) และการศึกษาโดยใช้โปรแกรมฝึกปรีชาน “Pak Chong Model for MCI” ที่ประยุกต์จากโปรแกรม TEAM-V พบว่า คะแนน MoCA test ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมเป็น 20.625 ± 3.13 และ 21.375 ± 2.75 ตามลำดับ มีค่าเพิ่มขึ้นแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (Gonpimai 2024) สอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกระตุ้นความสามารถสมองต่อสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นความสามารถสมองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองโมคาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (23.59 ± 2.53 VS 21.71 ± 2.66 , $t = -4.08$, $p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินพุทธิปัญญา เอเดส-คือลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (10.75 ± 4.20 VS 13.60 ± 6.91 , $t = 3.18$, $p < .01$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนโมคาสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (23.59 ± 2.53 VS 23.12 ± 4.17 , $t = -.39$, $p < .01$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินพุทธิปัญญาเอเดส-คือลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (10.75 ± 4.28 VS 13.93 ± 6.41 , $t = 1.70$, $p < .05$) (Limsakul, Tunseng, & Puekkong, 2018)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwanmosi, & Kaspichayawattana (2016) ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการรู้คิดบกพร่อง ทำการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 6 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ รวม 14 ครั้ง เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ คู่มือดำเนินโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องและแบบบันทึกในการเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความจำภายหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยคะแนนความจำหลังการเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1-7 เพิ่มขึ้นต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สรุปได้ว่าโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดเพื่อส่งเสริมความจำสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมความสามารถด้านความจำของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องได้ และการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) และการวิเคราะห์แบบอภิมาน (Meta-Analysis) จากฐานข้อมูล PubMed, Scopus and Web of Science databases ในปี 2021 ในงานวิจัยการกระตุ้นสมรรถภาพสมอง (Cognitive Stimulation) และผลลัพธ์ของการรู้คิด (Cognitive) ในผู้สูงอายุจำนวน 33 การศึกษา โดยระยะเวลาการทำกิจกรรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง 30-90 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง ระยะเวลา 6-18 สัปดาห์ พบว่าระยะเวลา 45 นาทีต่อครั้งสามารถเพิ่มสมรรถภาพสมอง ด้านความจำ (Memory) การรับรู้ (Orientation) และการเคลื่อนไหว (Praxis) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นที่มีอายุน้อยกว่า 75 ปีได้ โดยกลุ่มผู้ที่อายุมากกว่า 75 ปีกิจกรรมดังกล่าวสามารถเพิ่มสมรรถภาพ

สมองมากกว่ากลุ่มที่ไม่กิจกรรม (Gómez-Soria, Iguacel, Aguilar-Latorre, Peralta-Marrupe, Latorre, Zaldivar, Calatayud, 2023)

2. ผู้ดูแลหลักมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและทักษะการกระตุ้นสมรรถภาพสมองเพิ่มสูงขึ้น หลังใช้โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นในชุมชน

จากผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลักหลังใช้โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นในชุมชนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 และมีทักษะการกระตุ้นสมรรถภาพสมองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.30 อธิบายได้ว่าการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจการทำหน้าที่ของสมองด้านความจำ ความใส่ใจ มิติสัมพันธ์ และการวางแผนการตัดสินใจที่มีการเปลี่ยนแปลงลดลง การดำเนินของโรค อาการที่สังเกตเห็นได้ การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยมีกิจกรรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง และฝึกทักษะการกระตุ้นสมรรถภาพสมองทั้ง 4 ด้านแก่ผู้ดูแลหลักเป็นลำดับตามขั้นตอนของโปรแกรม ร่วมกับสมุดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพสมอง หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลหลักนำไปกระตุ้นให้ผู้สูงอายุฝึกสมรรถภาพสมองตามโปรแกรม สัปดาห์ละ 1 ด้าน จากง่ายไปยาก ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ผู้ดูแลหลักที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (14.20 ± 0.55 VS 12.40 ± 1.99 , $t=4.64$, $p < .01$) และทักษะการกระตุ้นสมรรถภาพสมองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (41.23 ± 2.59 VS 35.66 ± 4.26 , $t=4.39$, $p < .01$)

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยาย การดูวีดิทัศน์ การสาธิตและให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสาธิตย้อนกลับโดยมีอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในสถานการณ์จริง การพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ดูแลด้วยกันเอง พบว่าความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Phanpratum, 2023) และการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเว็บแอปพลิเคชันเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อความรู้และทักษะการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเว็บแอปพลิเคชันเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของผู้ดูแลกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเว็บแอปพลิเคชันเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยทักษะการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของผู้ดูแลกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเว็บแอปพลิเคชันเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Kittiworavej, Singhard, Suriya, & Kittiworavej, 2024)

โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น พบว่าผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น มีความพึงพอใจในระดับมาก สามารถนำความรู้จากกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ฝึกสมองในชีวิตประจำวันได้ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม และความถี่ในการมอบหมายให้ทำ

กิจกรรมเหมาะสม โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองในการศึกษานี้ออกแบบชุดฝึกความรู้ เกมและกิจกรรม รวมถึงเทคนิควิธีการฝึก มีการประยุกต์และดัดแปลงมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการอธิบายวิธีทำกิจกรรมที่เข้าใจง่าย เกมมีความหลากหลาย แต่ละเกมจะมีระดับความยากง่าย และความสนุกสนานของเกมที่แตกต่างกัน โดยรวบรวมเป็นชุดกิจกรรม มีรูปแบบน่าสนใจ สีสดใสสวยงาม ให้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักได้นำไปใช้ฝึกสมรรถภาพสมองให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น ส่งผลให้คะแนนสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการดูแลเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้นเพื่อให้เห็นความแตกต่างและเกิดประสิทธิภาพของโปรแกรม จึงควรทำการศึกษามีกลุ่มเปรียบเทียบ และควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลเป็น 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมในการศึกษาครั้งต่อไป
2. การป้องกันสมองเสื่อม ควรพิจารณาปัจจัยอื่นที่สามารถป้องกันได้ เช่น การป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดแดงแข็ง โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงและการขาดการออกกำลังกาย จัดทำเป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคสมองเสื่อมด้วยชุดความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการบริหารสมอง เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาการนำโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองไปเพิ่มศักยภาพให้ผู้ดูแลในชุมชน เช่น อาสาสมัครหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ นักบริหารชุมชน เป็นต้น เพื่อให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นในชุมชนให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

Reference

- Anandilokrit, P. (2023). Mild Cognitive Impairment or Mild Neurocognitive Disorder. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 17(1), 381-393. Retrieved 20 May 2025 from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/277322>
- Apichonkit, S., Narenpitak, A., Mudkong, U., Awayra, P., Pholprasert, P., & Pichaiyusit, A. (2019). Effectiveness of a cognitive functions improvement program in elderly MCI patients of Primary Care Unit Network of Udonthani Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 27(2), 139-147. Retrieved 20 December, 2024 from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/213452/148467>
- Bloom, B. S., Hasting, J. T., & Maduas, G. F. (1971). *Handbook of Formative and Summative Evaluation of student Learning*. McGraw-Hill Book.
- Gómez-Soria, I., Iguacel, I., Aguilar-Latorre, A., Peralta-Marrupe, P. Latorre, E., Zaldívar, J.A.C., & Calatayud, E. (2023) Cognitive stimulation and cognitive results in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and geriatrics*, 104 (January) Retrieved 20 May, 2025 from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494322001947>

- Gonpimai, W. (2024). Effectiveness of Cognitive Training Program in Elderly with Mild Cognitive Impairment in Primary Care Cluster of Pak Chong Nana Hospital. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 18(2), 755-768. Retrieved 20 December, 2024 from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/268437/183168>
- Hamsomskul, R., & Jayathavaj, V. (2024). Forecasting the number of inpatients with dementia and Alzheimer's disease in Thailand. *Academic Journal of Community Public Health*, 10(4). Retrieved 10 May, 2024, from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/269171/185203>
- Health Data Center: HDC Suratthani Provincial health office. (2024). Retrieved from https://sni.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48
- Hemrungronj, S. Montreal cognitive assessment (MoCA). [database on the Internet]. 2011. Retrieved 10 May, 2024, from https://www.mocatest.org/pdf_file/test/MoCA-test-thai-pdf.
- Institute of Geriatric Medicine. (2015). Guidelines for treating and caring for geriatric syndromes. Retrieved 10 June, 2024, from http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/01/book-2558-08_1.pdf
- Institute of Geriatric Medicine. (2016). Cognitive Stimulation in People with Mild Cognitive impairment. Retrieved 10 June, 2024, from <https://uthaihealth.moph.go.th/ltc/document/m003.pdf>
- Kittiworavej, S., Singhard, S., Suriya, A., & Kittiworavej, J. (2024). Effects of Caregivers Preparation Web Application Program on Knowledge and Skills for the Prevention of Dementia in the Elderly. *Journal of Health Science of Thailand*, 33(2), 307-17. Retrieved 20 May, 2025 from <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/14605>
- Limsakul, W., Tunseng, K., & Puekkong, J. (2018). The Effectiveness of a Cognitive Stimulation Program on the Elderly with Mild Cognitive Impairment. *Nursing Journal*, 45(3), 58-68. Retrieved 10 May, 2024, from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/149340/109648>
- Nakawiro, D., Chansirikarn, S., Srisuwan, P., Aebthaisong, O., Sudsakorn, P., Vidhyachak, C., & Visajan, P. (2017). Group-Based Training of Executive Function, Attention, Memory and Visuospatial Function (Team-V) in Patients with Mild Neurocognitive Disorder. *The Psychiatric Association of Thailand*, 62(4), 337-348. Retrieved 20 December, 2024 from https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/62-4/06_Daochompu.pdf
- Neurological Institute of Thailand. (2014). Clinical Practice Guidelines: Dementia. Bangkok: TANA PRESS & GRAPHIC COMPANY LIMITED.

- Petersen, R.C. (2016) Mild Cognitive Impairment. *American Academy of neurology* 22(2), 404-18. Retrieved 20 May, 2025 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27042901>
- Phanpratum, J. (2023). Effects of Health Promotion Program for Older People on Knowledge and Aged Care Skills of Caregivers in Primary Care Units, Mueang District, Suratthani. Province *Journal of Health Research and Innovation*, 6(1) Retrieved 21 May, 2025 from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/view/262032>
- Pimtara, P., Jullmate, P., & Piphatvanicha, N. (2022). A pilot study of the effect of a cognitive stimulation program on the cognitive function of older adults with mild cognitive impairment in a community. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 30(3) (Jul-Sep) Retrieved 20 May, 2025 from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/257233/176858>
- Ramking, N., Soonthornchaiya, R., & Vuthiarpa, S. (2018). The Effect of a Cognitive Stimulation Program on The Cognitive Function of Older Adults with mild Cognitive impairment. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(2), 114-122. Retrieved 19 May, 2025 from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/139731/103652>
- Suwanmosi, P., & Kaspichayawattana, J. (2016). The effect of cognitive stimulation program on memory of community-dwelling older persons with mild cognitive impairment. *Journal of The Police Nurse*, 8(2), 45-57. Retrieved 20 December, 2024 from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/73987/59733>
- Wang, Y., Jia, R. Liang, J. Li, J. Qian, S., Li, J., et al. (2020) Effects of non-pharmacological therapies for people with mild cognitive impairment. A Bayesian network meta-analysis. *Int J Geriatric Psychiatry*, 35(6), 591–600.
- Wongpakaran, N. (2008). Geriatric Psychiatry in Thailand. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 53(Supplement 1), 39-46. Retrieved 20 May, 2025 from <https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/53-3s/08-Nahathai.pdf>

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดลำพูน

ภัทรภรณ์ พรหมเสน¹, นกษา สิงห์วีรธรรม^{2*}, พัลลภ เขียวชัยสกุล²

¹นักศึกษาลัทธิสุทธสาธาณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ชั้นปีที่ 4,5 และ 6 จังหวัดลำพูน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาลำปาง ลำพูน ปีการศึกษา 2567 กลุ่มตัวอย่าง 310 คน สุ่มแบบหลายขั้นตอน ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามเท่ากับ 1.00 เก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการผ่านแบบสอบถามออนไลน์ ระหว่างวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอย โลจิสติกเชิงพหุ

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 50.32 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 56.41 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 33.97 ภาวะซึมเศร้ามาก ร้อยละ 5.77 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 3.85 พบภาวะซึมเศร้าในนักเรียนเพศทางเลือก (LGBTQ+) ร้อยละ 72.73 นักเรียนที่มีการใช้สมาร์ทโฟน 7 ชั่วโมงต่อวันขึ้นไป ร้อยละ 79.49 และพบภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีประวัติถูกกลั่นแกล้งหรือการถูกบูลลี่ (Bully) ร้อยละ 56.52

ปัจจัยที่มีส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดลำพูน ได้แก่ เพศ ($p < .01$) จำนวนชั่วโมงการใช้สมาร์ทโฟนต่อวัน ($p < .01$) และการถูกกลั่นแกล้งหรือการถูกบูลลี่ (Bully) ($p < .01$) โดยพบว่า เพศหญิงและเพศทางเลือก (LGBTQ+) มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า เพศชาย 3.87 เท่า (Adj OR=3.87) และ 7.48 เท่า (Adj OR=7.48) ตามลำดับ นอกจากนี้ พบว่านักเรียนที่ใช้สมาร์ทโฟน 7 ชั่วโมง ต่อวันขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า 1.32 เท่า (Adj OR=1.32) รวมถึงนักเรียนที่เคยถูกกลั่นแกล้งหรือการถูกบูลลี่ (Bullying) มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า 4.66 เท่า (Adj OR=4.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ปัจจัย, ภาวะซึมเศร้า, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย, จังหวัดลำพูน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noppcha.s@cmu.ac.th)

วันที่รับ 6 พ.ค. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 31 พ.ค. 2568, วันที่ตอบรับ 9 มิ.ย. 2568

Factors Affecting Depression of High School Students in Lamphun Province.

Pattraporn Promsen¹, Noppcha Singweratham^{2*}, Pallop Siewchaisakul²

¹Student of Master of Public Health in Faculty of Public Health Chiang Mai University

²Faculty of Public Health Chiang Mai University

ABSTRACT

This study is cross-sectional research aimed to examine the factors related to the quality of balance in preventing falls among the elderly in Kok Sung community, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. The study sample consisted of 314 elderly who were 60 years and older. Using a health belief questionnaire related to falls with Berg balance score tests. The reliability is measured by Cronbach's alpha coefficient of 0.80. The data were analyzed using descriptive statistics, and the relationships were tested using Chi-square statistics and Pearson's correlation coefficient.

The results found that personal factors, including gender, age, occupation, income, education level, marital status, chronic illnesses, regular medication use, vision ability, and history of falls within the past 6 months, were significantly related to the quality of balance in preventing falls among the elderly in the community. Additionally, the health belief factor regarding the perceived benefits of fall prevention behavior showed a positive correlation with the quality of balance in preventing falls among the elderly in the community.

Therefore, healthcare providers should promote self-care practices among the elderly to delay and prevent falls, taking into personal factors and enhancing the perceived benefits of engaging in fall prevention behaviors to improve the quality of balance among the elderly in the community.

Keywords: Factors, Affecting Depression, High School Students, Lamphun Province

*Corresponding e-mail: noppcha.s@cmu.ac.th

Received: May 6, 2025; Revised: May 31, 2025; Accepted: June 9, 2025

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 8 No.1 January - June 2025 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

ในยุคที่โลกหมุนเร็วด้วยเทคโนโลยีและการแข่งขัน ภายใต้ภาพลักษณ์ของการพัฒนาและความก้าวหน้า กลับแฝงไว้ด้วยภาวะทางจิตใจที่เปราะบางและน่ากังวล หนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญระดับโลกในปัจจุบันคือ “ภาวะซึมเศร้า” ซึ่งกลายเป็นภัยเงียบที่แทรกซึมอยู่ในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ระหว่างรอยต่อของวัยเด็กและผู้ใหญ่ องค์การอนามัยโลก รายงานว่า ประชากรทั่วโลกกว่า 280 ล้านคน กำลังเผชิญกับภาวะซึมเศร้าและมากกว่า 700,000 รายเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในแต่ละปี นอกจากนี้การฆ่าตัวตายยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 (World Health Organization, 2023) ขณะที่ผลการประเมินสุขภาพจิตของประชาชนไทย ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าประมาณ 1.2 ล้านคน มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.47 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 2.96 และในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.60 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 18.03 โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงมากกว่าเพศชายถึง 3 เท่า ปัญหาดังกล่าวพบในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงในกลุ่มวัยรุ่นที่ขาดผู้ปกครองในการดูแล หรือมีผู้ปกครองที่ประสบปัญหาในการเลี้ยงดู และในกลุ่มที่เคยหรือกำลังได้รับการรักษาด้านสุขภาพจิตหรือพัฒนาการ (Department of Mental Health, 2023) ข้อมูลจากการศึกษาต่างๆ แสดงให้เห็นว่าในปัจจุบันภาวะซึมเศร้า มีอัตราการเกิดขึ้นที่เพิ่มมากขึ้น

ภาวะซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ไม่ได้เป็นเพียงอารมณ์เศร้าชั่วคราว แต่คือภาวะที่มีอารมณ์เศร้าหมอง หดหู่ หรือสูญเสียความสุขและความสนใจในกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน อาการซึมเศร้าจะแตกต่างจากการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันตามปกติ (National Institute of Mental Health, 2024) ภาวะซึมเศร้าสามารถส่งผลกระทบต่อทุกด้านของชีวิต ไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนฝูง และสังคม รวมถึงนำไปสู่ปัญหาต่างๆ ที่โรงเรียนและที่ทำงาน ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน โดยเหตุการณ์ที่มีความรุนแรง เช่น การถูกทารุณกรรม การสูญเสียบุคคลสำคัญ หรือประสบกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด อาจเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น (World Health Organization, 2023) อีกทั้งยังมี “ภาวะซึมเศร้าซ่อนเร้น” (Smiling Depression) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมตรงกันข้ามเพื่อปกปิดความรู้สึกจริง โดยแสดงออกเหมือนยังปกติดี คือการแสดงอาการที่ไม่สอดคล้องกับความรู้สึกภายในแท้จริง แทนที่จะรู้สึกเศร้า หดหู่ หงุดหงิดหรือเก็บตัว บางคนกลับยิ้ม หัวเราะ และแสดงท่าทางเหมือนไม่มีปัญหาอะไร (Department of Mental Health, 2023) ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในทุกวัย แต่อาการมักเริ่มตั้งแต่ในวัยรุ่น

สุขภาพจิตของประชาชนทั่วไปในจังหวัดลำพูน มีอัตราการความเครียดระดับสูง ร้อยละ 14.98 ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 16.19 และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 8.90 โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นช่วงอายุ 16-18 ปี พบว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายอยู่ ร้อยละ 11.00 และ 19.60 ตามลำดับ (Department of Mental Health, 2022) จะเห็นได้ว่า สถิติความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในจังหวัดลำพูน มีแนวโน้มสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและ ภาวะซึมเศร้าในระดับที่น่ากังวล ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งคือวัยรุ่นยังขาด

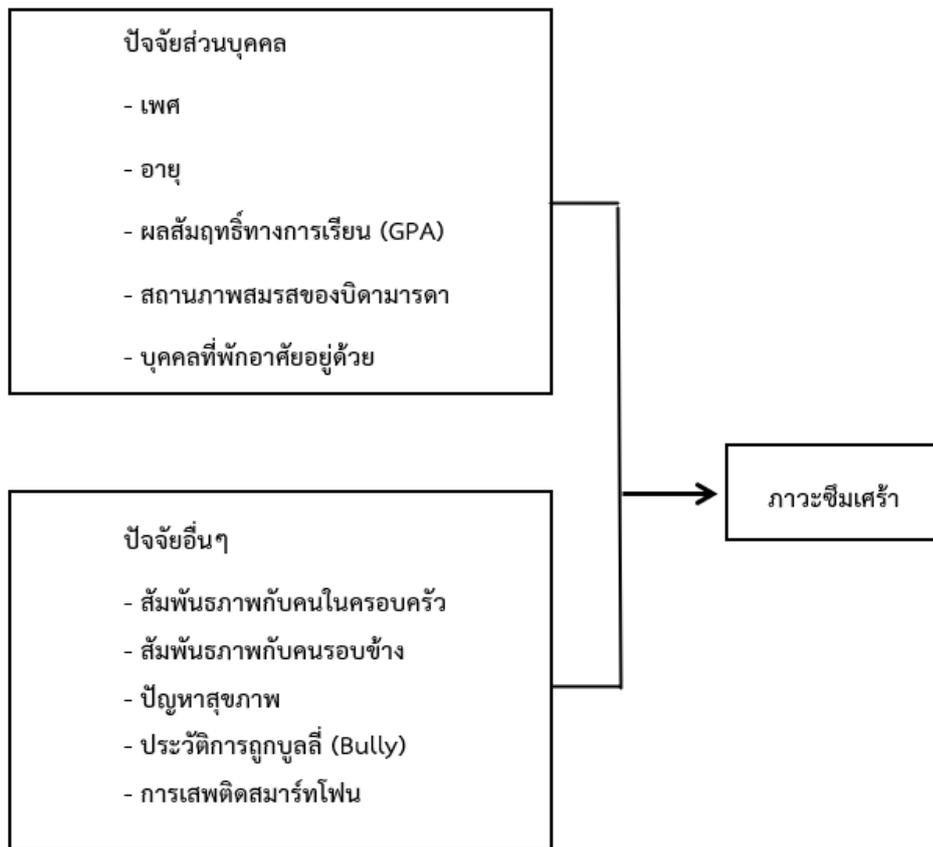
ประสบการณ์และทักษะในการจัดการกับปัญหาชีวิต ทำให้กลุ่มเด็กและเยาวชนกลายเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์วิกฤติที่อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจได้อย่างรุนแรง นอกจากนี้ด้วยลักษณะเฉพาะของช่วงวัย วัยรุ่นมักจะไม่เปิดเผยความรู้สึก หรือปฏิเสธความช่วยเหลือ (Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute, 2018) โดยเฉพาะหากต้องเผชิญกับผู้ใหญ่ ที่ขาดความเข้าใจ หรือ มีท่าทีตำหนิและตัดสิน ซึ่งอาจ ยิ่งซ้ำเติมปัญหาสุขภาพจิตให้รุนแรงยิ่งขึ้น อีกทั้งครูและผู้ปกครองยังมีข้อจำกัดในการรับรู้และประเมินสมรรถนะของตนเองในการคัดกรองประเมิน รวมถึงการให้การดูแลช่วยเหลือที่ขาดระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงาน และขาดความต่อเนื่องในการดูแล ส่งผลให้สามารถตรวจพบปัญหาสุขภาพจิต ของนักเรียนได้ก็ต่อเมื่อปัญหาอยู่ในระดับที่รุนแรง ซ้ำซ้อน และยากต่อการเยียวยา (Watcharathaksin, Aekwarangkoon, & Vanprom, 2022) ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่กระจายไปตามพื้นที่สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาในจังหวัดลำพูน และกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า รวมถึงอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดลำพูน เพื่อทราบความชุกของภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและให้การรักษาในระยะเริ่มต้น รวมถึงเป็นการช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดการฆ่าตัวตายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดลำพูน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดลำพูน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาศึกษาหาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนปลาย จังหวัดลำพูน ดังแสดงในภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ช่วงอายุระหว่าง 15-18 ปี

ประชากร คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีอายุ 15-18 ปี กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 4, 5 และ 6 ของโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ลำปาง ลำพูน จังหวัดลำพูน ปีการศึกษา 2567 จำนวน 15 แห่ง นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวนทั้งสิ้น 5,853 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 310 คน ขนาดตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ ใช้ Wayne W. Daniel (Daniel, 1999) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือป่วยเป็นโรคจิตเวชที่วินิจฉัยโดยแพทย์

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มคัดเลือกโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา
มัธยมศึกษาอำเภอ ลำพูน จังหวัดลำพูน ตามสหวิทยาเขตโดยการสุ่มแบบไม่มีการแทนที่ (Sampling
Without Replacement) สหวิทยาเขตละ 2 แห่ง ได้จำนวน 6 แห่ง

ขั้นตอนที่ 2 คัดสรรส่วนจำนวนนักเรียนแยกตามรายโรงเรียนและรายชั้นเรียน

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มคัดเลือกนักเรียนตามรายชั้นด้วยการโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple
Random Sampling) แบบวิธีการจับฉลาก (Lottery) จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 310 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการทบทวนเอกสารและ
งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว เพื่อนและคนรอบข้าง ส่วนที่ 3 ประวัติการถูกกลั่น
แกล้งหรือ การถูกบูลลี่ (Bullying) ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย(Child
and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute, 2018)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ในส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูล
ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว และคนรอบข้าง และ ส่วนที่ 3 ประวัติ
การถูกกลั่นแกล้งหรือการถูกบูลลี่ (Bullying) ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในแต่ละข้อคำถาม
โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ป้องกัน แขนง
สุขภาพจิตชุมชน จำนวน 1 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญการ
ส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และพฤติกรรมศาสตร์สุขภาพ จำนวน 1 ท่าน เพื่อประเมินความสอดคล้องของ
แบบสอบถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence :IOC) ซึ่งได้ค่าความสอดคล้อง
ระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์เท่ากับ 1.00 และผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาใช้ในการ
ปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามออนไลน์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อได้รับการรับรองพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการ
วิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล จาก
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขต
พื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาอำเภอ ลำพูน จังหวัดลำพูน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยชี้แจง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ รายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูลและประโยชน์ที่จะได้รับ

2. เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียนให้สามารถเก็บข้อมูลการวิจัยแล้ว
ผู้วิจัยติดต่อประสานงานครูอนามัยโรงเรียนและครูประจำชั้นนักเรียนมัธยมปลายของโรงเรียนมัธยมศึกษา
สังกัดสำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาอำเภอ ลำพูน จังหวัดลำพูน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และ
อธิบายรายละเอียด ของงานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด เพื่อลดความผิดพลาด
ในการเก็บข้อมูลและ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

3. ผู้วิจัยมอบหมายให้ครูอนามัยโรงเรียนหรือครูประจำชั้นนักเรียนมัธยมปลาย แจกเอกสาร เอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร หนังสือยินยอมให้บุตรหรือเด็กในปกครองเข้าร่วมการวิจัย เพื่อขอความยินยอมจากผู้ปกครองเด็กนักเรียนและเด็กนักเรียน เมื่อได้รับความยินยอมจึงดำเนินการเก็บข้อมูล ทำการกระจายแบบสอบถามในรูปแบบของแบบสอบถามออนไลน์ (Google forms) โดยทำเป็นคิวอาร์โค้ด (QR Code) ให้นักเรียนสแกนเพื่อทำแบบสอบถาม ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ 310 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ มีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดลำพูน โดยใช้การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ ET027/2567 ลงวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ.2567

ผลการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ มีผู้ตอบกลับ จำนวน 310 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.55 อายุเฉลี่ย 16 ปี และศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 42.26 ผลการเรียนเฉลี่ย(GPA) มากกว่า 3.00 ร้อยละ 65.80 นักเรียนส่วนใหญ่ใช้สมาร์ทโฟนน้อยกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 57.74 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.16 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=310)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	102	32.90
หญิง	197	63.55
LGBTQ+	11	3.55
อายุ		
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.60 ±0.87		
ชั้นเรียน		
มัธยมศึกษาปีที่ 4	131	42.26
มัธยมศึกษาปีที่ 5	110	35.48
มัธยมศึกษาปีที่ 6	69	22.26

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=310) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ผลการเรียนเฉลี่ย(GPA)		
GPA ต่ำกว่า 2.00	7	2.26
GPA 2.00-3.00	99	31.94
GPA มากกว่า 3.00	204	65.80
จำนวนชั่วโมงการใช้สมาร์ทโฟนต่อวัน		
น้อยกว่า 7 ชั่วโมง	179	57.74
7 ชั่วโมงขึ้นไป	131	42.26
โรคประจำตัว		
ไม่มี	295	95.16
มี	15	4.84

นักเรียนที่มีประวัติการถูกกลั่นแกล้งหรือการถูกบูลลี่ (Bullying) พบว่า ร้อยละ 30.32 เคยถูกเพื่อนนักเรียน คนอื่นทำให้กลายเป็นตัวตลก และรองลงมาคือ ร้อยละ 21.94 เคยถูกเพื่อนนักเรียนคนอื่นกระจายข่าวลือที่ไม่ดีเกี่ยวกับตน และร้อยละ 11.29 เคยถูกแย่งหรือทำลายสิ่งต่างๆที่เป็นของตน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไป ประวัติการถูกกลั่นแกล้งหรือการถูกบูลลี่ (Bullying) (n=310)

ประวัติการถูกกลั่นแกล้งหรือการถูกบูลลี่ (Bullying)	ไม่เคย	เคย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ถูกนักเรียนคนอื่นตั้งใจตีกันฉีกออกจากสิ่งต่างๆ เช่น ไม่ให้เล่นด้วย ไม่ให้เข้ากลุ่มด้วย	298 (96.13)	12 (3.87)
2. ถูกนักเรียนคนอื่นทำให้กลายเป็นตัวตลก	216 (69.68)	94 (30.32)
3. ถูกข่มขู่จากนักเรียนคนอื่น	286 (92.26)	24 (7.74)
4. ถูกนักเรียนคนอื่นแย่งหรือทำลายสิ่งต่างๆที่เป็นของตน	275 (88.71)	35 (11.29)
5. ถูกตีหรือรุมทำร้ายจากนักเรียนคนอื่น	301 (97.10)	9 (2.90)
6. ถูกนักเรียนคนอื่นกระจายข่าวลือที่ไม่ดีเกี่ยวกับตน	242 (78.06)	68 (21.94)

นักเรียนส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 50.32 โดยมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5-9 คะแนน) ร้อยละ 56.41 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (10-14 คะแนน) ร้อยละ 33.97 มีภาวะซึมเศร้ามาก ร้อยละ 5.77 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 3.85 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าของนักเรียน (n=310)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 4 คะแนน)	154	49.68
มีภาวะซึมเศร้า	156	50.32
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5 - 9 คะแนน)	88	56.41
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (10 - 14 คะแนน)	53	33.97
มีภาวะซึมเศร้ามาก (15 - 19 คะแนน)	9	5.77
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (20 - 27 คะแนน)	6	3.85

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ 1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ 2. ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการใช้สมาร์ทโฟนต่อวัน และประวัติการถูกกลั่นแกล้งหรือ การถูกบูลลี่ (Bullying)

เมื่อเปรียบเทียบกับเพศชาย พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่า 2.97 เท่า (OR=2.97) และกลุ่มเพศทางเลือก (LGBTQ+) มีความเสี่ยงสูงกว่า 6.43 เท่า (OR=6.43) ทั้งนี้ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆแล้ว เพศหญิงยังคงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่า 3.87 เท่า (Adjusted OR=3.87) และกลุ่มเพศทางเลือก (LGBTQ+) สูงกว่า 7.48 เท่า (Adjusted OR=7.48) เมื่อเทียบกับเพศชาย

นักเรียนที่ใช้สมาร์ทโฟนมากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่านักเรียนที่ใช้สมาร์ทโฟนน้อยกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน 1.29 เท่า (OR=1.29) และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆแล้ว มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น เป็น 1.32 เท่า (Adjusted OR=1.32)

นักเรียนที่มีประวัติการถูกกลั่นแกล้งหรือถูกบูลลี่ (Bullying) มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่านักเรียน ที่ไม่มีประวัติดังกล่าว 3.82 เท่า (OR=3.82) และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆแล้ว พบว่า ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 4.66 เท่า (Adjusted OR=4.66) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียน (n=310)

ปัจจัย	ไม่มี	มี	OR (95%CI)	Adj OR (95%CI)	p-value
	ภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	65 (63.73)	37 (36.27)	1	1	
หญิง	86 (43.65)	111 (56.35)	2.97 (1.81-4.87)	3.87 (2.22-6.76)	.000
LGBTQ+	3 (27.27)	8 (72.73)	6.43 (1.32-31.28)	7.48 (1.36-41.27)	.021

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียน (n=310) (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่มี	มี	OR (95%CI)	Adj OR (95%CI)	p-value
	ภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)			
จำนวนชั่วโมงการใช้สมาร์ทโฟนต่อวัน					
น้อยกว่า 7 ชั่วโมง	47 (30.52)	32 (20.51)	1	1	.005
7 ชั่วโมงขึ้นไป	107 (69.48)	124 (79.49)	1.29 (1.08-1.53)	1.32 (1.09-1.60)	
ประวัติการถูกลั่นแกล้งหรือการถูกบูลลี่ (Bullying)					
ไม่เคย	94 (74.60)	80 (43.48)	1	1	
เคย	32 (25.40)	104 (56.52)	3.82 (2.33-6.27)	4.66 (2.70-8.04)	.000

อภิปรายผล

ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดลำพูน มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 50.32 และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 56.41 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน ที่พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 52.00 และในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 34.30 (Kounjindawong, Naksen, & Chautrakarn, 2024) ส่วนผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมืองชลบุรี พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34.40 (Laksaneeyanawin & Wattanaburanon, 2022) จากข้อมูลจากการประเมินสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนอายุไม่เกิน 18 ปี ประจำปี พ.ศ. 2565 ระบุว่า มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.60 ขณะที่วัยรุ่นในจังหวัดลำพูนช่วงอายุ 16-18 ปีมีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 11.00 (Department of Mental Health, 2022) จะเห็นได้ว่าอัตราความชุกในแต่ละการศึกษา มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเกิดจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ช่วงอายุ สภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ บริบทของสถานศึกษารวมถึงช่วงเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน ทั้งนี้การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลใกล้ปิดภาคเรียน ซึ่งเป็นช่วงที่นักเรียนเตรียมตัวสอบ จึงอาจเพิ่มระดับความเครียดและวิตกกังวล ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ความแตกต่างของเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าในแต่ละการศึกษาก็ส่งผลต่อ ค่าความชุกที่แตกต่างกันด้วย ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัย (Vipavanich, 2024) ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความชุกที่แตกต่างกันในแต่ละบริบท

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดลำพูน ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เพศหญิงมีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายถึง 3.87 เท่า (Adj OR=3.87) และเพศทางเลือก (LGBTQ+) มีความเสี่ยงสูงกว่าถึง 7.48 เท่า (Adj OR=7.48) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัย ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ที่วัยรุ่นหญิง มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่นชายประมาณ 2 เท่า (Anantaseriwidhya,

Punyapas, & Hosiri, 2021) และผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย ในจังหวัดสระแก้วที่ยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างเพศหญิงกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ (Kongachewakit, 2023) ทั้งนี้สาเหตุที่เพศหญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้านอกจากเพศชาย อาจมาจากความแตกต่างทางชีวภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในวัยรุ่น บทบาทและความคาดหวังทางสังคมที่เพิ่มความกดดัน รวมถึงกลไกการเผชิญปัญหาที่มักเน้นการครุ่นคิดซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ความเครียดจากการเรียนและแรงกดดันทางสังคมยังเป็นปัจจัยเสริมในเพศหญิง สำหรับกลุ่มเพศทางเลือก (LGBTQ+) มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป เนื่องจากเผชิญกับแรงกดดันจากอัตลักษณ์ทางเพศที่แตกต่างจากบรรทัดฐานสังคม เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจและพบการ เลือปฏิบัติ การตีตรา การกลั่นแกล้ง ทั้งในครอบครัว โรงเรียน และสังคมรวมถึงการถูกละเมิดสิทธิ์และใช้ความรุนแรง ภาวะทางจิตเวชในกลุ่มนี้จึงมีความรุนแรงกว่า เช่น ภาวะซึมเศร้า การเจ็บปวดทางจิตใจ การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Rungreangkulkij, & Kittirattanapaiboon, 2021)

2. ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการใช้สมาร์ทโฟนต่อวัน และ การถูกลั่นแกล้งหรือการถูกบูลลี่ (Bullying) ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่ใช้สมาร์ทโฟนมากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน มีภาวะซึมเศร้ามากกว่านักเรียนที่ใช้สมาร์ทโฟนน้อยกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน 1.32 เท่า (Adj OR=1.32) แสดงให้เห็นว่าการใช้สมาร์ทโฟนในระยะเวลาที่นานกว่าส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาผลของการติดสมาร์ทโฟนต่อสุขภาพ และผลการเรียนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อ.องครักษ์ จ.นครนายก ที่การใช้สมาร์ทโฟนในระดับที่มากเกินไป หรือการติดสมาร์ทโฟนส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล (Chuemongkon, Boonaruete, & Mothaniyachat, 2021) รวมถึงการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย ที่ระบุว่าพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตมีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย (Seangsanaoh, Vatanasin, Hengudomsab, & Pratoomsri, 2017) ซึ่งหมายความว่ายิ่งมีพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนในระยะเวลาที่นานเท่าใด ก็ยิ่งมีแนวโน้มที่จะพบภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูงขึ้น ตามไปด้วย นอกจากนี้ ยังพบว่าการติดอินเทอร์เน็ตเป็นปัจจัยกระตุ้นภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนปลาย เขตอำเภอเมืองชลบุรี (Laksaneeyanawin, & Wattanaburanon, 2022) จะเห็นได้ว่า ผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนมากเกินไปอาจเกิดระยะเวลาการใช้งานที่ยาวนาน ส่งผลให้การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและบุคคลรอบข้างลดลง ส่งผลต่อวงจรการนอนหลับและการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ นอกจากนี้การเสพสื่อโซเชียลมีเดียจำนวนมากยังส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้ใช้ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ในส่วนนักเรียนที่เคยถูกลั่นแกล้ง (Bullying) พบภาวะซึมเศร้านักเรียนที่ไม่เคยถูกลั่นแกล้งถึง 4.66 เท่า (Adj OR=4.66) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การถูกลั่นแกล้งหรือการถูกบูลลี่ (Bullying) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียน เช่นเดียวกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายของวัยรุ่น อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน พบว่า การถูกลั่นแกล้งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Kounjindawong, Naksen, & Chautrakarn, 2024) นอกจากนี้ นักเรียนที่ถูกลั่นแกล้งมากกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์ มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ถูก

กลั่นแกล้งถึง 5 เท่า (Anantaseriwidhya, Punyapas, & Hosiri, 2021) จะเห็นได้ว่านักเรียนที่ประสบกับการถูกกลั่นแกล้งหรือการบูลลี่ (Bullying) มักมีภาวะวิตกกังวลสูงขึ้น รู้สึกขาดความปลอดภัย เกิดความหวาดระแวงว่าจะถูกกลั่นแกล้งซ้ำ และมีระดับภาวะซึมเศร้าที่สูง ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าในระยะยาวได้ดังนั้นควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเพื่อเป็นการค้นหาและให้การรักษาได้ทันเวลาที่เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตในระยะยาวต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษาอำเภอ ลำพูน จังหวัดลำพูน ซึ่งไม่ได้ครอบคลุมถึงนักเรียนช่วงวัยเดียวกันที่กำลังศึกษาในสังกัดอื่นๆ ซึ่งส่งผลให้ความซุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าไม่สะท้อนในภาพรวมของพื้นที่ รวมถึงการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการสอบปลายภาคดังนั้นจึงอาจส่งผลต่อความซุกและระดับภาวะซึมเศร้า อีกทั้งทั้งการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาพตัดขวางที่อาจส่งผลให้ตัวแปรต้นและตัวแปรตามถูกศึกษาในเวลาเดียวกัน ที่อาจทำให้ไม่สะท้อนความซุกของกลุ่มที่ทำการศึกษา

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถานศึกษาควรมีนโยบายการบูรณาการการแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าร่วมกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของนักเรียนเป็นประจำ และหลังจากพบควรมีเพื่อดำเนินการประเมิน และรักษาต่อไปตามมาตรฐานการจัดบริการ
2. กระทรวงสาธารณสุข ควรดำเนินการแบบมีส่วนร่วมแบบบูรณาการโดยให้ความรู้นักเรียน คุณครู ผู้ปกครองเรื่องการประเมินภาวะซึมเศร้าของนักเรียน เพื่อสามารถประเมิน เฝ้าระวัง และป้องกันการนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จ
3. สถานศึกษาควรบูรณาการ การเรียนการสอน รวมไปถึงกิจกรรมต่างๆของโรงเรียน ให้ทุกเพศได้แสดงออกถึงบทบาท ศักยภาพของตนเอง ให้โอกาสทุกเพศมีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน
4. สถานศึกษาควรมีแนวทางในการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งหรือการถูกบูลลี่ในโรงเรียน โดยหมั่นสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนแต่ละคนเพื่อเข้าไปสำรวจปัญหาเพิ่มเติมและให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม สื่อสารกับผู้ปกครอง และนักเรียนให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการถูกกลั่นแกล้งหรือบูลลี่ (Bullying) ในโรงเรียน สร้างเสริมทักษะการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งแก่นักเรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเฉพาะกลุ่มที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าที่หลากหลายมากขึ้น เช่น เพศ ปัจจัยเรื่องเศรษฐกิจ ปัจจัยเรื่องความสัมพันธ์ (ความรัก) ปัจจัยด้านการศึกษา เป็นต้น
2. ควรพัฒนารูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลายวิธี เช่น เก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์ การเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ
3. ควรมีศึกษาวิจัยรูปแบบอื่นๆ เช่น วิจัยแบบเชิงทดลอง การวิจัยแบบย้อนหลัง

References

- Anantaseriwidhya, T., Punyapas, S., & Hosiri, T. (2021). Prevalence and factors associated with depression among boarding school students in Suratthani. *Chiang Mai Medical Journal*, 60(4), 575-586. (in Thai)
- Chuemongkon, W., Boonnaruete, N., Mothaniyachat, T. (2021). Effects of Smartphone Addiction on Health and Academic Performance of High School Students in Ongkharak District, Nakhon Nayok Province. *Srinagarind Medical Journal*, 36(4). (in Thai)
- Department Of Mental Health. (2022). *Mental Health Assessment Data of Thai People*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department Of Mental Health. (2023). *Hidden Depression Warning Signs*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Kongachewakit, S. (2023). Depression among late adolescent in Sakaeo Province. *Journal of Health and Environmental Education*. 8(1), 293-301. (in Thai)
- Koujindawong, P., Naksen, W., & Chautrakarn, S. (2024). *Factors Related to Depression and Risk of Suicide Among Teenagers in Mae Tha District, Lamphun Province*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the master's degree Faculty of Public Health, Chiang Mai University. (in Thai)
- Laksaneeyanawin, T., Wattanaburanon, A. (2022). Factors Affecting Depression of Upper Secondary School Students In Mueang Chonburi District Chonburi Province. *Research and Development Health System Journal*, 15(3), 59-73. (in Thai)
- Rungreangkulkij, S., Kittirattanapaiboon, P. (2021). The impact of gender on mental health and concepts of gender approach mental health policy. *Journal of Mental Health of Thailand*. 29(3), 259-272 (in Thai)
- National Institute of Mental Health, (2024). *Depression*. Bethesda, National Institute of Health.
- Seanganaoh, S., Vatanasin, D., Hengudomsab, P., & Pratoomsri, W. (2017). Influence of Interpersonal Factors on Depression Among Late Adolescents. *Psychiatric and Mental Health Nursing*. *Journal of Boromarajonani College of Nursing Bangkok*, 33(3), 61-69. (in Thai)
- Vipavanich, S. (2024). Psychiatric Nurse's Role in Adolescent Depression Prevention. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 18(1), 72-82. (in Thai)

Watcharathaksin, K., Aekwarangkoon, S., & Vanprom, W. (2022). Perception of Competency and Needs Guidelines for Collaborating on Mental Health Care Among Students in Extended Opportunity School, Nakhon Si Thammarat province. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 36(2), 62-76. (in Thai)

World Health Organization. (2023). *Depressive disorder (depression)*. Retrieved August 1, 2023 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

ผลของโปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบ ระดับประคองต่อความรู้และความมั่นใจ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

มัลลิกา สุนทรวิภาต¹, ปราโมทย์ ทองสุข^{2*}, ชุตติวรรณ บุรินทร์ภิบาล²

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และความมั่นใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบระดับประคอง ที่ประยุกต์จากโปรแกรมการอบรมของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 27 คน อายุงาน 1-3 ปี ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โปรแกรมมีระยะเวลา 4 สัปดาห์ เนื้อหาประกอบด้วย นโยบายโรงพยาบาล แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง การประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน การประเมินอาการรบกวนของผู้ป่วย และการจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย กิจกรรมการฝึกอบรมประกอบด้วย การสร้างความตระหนักต่อความตาย การเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ การบรรยาย ฝึกปฏิบัติใช้เครื่องมือประเมินอาการไม่สุขสบาย และการเรียนรู้จากผู้ป่วยจริง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง และ 3) แบบสอบถามความมั่นใจในการประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โปรแกรมและเครื่องมือผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เครื่องมือส่วนที่ 2 และ 3 ค่าความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .92 และ .93 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .67 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบค่าที่แบบไม่อิสระ

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง และค่าเฉลี่ยของความมั่นใจในการประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 แนวทางนี้ควรนำไปทดลองใช้ฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพ อายุงาน 1-3 ปี ที่มีการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของโรงพยาบาลต่าง ๆ

คำสำคัญ: โปรแกรมฝึกอบรม, การดูแลผู้ป่วยแบบประคอง, การจัดการอาการไม่สุขสบาย, พยาบาลวิชาชีพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: smallika@medicine.psu.ac.th)

วันที่รับ 12 ก.พ. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 4 มิ.ย. 2568, วันที่ตอบรับ 11 มิ.ย. 2568

Effects of the Discomfort Symptoms Management Training Program for End Stage Cancer Patients Receiving Palliative Care on Knowledge and Confidence of Novice Nurse in Songklanagarind Hospital

Mallika Sunthonwiphat^{1*}, Pramot Thongsuk², Shutiwan Purinthrapibal²

¹Master of Nursing Science Student, Prince of Songkla University,

²Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to compare the knowledge and confidence levels of registered nurses before and after participating in a training program on managing discomfort symptoms in end stage cancer patients. The program was developed by adapting the training program from the Karunruk Center, Srinagarind Hospital, and applying Bandura's self-efficacy theory.

The experimental group consisted of 27 registered nurses from Songklanagarind Hospital with 1–3 years of work experience in palliative care wards for terminal cancer patients. The training program lasted four weeks and covered topics such as hospital policies, palliative care concepts, assessment of patients' daily living abilities using the Palliative Performance Scale (PPS), symptom burden assessment using the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), and symptom management in end stage cancer patients. Training activities included death awareness discussions, video-based learning, lectures, hands-on practice with symptom assessment tools, and real-case patient studies. Data collection tools included 1) A demographic questionnaire 2) A knowledge test on palliative care, and 3) A confidence assessment questionnaire for evaluating and managing discomfort symptoms in terminal cancer patients.

The training program and assessment tools were validated by three experts. Content validity indices (IOC) for the knowledge test and confidence questionnaire were .92 and .93, respectively. Reliability values were .67 and .95, respectively.

The results showed that after the training, both the mean knowledge score on palliative care and the mean confidence score in symptom assessment and management significantly increased ($p < .01$) compared to pre-training scores. This training approach can be applied to train registered nurses with 1-3 years of clinical experience who provide care for patients with end stage cancer patients in different hospital settings.

Keywords: Training Program, Palliative Care, Discomfort Symptoms Management, Registered Nurse

*Corresponding e-mail: smallika@medicine.psu.ac.th

Received: February 12, 2025; Revised: June 4, 2025; Accepted: June 11, 2025

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ แต่ละปีมีผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ประมาณ 56.8 ล้านคน และเกือบครึ่ง เป็นผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของชีวิต ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองจะยังคงเพิ่มขึ้นตามอายุของประชากรและการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ คาดว่าในปี ค.ศ 2060 ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองจะเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่า (World Health Organization, 2020) ในประเทศไทย ผลการสำรวจความชุกในโรงพยาบาลตติยภูมิทั่วประเทศ จำนวน 14 โรงพยาบาล ที่เป็นศูนย์รักษาโรคมะเร็งและมีระบบการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า มีผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 18 และมีจำนวนมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55.6) เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง (Phairojkul & Phiyachupan, 2021) ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมักประสบกับอาการไม่สุขสบายหลายประการ เช่น อาการปวด เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ท้องผูก ซึมเศร้า ซึ่งล้วนมีผลต่อคุณภาพชีวิตและต้องได้รับการประเมินและการจัดการอย่างเหมาะสมโดยทีมสุขภาพ เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเผชิญความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม หรือจิตวิญญาณ การคัดกรองผู้ป่วยให้เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองในเวลาที่เหมาะสมและครอบคลุม เป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขา และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องการความชำนาญเฉพาะด้าน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นงานที่ต้องใช้เวลา เป็นการทำงานที่มีผลกระทบต่อจิตใจและก่อให้เกิดความเครียด จึงต้องมีบุคลากรที่เพียงพอต่อภาระงาน เพื่อป้องกันการเหนื่อยล้าของพนักงาน (Phairojkul & Phiyachupan, 2021)

ปัจจุบันโรงพยาบาลตติยภูมิมีผู้รับบริการที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองกระจายอยู่ในหอผู้ป่วยต่าง ๆ พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 ปี จำนวนร้อยละ 87.3 ไม่เคยอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และมีความรู้ด้านการจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ ในผู้ป่วยระยะท้ายน้อยที่สุด (Jaibun, Chandda & Samdaengrit, 2021) ทำให้มีความกลัวและมีความเครียดเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (Loknimit, Chandda & Samdaengrit, 2019) ดังนั้นการจัดอบรมให้พยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคองมาก่อนจึงมีความจำเป็นของระบบบริการสุขภาพ การฝึกอบรมทำให้พยาบาลมีกรรับรู้ความสามารถของตนเอง และสามารถจัดการอาการไม่สุขสบายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Dehghani, Barkhordari-Sharifabad, Sedaghati-Kasbakh, & Fallahzadeh, 2020) มีการทดลองผลของโปรแกรมฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคองที่สร้างขึ้นตามบริบทของสถานบริการ สรุปว่าการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในพยาบาลวิชาชีพควรมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (Tasneesuwan, Chwaitan, Thinkeaw, Ninlamanat, & Saechit, 2020)

ประเทศไทยมีศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นหน่วยงานที่ริเริ่มระบบการพัฒนาบุคลากรและระบบบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร มีโปรแกรมฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในและต่างประเทศ ริเริ่มหลักสูตรการฝึกอบรมพยาบาลดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขั้นพื้นฐาน สำหรับพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลศูนย์ดูแลประคับประคองประจำโรงพยาบาล ให้มีสมรรถนะใน

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดอบรมทุกปี ตั้งแต่ปี พศ. 2554 ระยะเวลาอบรม 6 สัปดาห์ และมีโครงการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองระยะสั้น 5 วัน ทาง Online หรือ Onsite หรือสำหรับพยาบาลที่สนใจ นอกจากนี้มีหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (หลักสูตร 4 เดือน) สำหรับพยาบาลที่มีอายุงานอย่างน้อย 2 ปี เป็นหลักสูตรพัฒนาความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ ผ่านการรับรองของสภาการพยาบาล จัดทำโดยสถาบันการศึกษาพยาบาลร่วมกับสถานบริการสุขภาพต่างๆ รวมทั้งมีโปรแกรมฝึกอบรมระยะเวลาสั้นกว่า 4 เดือน เช่น กลุ่มงานวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี มีโปรแกรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลประคับประคองประจำหอผู้ป่วย (หลักสูตร 1 เดือน) งานบริการวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มีโปรแกรมอบรมเชิงปฏิบัติการการพยาบาลแบบประคับประคอง สำหรับพยาบาลประคับประคองประจำหอผู้ป่วย (หลักสูตร 10 วัน) โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์ มีโปรแกรมอบรมการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองขั้นพื้นฐาน ทางออนไลน์ (หลักสูตร 5 วัน) หลักสูตรที่กล่าวมาทั้งหมดเปิดรับพยาบาลทั่วประเทศที่สนใจ มีเพียงโปรแกรม 1 โปรแกรม ของศูนย์บริรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช ที่สร้างขึ้นเพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในโรงพยาบาลที่เป็นองค์กรขนาดใหญ่ (หลักสูตร 1 เดือน) จะเห็นว่าโปรแกรมฝึกอบรมการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองในปัจจุบันมีความหลากหลาย เนื้อหาการอบรม มีขอบเขต ความลึกซึ้ง และความเฉพาะเจาะจงต่างกัน

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงในดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งและกลุ่มโรคอื่น ๆ หอผู้ป่วยต่าง ๆ มีผู้ป่วยมากกว่าครึ่งเป็นผู้ป่วยระยะท้าย และสัดส่วนของพยาบาลจบใหม่มีถึงร้อยละ 22.3 (Nursing Service Department Songklanagarind Hospital, 2024) ทำให้พยาบาลปฏิบัติการทุกคนมีโอกาสดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องใช้ความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลใหม่อายุงานไม่เกิน 2 ปี ของหอผู้ป่วยต่าง ๆ เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากการปฏิบัติงานและการสอนงาน ยังไม่ได้รับอบรมขั้นพื้นฐาน 20-40 ชั่วโมงตามข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก เนื่องจากไม่มีโปรแกรมการอบรมที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคองของต่างประเทศ มีการสร้างโปรแกรมฝึกอบรมขึ้นตามบริบทของสถานบริการ เช่น การวิจัยแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาผลของการฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมประเทศอิหร่าน จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน แบ่งเป็น 4 ช่วง ช่วงละ 45 นาที หลังการทดลองพบว่าพยาบาลรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนด้านจิตสังคม และการจัดการอาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Dehghani, Barkhordari-Sharifabad, Sedaghati-Kasbakh, & Fallahzadeh, 2020) มีงานวิจัยกึ่งทดลองที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในประเทศอียิปต์ ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคอง ต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความเครียดของพยาบาล โดยการฝึกอบรมในห้องประชุม 5 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที หลังการทดลอง พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และพยาบาลมีความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีระดับความเครียดลดลง (Elrefaey, Eldin, Yousef, & Nageeb, 2022) นอกจากนี้มีการศึกษา

ผลของการฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้วิธีวิจัยกึ่งทดลองกับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ในสหรัฐอเมริกา เน้นการให้ความรู้ ผ่านวิดีโอออนไลน์ ร่วมกับมีเอกสารให้ศึกษาเพิ่มเติม พบว่า หลังการทดลองพยาบาลรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลแบบประคับประคองด้านจิตสังคมและการจัดการอาการเพิ่มขึ้น (DeFusco, Lewis, & Cohn, 2023) อย่างไรก็ตามงานวิจัยข้างต้นมีข้อจำกัดเรื่องการออกแบบกิจกรรมการอบรมที่เน้นการเพิ่มความรู้ในห้องเรียน ไม่มีการฝึกปฏิบัติที่เพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากปัญหาความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายมีความซับซ้อนและละเอียดอ่อน มีนักวิจัยที่จัดฝึกอบรมโดยใช้สถานการณ์จำลองซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิผลในการเพิ่มทักษะ ความรู้ และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ (Wagner, 2022) การใช้โปรแกรมจำลองสถานการณ์ผู้ป่วยมาตรฐาน สำหรับฝึกการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย 4 สถานการณ์ เป็นการศึกษา กึ่งทดลองในกลุ่มเดียวในนักศึกษาพยาบาล การอบรมมี 8 ช่วง ใช้เวลาช่วงละ 2.5 ชั่วโมง ผลลัพธ์คือการรับรู้ความสามารถของตนเองและทักษะในการสื่อสารหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Escribano, Cabañero-Martínez, Fernández-Alcántara, García-Sanjuán, Montoya-Juárez & Juliá-Sanchis, 2021)

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมาก มีผู้ป่วยระยะท้ายที่ดูแลแบบประคับประคองทุกวัน มีข้อจำกัดการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้ครอบคลุมทุกระดับ โดยเฉพาะพยาบาลใหม่ที่อายุงาน 1-3 ปี ที่ต้องดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในบางโอกาสโดยอาศัยความรู้ความสามารถการดูแลแบบประคับประคองขั้นพื้นฐาน เช่น การจัดการอาการไม่สุขสบายที่พบบ่อย ความเข้าใจระบบการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจดัดแปลงโปรแกรมฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขั้นพื้นฐานของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีการให้บริการดูแลรักษาโรคเฉพาะทางด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงซับซ้อน เช่นเดียวกัน โดยการดัดแปลงโปรแกรมให้เหมาะสมกับพยาบาลอายุงาน 1-3 ปี ที่เน้นการจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยศึกษาผลของโปรแกรมฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการอาการไม่สุขสบายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ด้วยการติดตามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และความมั่นใจในการจัดการอาการไม่สุขสบายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หลังใช้โปรแกรม เพื่อให้มีโปรแกรมสำหรับพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความมั่นใจในการจัดการอาการไม่สุขสบาย ของพยาบาลวิชาชีพภายหลังได้รับโปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง

คำถามการวิจัย

1. คะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. คะแนนความมั่นใจในการจัดการอาการไม่สุขสบาย ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของพยาบาลวิชาชีพหลังสิ้นสุดโปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. คะแนนความมั่นใจในการจัดการอาการไม่สุขสบาย ของพยาบาลวิชาชีพหลังสิ้นสุดโปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์และประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่งมาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมฝึกอบรม ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ (Perceived Physiological and Affective Responses) 2) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) 3) การใช้ตัวแบบ (Modeling) หรือประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (Vicarious Experience) และ 4) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experience) ดังภาพ

**โปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งระยะ
ท้ายแบบประคับประคอง**
(ประยุกต์จาก Bandura, 1997)
การฝึกอบรมแบบผสมผสาน : การฝึกอบรมนอกงาน (Off-The-Job
Training) และในงาน (On-The-Job Training)

1. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์
 - 1.1 สร้างความตระหนักรู้ต่อความตาย ด้วยการเขียนพินัยกรรมชีวิต
 - 1.2 ชมวิดีโอ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย “พยาบาลแม่พระ
โรงพยาบาล ม.อ.”
2. การชกแจงด้วยคำพูด
 - 2.1 บรรยายเนื้อหา การดูแลแบบประคับประคอง การจัดการอาการไม่
สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เครื่องมือคัดแยกผู้ป่วยระยะท้ายและ
เครื่องมือประเมินอาการไม่สุขสบาย
 - 2.2 แนะนำให้อ่าน Handbook for Palliative Guidelines
3. การใช้ตัวแบบ : แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพยาบาลประคับประคอง (PCN)
4. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ
 - 4.1 การศึกษารายกรณี (Case Study) (รายกลุ่ม)
 - 4.2 ปฏิบัติการประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบายผู้ป่วยในหอผู้ป่วย
(รายบุคคล) ภายใต้การนิเทศของพยาบาลประคับประคอง (PCN)



- ความรู้ในการดูแล
ผู้ป่วยแบบประคับ
ประคอง (การุณรักษ์,
2560)
- ความมั่นใจในการ
จัดการอาการไม่สุข
สบาย

ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-Post Test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อายุงาน 1-3 ปี จำนวน 219 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 27 คน โดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ(Power Analysis) ของสถิติที่แบบไม่เป็นอิสระจากกัน ด้วยโปรแกรม G*Power ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ระดับอำนาจการทดสอบ (Level Of Power) .80 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) 0.5 (Cohen, 1988)

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ที่สมัครเข้าร่วมการทดลองโดยสมัครใจ และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง มีผู้สมัครเป็นกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เกณฑ์การคัดออก คือ เข้าร่วมกิจกรรมทดลองไม่ครบตามโปรแกรมในเวลา

4 สัปดาห์ ซึ่งงานวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลองระหว่างการทดลอง 3 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ เครื่องมือดำเนินการวิจัย และเครื่องมือวัดตัวแปรตาม และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยผู้วิจัยดัดแปลงโปรแกรมฝึกอบรมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขั้นพื้นฐาน ของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ร่วมกับประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ของแบนดูรา รูปแบบการอบรมเป็นแบบผสมผสานระหว่างการฝึกอบรมนอกงานและในงาน ช่วงเวลาการอบรมรวม 4 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมนำเข้าสู่บทเรียน เขียนพินัยกรรมชีวิต ชมวิดีโอพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย “พยาบาลแม่พระ โรงพยาบาล ม.อ.” ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 บรรยายเนื้อหา และวิเคราะห์กรณีศึกษา ใช้เวลา 3 ชั่วโมง รวมทั้งศึกษา Handbook for Palliative Guidelines ตามอัธยาศัย

สัปดาห์ที่ 3-4 ปฏิบัติการประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบายผู้ป่วยในหอผู้ป่วย 1-2 ราย (รายบุคคล) ภายใต้การนิเทศและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพยาบาลประคับประคอง (PCN) รวมทั้งสะท้อนคิดการปฏิบัติรายบุคคลกับผู้วิจัย ใช้เวลาประมาณ 8 ชั่วโมง

2. เครื่องมือวัดตัวแปรตาม มี 2 ฉบับ คือ แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และแบบสอบถามความมั่นใจในการจัดการอาการไม่สุขสบาย มีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นความรู้ที่อยู่ในขอบเขตเนื้อหาสำคัญของโปรแกรม คือ 1) การประเมินและการดูแลแบบประคับประคอง 14 ข้อ และ 2) ด้านการจัดการอาการไม่สุขสบาย จำนวน 16 ข้อ รวม 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวจากตัวเลือก 4 ข้อ เป็นคำถามที่นำมาจากแบบวัดของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 20 ข้อ และผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ 10 ข้อ

2.2 แบบสอบถามความมั่นใจในการจัดการอาการไม่สุขสบาย ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ครอบคลุมอาการไม่สุขสบายที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่อยู่ในโปรแกรม ข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ระดับคะแนน 5 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด จนถึง ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความมั่นใจเลย จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ

3. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเขียนคำตอบ มี 5 ข้อ ได้แก่ เพศ ศาสนา กลุ่มหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในงานการพยาบาล ประสบการณ์การอบรมการดูแลแบบประคับประคอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือวัดตัวแปรตามมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

โปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามสภาพ (Face Validity) ความสอดคล้องขององค์ประกอบ โปรแกรม ความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และความเป็นไปได้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่ทำวิจัยและสอนเกี่ยวกับการดูแลประคับประคอง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับ ประคอง และพยาบาลชำนาญการพิเศษการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผลการพิจารณามีความตรงตามสภาพและมีข้อเสนอแนะให้ตัดกิจกรรมเกมออกไปเพื่อควบคุมเวลาและให้เนื้อหาที่มีความกระชับมากขึ้น

แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และแบบสอบถามความมั่นใจในการจัดการอาการไม่สุขสบาย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนข้างต้น ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ .92 และ .93 ตามลำดับ สำหรับการตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ .67 ส่วนแบบสอบถามความมั่นใจในการจัดการอาการไม่สุขสบายผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95

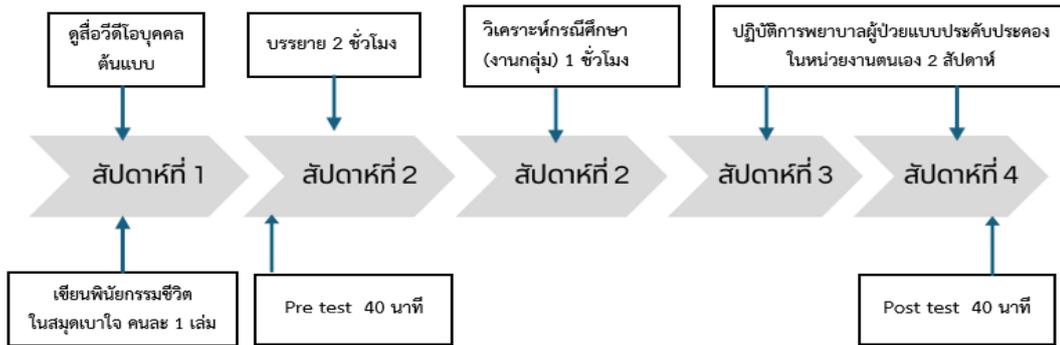
การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการก่อนทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นตอนวัดผลหลังการทดลอง

ขั้นตอนเตรียมการก่อนทดลอง

1. ขอความอนุเคราะห์หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในการดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองหลังจากได้รับหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์
2. ประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเกี่ยวกับโครงการวิจัย และขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์เพื่อให้พยาบาลที่สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการ
3. ส่งโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ประกาศรับสมัครพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมโครงการ ผ่าน application line และตรวจสอบคุณสมบัติผู้สมัคร ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 30 คน
4. เสนอรายละเอียดของโครงการอบรม และรายชื่อผู้เข้าอบรมกับฝ่ายบริการพยาบาล เพื่อขอดำเนินการทดลองในวันเวลาที่กำหนด
5. ประสานงานกับวิทยากร 2 คน เพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดของโปรแกรมอบรม
6. นัดหมายวัน เวลา สถานที่กับทุกคนที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการทดลอง



การดำเนินการทดลองใช้เวลา 4 สัปดาห์ (ดังภาพ) เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องเวลาจึงจัดอบรม 2 รอบ รอบแรกจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 21 คน รอบที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 6 คน ใช้เวลาระหว่างวันที่ 26 กรกฎาคม ถึง วันที่ 23 กันยายน 2567 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะเวลา	กิจกรรมการอบรม
สัปดาห์ที่ 1	กิจกรรมนำเข้าสู่บทเรียน โดยผู้วิจัยแจ้งตารางการฝึกอบรมกับกลุ่มตัวอย่างทางออนไลน์ ชี้แจงกิจกรรมเขียนพินัยกรรมชีวิต โดยแจกสมุดเบาใจให้ไปเขียนที่บ้าน และชมวีดีโอพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย “พยาบาลแม่พระ โรงพยาบาล ม.อ.” (3 ชั่วโมง)
สัปดาห์ที่ 2	1) ให้กลุ่มตัวอย่างทำ pre test ก่อนฟังบรรยาย (40 นาที) 2) เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างบอกเล่าความรู้สึกที่ได้รับจากการเขียนสมุดเบาใจ (10 นาที) 3) การบรรยายเนื้อหาโดยวิทยากร เกี่ยวกับแนวคิด ความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง การใช้เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วย อาการและการจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (2 ชั่วโมง) 4) กิจกรรมวิเคราะห์กรณีศึกษา เป็นงานกลุ่ม (1 ชั่วโมง) 5) ผู้วิจัยแนะนำ Handbook for Palliative Guidelines และสื่อความรู้ออนไลน์ภายในกลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านตามอัธยาศัย
สัปดาห์ที่ 3-4	1) ฝึกปฏิบัติใช้เครื่องมือประเมินการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน (PPS) เครื่องมือการประเมินอาการรบกวนของผู้ป่วย (ESAS) และปฏิบัติการจัดการอาการไม่สุขสบายกับผู้ป่วยจริงในหอผู้ป่วย 1-2 ราย (รายบุคคล) โดยมีพยาบาลประคับประคอง (PCN) เป็นที่ปรึกษา 2) ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพยาบาลประคับประคอง (PCN) และสะท้อนคิดการปฏิบัติรายบุคคลกับผู้วิจัย
สัปดาห์ที่ 4	ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความรู้และแบบสอบถามความมั่นใจ

ขั้นตอนวัดผลหลังการทดลอง

เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมครบถ้วนทุกกิจกรรมใน 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และแบบสอบถามความมั่นใจในการจัดการอาการไม่สุขสบาย ทางออนไลน์พร้อมกัน ใช้เวลา 40 นาที จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำแบบวัดความรู้และความมั่นใจ

มีเพียง 27 คน เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างออกจากโปรแกรม 3 คน นอกจากนี้ผู้วิจัยให้โอกาสกลุ่มตัวอย่างและวิทยากรให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อประโยชน์ต่อการนำโปรแกรมไปใช้ในโอกาสต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการจัดการอาการไม่สุขสบาย ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที่แบบไม่อิสระ (Paired t -test) เนื่องจากคะแนนมีการแจกแจงความถี่เป็นโค้งปกติ เมื่อตรวจสอบด้วย Shapiro-Wilk test

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เอกสารเลขที่ REC.66 -555-19-6 ลงวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2567 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัยผ่านหัวหน้าหอผู้ป่วย และติดโปสเตอร์เชิญชวนพยาบาล ที่หอผู้ป่วยต่างๆ สมัครเป็นกลุ่มทดลองใช้โปรแกรมฝึกอบรม โดยสมัครทางออนไลน์กับผู้วิจัยโดยตรง ผู้วิจัยแนะนำตัวและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ขั้นตอนการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัยและการมีอิสระที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงเริ่มดำเนินการวิจัย การรักษาความลับข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบวัดและแบบสอบถาม ผู้วิจัยจัดเก็บไฟล์ข้อมูลจากผู้วิจัยเข้าถึงได้เท่านั้น ใช้รหัสแทนชื่อบุคคลในการระบุตัวกลุ่มตัวอย่าง การนำข้อมูลที่ได้ออกไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่กระทำในภาพรวมเพื่อจุดมุ่งหมายทางวิชาการเท่านั้น และข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกทำลายทิ้งเมื่อการวิจัยเสร็จสมบูรณ์และได้รับการตีพิมพ์ภายใน 2 ปี

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 70.37 และนับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 29.63 ปฏิบัติงานในกลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 44.45 รองลงมาคือ กลุ่มหอผู้ป่วยศัลยกรรม และกลุ่มหอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป ร้อยละ 25.93 และ 22.22 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีประสบการณ์ในงานการพยาบาล 2 ปี ร้อยละ 51.85 รองลงมา มีประสบการณ์ในงาน 1 ปี และ 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ 14.82 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่เคยเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมาก่อน

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับ
ประคองก่อนการทดลองกับหลังการทดลองใช้โปรแกรม และค่าสถิติ Paired t-test (n=27)

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		\bar{d}	$SD_{\bar{d}}$	Paired t-test
	M	SD.	M	SD.			
การประเมินและการดูแลแบบ ประคับประคอง	8.33	1.46	11.07	1.70			
การจัดการอาการไม่สุขสบาย	6.37	1.98	10.11	2.85			
รวม (คะแนนเต็ม 30)	14.70	2.64	21.18	3.89	6.48	3.51	9.59**

** *p value* < .01

จากตาราง คะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยรวมมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวม เท่ากับ 14.70 (SD.=2.64) โดยความรู้ด้านการประเมิน และการดูแลแบบประคับประคองมีค่าเฉลี่ย 8.33 (SD.=1.46) และด้านการจัดการอาการไม่สุขสบายมีค่าเฉลี่ย 6.37 (SD.=1.98) สำหรับหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวม เท่ากับ 21.18 (SD.=3.89) โดยความรู้ด้านการประเมินและการดูแลแบบประคับประคองมีค่าเฉลี่ย 11.07 (SD.=1.70) และด้านการจัดการอาการไม่สุขสบายมีค่าเฉลี่ย 10.11 (SD.=2.85) ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ยความแตกต่าง (\bar{d}) ของคะแนนความรู้ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง เท่ากับ 6.48 ($SD_{\bar{d}}=3.51$) โดยหลังการทดลองใช้โปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*paired t-test* =9.59, *p* < .01)

3. ผลการเปรียบเทียบความมั่นใจในการประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างความมั่นใจในการประเมินและจัดการ
อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองใช้โปรแกรม
และค่าสถิติ Paired t-test (n=27)

ความมั่นใจในการประเมินและจัดการอาการ ไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		\bar{d}	$SD_{\bar{d}}$	Paired t-test
	M	SD.	M	SD			
การประเมินและการใช้เครื่องมือ	27.03	4.13	36.85	4.32			
การจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย มะเร็งระยะท้าย	21.51	2.73	28.92	3.07			
รวม	48.55	6.52	65.77	7.16	17.22	4.73	18.90**

** *p value* < .01

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนความมั่นใจในการประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 48.55 (SD.=6.52) โดยคะแนนความมั่นใจด้านการประเมินและการใช้เครื่องมือ มีค่าเฉลี่ย 27.03 (SD.=4.13) และด้านการจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีค่าเฉลี่ย 21.51 (SD.=2.73) ส่วนหลังการทดลอง พบว่าคะแนนความมั่นใจโดยรวมเท่ากับ 65.77 (SD.=7.16) โดยคะแนนด้านการประเมินและการใช้เครื่องมือ มีค่าเฉลี่ย 36.85 (SD.=4.32) และด้านการจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีค่าเฉลี่ย 28.92 (SD.=3.07) ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ยความแตกต่าง (\bar{d}) ของคะแนนความมั่นใจก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง เท่ากับ 17.22 ($SD_{\bar{d}}=4.73$) โดยหลังการทดลองใช้โปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยรวม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=18.90, p<.01$)

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยมี 2 ส่วน ตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านโปรแกรมฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการอาการไม่สุขสบายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.59, p<.01$) แสดงถึงโปรแกรมอบรมในการศึกษาคั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นจากการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ตามแนวทางของทฤษฎีของแบนดูรา ได้แก่ การนำเข้าสู่การอบรมสร้างการรับรู้สถานะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยการผ่านกิจกรรมการเขียนพินัยกรรมชีวิต หรือ “สมุดเบาใจ” ที่เป็นสมุดบันทึกความต้องการเมื่อตนเองเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตโดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) หรือประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (Vicarious Experience) เพื่อให้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ มีความเชื่อมั่นและมั่นใจที่จะปฏิบัติตามตัวแบบซึ่งตัวแบบที่จะใช้คือ การให้ชมสื่อวีดิทัศน์ จากวิทยุบุคคลันคน อดีตพยาบาลแผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและชำนาญในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) โดยฟังบรรยายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และการฝึกปฏิบัติเพื่อให้ประสบความสำเร็จ (Mastery Experience) รูปแบบการวิเคราะห์กรณีศึกษา ฝึกประเมิน คติวิเคราะห์ในสถานการณ์จำลอง และการฝึกปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่ เพื่อให้เกิดการใช้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและเป็นการสร้างประสบการณ์จากการกระทำที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพินดาและคณะ (Chanrasboon, Piyawatthanaphong, & Srisetphim, 2024) ที่พบว่าหลังการอบรมพยาบาลประคับประคองของหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ด้วยโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล พบว่า หลังการอบรมพยาบาลมีความรู้และรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะ

สุดท้ายแบบประคับประคองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผ่านโปรแกรมที่มีกิจกรรมหลากหลาย ได้แก่ การบรรยาย การสนทนากลุ่ม การระดมความคิด ภาพถ่าย และวิดีโอ กิจกรรมการเขียนบันทึกเป็นการสร้าง ความตระหนักรู้และเข้าใจผู้ป่วยในระยะท้ายเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของธีระชล (Satsin, 2016) ที่ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้การศึกษาของวาคเนอร์ (Wagner, 2022) ฝึกอบรมสถานการณ์จำลอง ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพพบว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการพยาบาลที่มีทักษะ การศึกษา สถานการณ์จำลองเป็นวิธีหนึ่งในการเพิ่มทักษะ ความรู้ และทัศนคติของพยาบาล พยาบาลที่รายงาน ทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจมีทัศนคติที่ดีขึ้นหลังการศึกษาสถานการณ์จำลอง ทัศนคติของพยาบาลที่ดีขึ้นอาจปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น ส่วนการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเกี่ยวกับมะเร็งต่อมลูกหมากและผลลัพธ์ของผู้ป่วย เมทวาลีและฮาเหม็ด (Metwaly & Hamad, 2019) พบว่า ร้อยละ 83 ของพยาบาลที่ศึกษามีความรู้ในระดับที่น่าพอใจในระยะหลังโปรแกรม นอกจากนี้ 83.3% ของพยาบาลที่ศึกษามีระดับการปฏิบัติที่น่าพอใจ หลังจากการใช้โปรแกรม

2. พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านโปรแกรมฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคองในการจัดการอาการไม่สุขสบายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีความมั่นใจในการประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=18.90, p < .01$) อภิปรายได้ว่าโปรแกรมที่จัดทำขึ้นทำให้พยาบาลมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ ได้เห็นบทบาทของพยาบาลที่เป็นแบบอย่างที่ดีจากการวิพากษ์บุคคลต้นแบบ และมีโอกาสฝึกคิดวิเคราะห์ตามสถานการณ์ และฝึกปฏิบัติจริงในหน่วยงานของตนเองผ่านการช่วยเหลือของพยาบาลเชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคองของศูนย์ชีวิตนิรันดร์ ที่เป็นที่ปรึกษา ให้ข้อมูลและได้รับประสบการณ์ใหม่ที่ผสมผสานกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความมั่นใจในตนเองมากขึ้น การได้เห็นแบบอย่างการแสดงพฤติกรรมจากตัวแบบ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนก็สามารถทำงานนั้นให้ประสบผลสำเร็จสอดคล้องการศึกษาผลของการฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองของพยาบาลของดีฮานีและคณะ (Dehghani, Barkhordari-Sharifabad, Sedaghati-Kasbakh, & Fallahzadeh, 2020) พบว่า พยาบาลรับรู้ความสามารถของตนเอง และการจัดการอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การศึกษาครั้งนี้จึงสรุปได้ว่าผลของโปรแกรมฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการอาการไม่สุขสบายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และความมั่นใจเพิ่มขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำโปรแกรมฝึกอบรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการอบรมพยาบาลวิชาชีพ เพื่อพัฒนา สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความรู้ ทักษะ จนเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในหน่วยงานหรือโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และปรับให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละหน่วยงาน รวมทั้งการพัฒนาสื่อประกอบการอบรมที่เหมาะสมและตรงตามความต้องการของผู้เรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากรายงานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไปควรมีกลุ่มควบคุม และมีการวัดตัวแปรตามเป็นการปฏิบัติในการจัดการอาการไม่สบายในผู้ป่วย

Reference

- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bureau of Nursing, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2016). *Palliative care nursing service system*. Nonthaburi: Sun Publishing Co., Ltd.
- Chanrasboon, P., Piyawatthanaphong, S., & Srisetphim, J. (2024). The effects of a self-efficacy enhancement program in palliative care for terminal elderly patients on palliative nurses' knowledge and self-efficacy. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 31(2), 92-108. (In Thai)
- DeFusco, C., Lewis, A., & Cohn, T. (2023). Improving Critical Care Nurses Perceived Self-Efficacy in Providing Palliative Care: A Quasi-Experimental Study. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 40(2), 117-121.
<https://doi.org/10.1177/10499091221094313>
- Dehghani, F., Barkhordari-Sharifabad, M., Sedaghati-Kasbakh, M., & Fallahzadeh, H. (2020). Effect of palliative care training on perceived self-efficacy of the nurses. *BMC palliative care*, 19(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00567-4>
- Elrefaey, S. R., Eldin, F. A. S., Yousef, S. G., & Nageeb, S. M. (2022). Effect of palliative care training program on perceived self-efficacy and stress of nurses. *Journal of Positive School Psychology*, 6(9), 510-521.

- Escribano, S., Cabañero-Martínez, M. J., Fernández-Alcántara, M., García-Sanjuán, S., Montoya-Juárez, R., & Juliá-Sanchis, R. (2021). Efficacy of a standardized patient simulation programmed for chronicity and end-of-life care training in undergraduate nursing students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(21), 11673.
- Jaiboon, S., Chandda, T., & Samdaengrith, B. (2021). Knowledge and perception of palliative care competency among professional nurses with less than two years of experience in university-affiliated hospitals. *Kuakarun Journal of Nursing*, *28*(1), 82-93.
- Loknimit, W., Chandda, T., & Samdaengrit, B. (2019). Perception of palliative care Competency among registered nurses within two years of bachelor's degree graduation in a university hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *21*(3), 373-381.
- Metwaly, E., & Hamad, A. (2019). Effect of palliative care program on nurses' performance regarding prostate cancer and patients' outcomes. *European Nursing Journal*, *14*(2), 79-86. https://doi.org/10.4103/enj.enj_13_20
- Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital. (2024). *Dashboard statistics, 2024*. Songklanagarind Hospital.
- Phairojkul, A., & Phiyachupan, P. (Eds.). (2021). *Quality standards for palliative care* (3rd ed.). Khon Kaen: Karunrak Center, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.
- Tasneesuwan, S., Chuaitan, T., Thinkeaw, P., Ninlamanat, K., & Saechit, K. (2020). The effect of a palliative care training program on palliative care competency of professional nurses in a community hospital in southern Thailand. *Songklanagarind Journal of Nursing*, *40*(2), 122–132.
- Wagner, S. T. (2022). End of life simulation education for nurses. *ONU Student Research Colloquium*, *10*.
- World Health Organization. (2020,). *Palliative care*. World Health Organization. Retrieved August 5, 2020 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

ผลของการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ชั้นปีที่ 1 ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน

ปภาสินี แซ่ตีว, ธนิดา ทีปะปาล*, กฤตติยา สุปันตี,
ปวีณา เพชรหิรัญ, ขนิษฐา ขำนุรักษ์,
รัชยากร รอดศรีนาค, ณัฏฐิมา เพชรพอง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง เพื่อศึกษาผลการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน จำนวน 49 คน ได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับหลัก 3 อ. ของกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาแบบสอบถามพฤติกรรม 3 อ. ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .81 ค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ .92 นำผลที่ได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติที่

ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล หลังเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=3.91, p<.000$) โดยก่อนการทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ (Mean=3.23, SD=.66) และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางและหลังทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย เท่ากับ (Mean=3.69, SD=.47) และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูง 2) น้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีน้ำหนักที่น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=0.71, p<.000$) โดยก่อนการทดลองมีระดับน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ (Mean=75.04, SD=14.62) และหลังทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ (Mean =73.02, SD=14.27)

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ, ภาวะน้ำหนักตัวเกิน, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Thanida@bcnsurat.ac.th)

วันที่รับ 8 เม.ย. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 30 พ.ค. 2568, วันที่ตอบรับ 9 มิ.ย. 2568

The Effects of Health Promotion Based on the “3 A’s” Principles among First-Year Bachelor of Nursing Science Students with Overweight Conditions in Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani

Paparsinee Saetew, Thanida Teepapal*, Krittiya Supantee,
Paweena Phetream, Khanittha Khamnurak,
Ratchayakorn Rodsrinak, Natthicha Phetrfong
Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Abstract:

This quasi-experimental research using a one-group pretest-posttest design aimed to study the effects of a health promotion program based on the “3 A” principles of the Ministry of Public Health among 49 first-year nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani, who were classified as overweight. The sample was selected through purposive sampling. The study was guided by the conceptual framework of the Thai Ministry of Public Health’s “3 A’s” Using the conceptual framework questionnaire on the “Three A’s” health behaviors was developed. Approach the research instruments were validated for content consistency by three experts, and the overall questionnaire reliability was .81 The Item-Objective Congruence had an average score of .92 Data were analyzed using descriptive statistics, frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and t-test.

Research Findings: 1) The health behaviors of nursing students improved significantly after participating in the health promotion program at a statistical significance level of .001 ($t=3.91, p<.000$). Before the intervention, the average health behavior score was (Mean=3.23, SD.= .66), with all aspects at a moderate level. After the intervention, the overall health behavior score increased to (Mean=3.69, SD.= .47) with all aspects at a high level 2) The participants’ average body weight significantly decreased after engaging in the health promotion program at a statistical significance level of .001 ($t=0.71, p<.000$). Before the intervention, the average body weight was (Mean=75.04, SD.=14.62), which decreased to (Mean =73.02, SD.=14.27) after the intervention.

Keywords: Health Promotion, Overweight Condition, Student Nurse

Corresponding E-mail: Thanida@bcnsurat.ac.th

Received: April 5, 2025; Revised: May 30, 2025; Accepted: June 9, 2025

บทนำ

ปัจจุบันการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของคนไทยมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลเกิดจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเพิ่มเป็นจำนวนมากขึ้น จากการศึกษาภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562 พบว่า “โรคอ้วน” เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะโรคมากที่สุด (Thai Health Promotion Foundation, 2019)และในการดำรงชีวิตในปัจจุบันประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารอาหารมากเกินไป ขาดการออกกำลังกายและมีภาวะเครียดจนส่งผลต่อสุขภาพและเป็นความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ที่มาจากสาเหตุของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน (Phongphithak, 2024)

ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนเป็นภาวะที่มีการสะสมไขมันมากผิดปกติ ซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพในด้านต่างๆ ได้แก่ สุขภาพกายและสุขภาพใจ ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนทางการแพทย์จะพิจารณาจากตัวเลขของดัชนีมวลกายหรือ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดสำหรับคนไทย คือ 18.5-22.9. หากดัชนีมวลกายมีค่าต่ำกว่า 18.5 ถือว่าน้ำหนักน้อยหรือผอม ค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 23-24.9 ถือว่าน้ำหนักเกิน หรือโรคอ้วนระดับ 1. หากดัชนีมวลกายมีค่า 25 ขึ้นไป ถือว่าอ้วน (Ministry of Public Health, 2020) เนื่องจากการแสดงอาการของโรคจะไม่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน การเกิดพยาธิสภาพของโรคต้องใช้ระยะเวลาาน ซึ่งพบว่าสาเหตุของภาวะน้ำหนักเกินนั้นมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านสังคม เกิดจากการพัฒนาจากสังคมเกษตรกรรมกลายเป็นสังคมอุตสาหกรรม ส่งผลต่อพฤติกรรมให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไปขาดการดูแลสุขภาพ ด้านการขนส่งอย่างรวดเร็ว รวมถึงการแปรรูปอาหารได้แก่อาหารจานด่วนที่มีอาหารประเภทแป้งและไขมันสูง และเทคโนโลยีที่ทันสมัยได้เข้ามาส่งเสริมสนับสนุนอำนวยความสะดวกมากมาย ทำให้กลุ่มประชากรได้เข้าถึงอาหารที่ไม่มีประโยชน์ ร่วมกับการออกกำลังกายที่ลดลง ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลทำให้เกิดภาวะน้ำหนักตัวเกิน และบุคคลที่มีภาวะน้ำหนักเกินนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงมากขึ้น อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มะเร็ง ภาวะหายใจลำบากมีการหยุดหายใจขณะหลับ เป็นต้น ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิต (Kongjarern, 2017)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานีได้มีการจัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี 2567 ให้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 135 คน จากการคัดกรองภาวะสุขภาพ ด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและดัชนีมวลกาย พบว่ามีนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีน้ำหนักและดัชนีมวลกายเกินเป็นรวมทั้งหมดจำนวน 46 คน เนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จัดอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายคือช่วงอายุประมาณ 17-19 ปี พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทยในปัจจุบัน เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทั้งนี้เป็นเพราะสภาพสังคมวัฒนธรรม และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทันสมัยขึ้น วิถีชีวิต ที่เร่งรีบในปัจจุบัน เลือกรับประทานอาหารนอกบ้าน รับประทานอาหารจานด่วน หรืออาหารจานด่วน รวมถึงขาดการออกกำลังกาย โดยส่วนใหญ่

ใช้เวลาว่างในการเล่นโทรศัพท์ ชมภาพยนตร์ ดูหนังและฟังเพลง จึงเป็นปัจจัยเสริมที่ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีภาวะน้ำหนักเกิน (Nithitantiwa,Udomsapaya, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยของ เสน่ห์ ขุนแก้ว ที่ศึกษารูปแบบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาลในจังหวัดอุดรดิตถ์: การวิเคราะห์กลุ่มแฝงในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 18-22 ปี พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนเป็นส่วนใหญ่และขาดการออกกำลังกาย (Khunkaew, 2020) สืบเนื่องจากการพัฒนาเทคโนโลยีด้านคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่อง การใช้คอมพิวเตอร์และการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตจึงเป็นที่นิยมอย่างมากโดยเฉพาะกับกลุ่มวัยรุ่นที่จะอยู่หน้าจคอมพิวเตอร์เพื่อทำกิจกรรมต่างๆมากกว่าที่จะเอาเวลาไปทำกิจกรรมอย่างอื่น ซึ่งจะส่งผลเสียกับทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตในระยะยาว (Siam Technology Internet Poll Research Center, 2013) สอดคล้องกับรายงานข้อมูลสุขภาพไทยของ (Department of Health Ministry of Public Health, 2020) พบว่าคนวัยทำงานที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติเพียงร้อยละ 36.43 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 37.5 และจากการสำรวจระดับกิจกรรมทางกายในประเทศไทย โดยศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย ในปี 2563 พบว่า ประชาชนวัยทำงาน อายุ 18-59 ปี มีกิจกรรมทางกายเพียงพอลดลงเหลือร้อยละ 54.7 จากปี พ.ศ 2562 ที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 74.6 และข้อมูลจากการสำรวจด้านโภชนาการ ปี 2564 พบว่า คนไทยอายุ 18-59 ปี เป็นคนอ้วนระดับ 1 คือมีค่าดัชนีมวลกาย 25-29.9 ร้อยละ 20.31 และอ้วนระดับ 2 คือมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ร้อยละ 6.22 ดังนั้นการมีสุขภาพที่ดีด้วยการลดน้ำหนักถือว่าการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ดังนั้นการลดน้ำหนักที่ดีและปลอดภัย คือ การควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย และควบคุมอารมณ์ของตนเองให้เป็นคนที่มีสุขภาพจิตที่ดีด้วย

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย มีพันธกิจหลักในการผลิตและพัฒนากำลังคนตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาสุขภาพของชุมชนและสังคม ได้เห็นความสำคัญและจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินการเพื่อการสร้างสุขภาพชุมชนโดยการสร้างองค์ความรู้และให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนเพื่อควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นภาระโรคที่สำคัญของประเทศโดยได้มีการกำหนดมาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 3 ล. (ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Turner, 2022) ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ. เพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังและโรคอ้วนของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข 2565 มีดังนี้ (อ.1) อาหาร เช่น รับประทานอาหารให้ตรงเวลา มีความหลากหลายครบ 5 หมู่ (อ.2) ออกกำลังกาย วันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน และ (อ.3) อารมณ์ เช่น หากิจกรรมที่ทำให้ผ่อนคลายจากความเครียด จากการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเชียงเครือ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. เท่ากับ 84.06 คะแนน \pm 5.30 คะแนน คะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ.โดยรวมและ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านอารมณ์ อยู่ในระดับไม่ดี-ปานกลาง ร้อยละ 100.00, 100.00, 100.00 ตามลำดับ หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. เท่ากับ 99.08 คะแนน \pm 9.54 คะแนน กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. โดยรวมและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านอารมณ์ ในระดับไม่ดี-ปานกลางลดลง เป็นร้อยละ 86.11, 69.44, 58.33 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Kaewlue, 2023) จะเห็นได้ว่าหลักการ 3 อ. สามารถส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำหลักการ 3 อ. มาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ชั้นปีที่ 1 ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินเพื่อก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

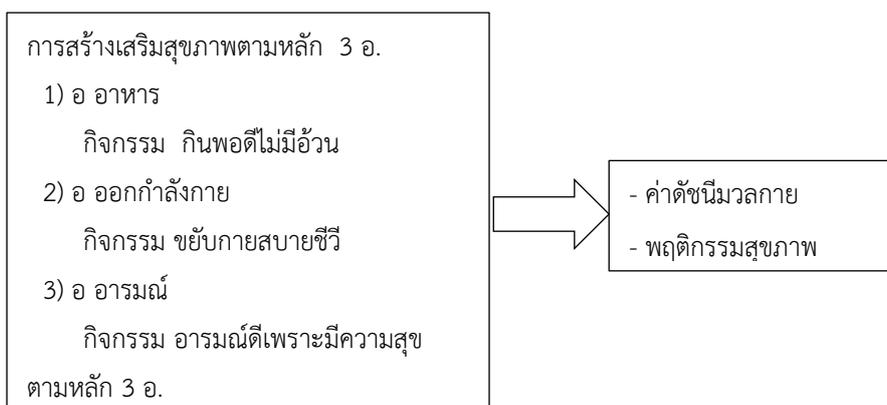
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก่อนและหลังใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ชั้นปีที่ 1 ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน
2. เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักก่อนและหลังใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ชั้นปีที่ 1 ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน

สมมติฐานวิจัย

1. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จำนวน 135 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน จำนวน 49 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 22.9 ซึ่งค่าดัชนีมวลกายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดสำหรับคนไทย คือ 18.5-22.9

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามพฤติกรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามหลักการ 3 อ. ของกรมอนามัย พ.ศ. 2565 (Department of Health, 2022) โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว

ส่วนที่ 1.2. แบบสอบถามพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. ซึ่งประกอบด้วยคำถาม จำนวน 24 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหาร จำนวน 9 ข้อ 2) ด้านพฤติกรรมออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ และ 3) ด้านพฤติกรรมอารมณ์ จำนวน 7 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีการกำหนดระดับการให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมในข้อความนั้นบ่อยมากที่สุด	เท่ากับ 5
ปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมในข้อความนั้นบ่อยมาก	เท่ากับ 4
ปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมในข้อความนั้นบ่อยปานกลาง	เท่ากับ 3
ปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมในข้อความนั้นนาน ๆ ครั้ง	เท่ากับ 2
ไม่เคยปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมนั้นเลย	เท่ากับ 1

คะแนนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. มีเกณฑ์ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 ขึ้นไป หมายถึง พฤติกรรมตามหลัก 3 อ. ระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง พฤติกรรมตามหลัก 3 อ. ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง พฤติกรรมตามหลัก 3 อ. ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง พฤติกรรมตามหลัก 3 อ. ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 1.50 ลงมา หมายถึง พฤติกรรมตามหลัก 3 อ. ระดับต่ำมาก

2. โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ซึ่งผู้วิจัยจัดกิจกรรมขึ้นตามหลักการ 3 อ. ของกรมอนามัย พ.ศ. 2565 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ท่างไกลภาวะอ้วนด้วย อ อาหาร โดยให้ความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะอ้วนและการรับประทานอาหารอย่างไรให้ถูกต้อง จำนวน 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 ขยับกายสบายชีวี โดยให้กลุ่มตัวอย่างใช้การออกกำลังกายอย่างอิสระ สัปดาห์ละ 5 วันหลังเลิกเรียน วันละ 30 นาที พร้อมจดบันทึกในคู่มือถึงชนิดของการออกกำลังกายทุกวัน

กิจกรรมที่ 3 อารมณ์ดีเพราะมีความสุข โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำสมาธิก่อนเข้านอนวันละ 5 นาที และเข้านอนไม่เกิน 22.00 น พร้อมจดบันทึกในคู่มือถึงชนิดของอารมณ์ทุกวัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Validity) นำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ที่มีภาชนะน้ำหนักตัวเกิน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรง ความชัดเจนและความถูกต้องของภาษาและนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ .92

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขหลังการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ที่มีภาชนะน้ำหนักตัวเกิน จำนวน 20 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ .81 พฤติกรรมด้านอาหาร เท่ากับ .56 พฤติกรรมการออกกำลังกาย เท่ากับ .72 และพฤติกรรมการจัดการอารมณ์ เท่ากับ .79

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ท่างไกลภาวะอ้วนด้วย อ อาหาร โดยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนและการรับประทานอาหารอย่างไรให้ถูกต้อง จำนวน 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 ขยับกายสบายชีวี โดยให้กลุ่มตัวอย่างใช้การออกกำลังกายอย่างอิสระ สัปดาห์ละ 5 วันหลังเลิกเรียน วันละ 30 นาที พร้อมจดบันทึกในคู่มือถึงชนิดของการออกกำลังกายทุกวัน

กิจกรรมที่ 3 อารมณ์ดีเพราะมีความสุข โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำสมาธิก่อนเข้านอนวันละ 5 นาที และเข้านอนไม่เกิน 22.00 น พร้อมจดบันทึกในคู่มือถึงชนิดของอารมณ์ทุกวัน

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 3 เดือน ตั้งแต่ กันยายน 2567 - พฤศจิกายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและแปลความหมายจากคะแนนเฉลี่ย เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลัง โดยใช้การทดสอบค่าที (Dependent t-test)

3. เปรียบเทียบดัชนีมวลกาย ก่อนเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและหลังเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้การทดสอบค่าที (Dependent t-test)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี หมายเลข 2025/49 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2567 โดยผู้วิจัยได้ทำใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแนบไปพร้อมกับแบบสอบถามและผู้วิจัยแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือ ความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธได้ทุกขั้นตอนของการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ไม่มีโทษทั้งทางด้านการแพทย์ กฎหมายและสังคม การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจะรับทราบข้อมูลจากผู้วิจัยโดยตรง และจะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เซ็นชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลา ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง 49 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.76 เพศชาย ร้อยละ 12.24 มีอายุ อยู่ในช่วง 18 ปี ร้อยละ 53.06 และอายุอยู่ในช่วง 19 ปี ร้อยละ 46.94 ส่วนสูงอยู่ในช่วง 151-160 ซม. ร้อย ละ 42.86 ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0-29.9 ร้อยละ 44.89 และรอบเอว ≥ 80 ซม. (หญิง) ร้อยละ 53.06 และรอบเอว ≥ 90 ซม. (ชาย) ร้อยละ 10.21

2. ระดับพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n=49) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ			หลังเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ		
	Mean	SD.	ระดับ	Mean	SD.	ระดับ
1. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	3.15	.18	ปานกลาง	3.56	.11	สูง
2. พฤติกรรมในการแสดงออกทางด้านอารมณ์	3.39	.10	ปานกลาง	3.82	.10	สูง
3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	3.09	.15	ปานกลาง	3.71	.22	สูง
รวม	3.23	.66	ปานกลาง	3.69	.47	สูง

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.23, SD.= .14) และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมการแสดงออกทางด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=3.39, SD.= .10) และพฤติกรรมการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean=3.09, SD.= .15) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.69, SD.= .14) และรายด้านทุกด้านอยู่ใน

ระดับสูง โดยพฤติกรรมกรรมการแสดงออกทางด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=3.82, SD.= .10) และพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean=3.56, SD.= .11)

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ (n=49) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

กลุ่ม	ก่อนใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ		หลังใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ		t	p value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	3.23	.66	3.69	.47	3.91	.000

*** $p < .001$

จากตารางที่ 2 พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล หลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยก่อนการทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย เท่ากับ (Mean=3.23, (SD.= .66) และหลังทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย เท่ากับ (Mean=3.69, SD.= .47)

4. เปรียบเทียบน้ำหนักเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ (n=49) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบน้ำหนักเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

กลุ่ม	ก่อนใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ		หลังใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ		t	p value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	75.04	14.62	73.02	14.27	0.71	.000

*** $p < .001$

จากตารางที่ 3 พบว่า น้ำหนักเฉลี่ยของนักศึกษาพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีน้ำหนักที่น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยก่อนการทดลองมีระดับน้ำหนักเฉลี่ย เท่ากับ (Mean=75.04, SD.=14.62) และหลังทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ย เท่ากับ (Mean=73.02, SD.=14.27)

อภิปรายผล

อภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมก่อนและหลังใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ของ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี ชั้นปีที่ 1 ที่มีภาวะ น้ำหนักตัวเกิน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังใช้โปรแกรมเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. มีพฤติกรรม สุขภาพดีขึ้น ดังนี้

ด้าน อ อาหาร กลุ่มตัวอย่างได้มีการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่รับประทานอาหารติด มั่นและรับประทานปลามากขึ้น ซึ่งการไม่ดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้สมองลดอาการวิตกกังวล ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า สามารถที่จะปรับปรุงการควบคุมอารมณ์และความยืดหยุ่นทางอารมณ์มีจิตใจที่แจ่มใสและมี สุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Somjai, 2017) พฤติกรรมการป้องกันโดยพบว่าเครื่องดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ นั่นคือนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ของมหาวิทยาลัยได้มีวิธีการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นอย่างดีและปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ของนักศึกษาพยาบาลในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ เรื่องความรู้ทางโภชนาการทัศนคติต่ออาหารพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และ ภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาล ศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาล ศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 มีคะแนนความรู้ทางโภชนาการ ทัศนคติ ต่ออาหารโดยรวม และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยร้อยละของคะแนน เต็มเท่ากับ 67.64, 72.96 และ 61.93 ตามลำดับ เมื่อประเมินภาวะโภชนาการพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 24.30 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 66.80 และมีน้ำหนักเกิน จนถึงอ้วน ร้อยละ 8.90 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางโภชนาการ พบว่ามีความสัมพันธ์ กับทัศนคติต่ออาหาร ($r=171, p < .05$) และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($r=107, p < .05$) อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (Phisaiphant, 2019)

ด้าน อ ออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้มีการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 5 วันอย่างน้อย 30 นาที ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yangthung (2022) ได้มีการศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบใช้น้ำหนักร่างกายกับแบบแอโรบิกที่ส่งผลต่อค่าดัชนีมวลกาย ค่าไขมันที่เกาะอยู่ตามอวัยวะภายในบริเวณ ช่องท้องและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันของผู้มีภาวะน้ำหนักเกินความถี่และความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย จะขึ้นอยู่กับความหนักของการออกกำลังกายและระยะเวลาในการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่น้อยกว่า 2 วันต่อสัปดาห์เกิดประโยชน์ต่อร่างกายน้อยกว่าการออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์ วันละ 30 นาที ดังนั้น การมีสมรรถภาพทางกายอยู่ในเกณฑ์ดีควรมีการออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์และอย่างน้อยวันละ 30 นาที และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yangthung (2024) ได้กล่าวไว้ว่า อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจรวมเป็นเวลา 60 นาที โดยออกกำลังกาย 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย คือ ชนิดของการออกกำลังกาย ความถี่ ความหนัก ความนานที่

เหมาะสมและถูกต้องนั้น สามารถช่วยให้ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ไขมันบริเวณช่องท้องและเปอร์เซ็นต์ไขมันของร่างกายมีค่าลดลง โดยเริ่มจากการออกกำลังกายที่ละน้อยและเพิ่มจนถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ และกลุ่มตัวอย่างมีการเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ ซึ่งสอดคล้องกับ Karabuanrat (2017) กล่าวว่า ถ้าต้องการลดหรือสลายไขมันเป็นจำนวนมากก็จำเป็น ต้องเพิ่มระยะเวลาการทำงานของกล้ามเนื้อแบบใช้ออกซิเจนให้นานมากขึ้น เนื่องจากการสลายไขมันในร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงานในการเคลื่อนไหวจึงควรออกกำลังกายแบบต่อเนื่องในระดับเบาถึงปานกลาง

ด้าน อ อารมณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถที่เลือกวิธีการหรือกิจกรรมที่ทำให้ตนเองมีความสุขได้ และยังสามารถผ่อนคลายอารมณ์และความเครียดตนเองด้วยวิธีการที่เหมาะสมได้ ซึ่งผู้ที่อารมณ์ดี สนุกสนานร่าเริงอยู่เสมอ สารแห่งความสุขหรือที่เรียกว่า เอ็นโดฟิน (Endorphine) เป็นสารที่จะหลั่งออกมา ทำให้สดชื่น มีชีวิตชีวา การที่มีบุคคลอารมณ์ดีย่อมมีผลต่อสุขภาพที่ดีหรือตามคำโบราณที่ กล่าวว่า “จิตเป็นนายกายเป็นบ่าว” เมื่อเรามีสุขภาพจิตดี สุขภาพกายก็จะดีตามคนที่อารมณ์ดีต้องประกอบไปด้วยความสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิตใจและทางสังคม ซึ่งด้านจิตใจเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อน้ำหนัก สอดคล้องกับการศึกษาของ Saetew & Waichompu (2017) กล่าวว่า ivalว่า การลดน้ำหนักจะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การควบคุมอารมณ์เป็นสำคัญเพราะยิ่งเครียดก็ยิ่งกินและที่สำคัญอีกอย่างก็คือการควบคุมความรู้สึกละและสัญญาณต่างๆ ที่ทำให้เกิดความรู้สึกอยากรับประทานเพิ่มขึ้น เช่น นึกถึงอาหารจานโปรด นึกถึงศูนย์อาหารที่ไปบ่อยๆ หากควบคุมอารมณ์และความรู้สึกได้จะส่งผลต่อการลดน้ำหนักซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส)กล่าวว่า การควบคุมอารมณ์ความรู้สึกจะมีส่วนสำคัญในการลดน้ำหนักให้ประสบความสำเร็จ

2. ผลเปรียบเทียบน้ำหนักก่อนและหลังใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ของ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี ชั้นปีที่ 1 ที่มีภาวะ น้ำหนักตัวเกิน ผลการศึกษาพบว่า น้ำหนักเฉลี่ยของนักศึกษาพยาบาล หลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีน้ำหนักที่น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยนักศึกษาพยาบาลที่มีพฤติกรรมทางสุขภาพ คือ มีการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน สัปดาห์ละ 2-3 มื้อ รับประทานผักวันละมากกว่า 4 ทัพพี มีการจัดการกับปัญหาของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ มีการนั่งสมาธิทุกวันก่อนเข้านอน และเข้านอนไม่เกิน 22.00 น. และมีการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วันอย่างน้อย 30 นาที สรุปได้ว่านักศึกษาพยาบาลมีน้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกายลดลง หลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับ Sulukananuruk (2021) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการลดน้ำหนักของผู้ที่มีภาวะอ้วนเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของกลุ่มตัวอย่างและสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างลดน้ำหนักได้สำเร็จและสามารถควบคุมน้ำหนักได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การปรับทัศนคติการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และนิสัยการรับประทานอาหาร การมีความสุขขณะที่ทำการลดน้ำหนัก การจัดการความเครียด มีความเชื่อมั่นต่อตนเอง การไม่เปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น สิ่งเหล่านี้ต้องกระทำอย่างมีวินัย สม่ำเสมอจนเป็นวิถีชีวิตจึงจะทำให้สามารถลดความอ้วนได้สำเร็จ สอดคล้องกับ Saetew & Waichompu (2017)

กล่าวว่า บุคคลที่จะควบคุมอารมณ์และมีความรู้สึกได้ดีนั้นจะต้องมีจิตใจที่มั่นคงและหนักแน่น มีความตั้งใจในการลดน้ำหนักโดยการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนในการลดน้ำหนัก หาแรงกระตุ้นที่ช่วยผลักดันให้ทำเป้าหมายเป็นจริง เป็นเป้าหมายที่ต้องดำเนินไปให้ได้ ด้วยการติดตามอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะช่วยให้มีการควบคุมอารมณ์และความรู้สึกของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้

รณรงค์การส่งเสริมสุขภาพโดยการนำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่อการลดน้ำหนักตามหลัก 3 อ. มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสม และมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่มีพฤติกรรมทางกายมากขึ้น เพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินได้มีสุขภาพที่ดี และเป็นแบบอย่างที่ดี ในการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งการกระตุ้นและการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพตลอดจนมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้น ผลักดัน ชี้แนะให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้อย่างเต็มศักยภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลให้มีจำนวนมากขึ้นและเพิ่มการวิจัยที่มีการติดตามผลในระยะยาวในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถลดน้ำหนักได้สำเร็จอย่างต่อเนื่อง
2. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรนำนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินในวิทยาลัยทั้งหมดเข้าร่วมเพื่อให้ผลการวิจัยน่าเชื่อถือมากขึ้น
3. การวิจัยครั้งนี้ทดลองกับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นนักศึกษาประจำ อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกัน เช่น การรับประทานอาหาร และการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น ซึ่งหากนำผลการวิจัยไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่นที่ไม่ใช่ นักศึกษาประจำ ควรมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน เช่น การรับประทานอาหารที่ซื้อได้หลากหลายมากกว่านักศึกษาประจำ

References

- Chabuakham, N. (2019). Nutrition knowledge, food attitude, eating behavior and nutritional status of nursing students, Boromarajonani College of Nursing. *Saraphisitprasong. Rajavadee Journal, Boromarajonani College of Nursing, Surin*, 9(1), 18-29. (in Thai)
- Chutipra, K. (2023). *The health behavior modification program based on the 3A 2S principles of the diabetes risk group at Ban Tha Chiang Khrueta Subdistrict Health Promoting Hospital, Pong Hai Subdistrict, Seka District, Bueng Kan Province*. Research and Knowledge Exchange in Public Health. Retrieved May 27,2025 from <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=307>

- Department of Health Ministry of Public Health. (2020). *3A.2S. Disease prevention code*. Retrieved May 24, 2025 from https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/info_190-protect/
- Karabuanrat, J. (2017). How to develop a quality learning process for children. *Journal of Health Education, Physical Education and Recreation*, 43(2), 6-18. (in Thai)
- Khunkaew, S., Khunkaew, A., & Ngudgratoke, S. (2020). Food consumption profile among nursing students in Uttaradit Province: A latent class analysis. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 30(3), 104-114.
- Kongjarem, S. (2017). Obesity: Silent killer in the digital era. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 11(3), 22-29.
- Ministry of public health. (2020). *Know Your Numbers & Know Your Risks. Department of Disease Control. Ministry of Public Health*. Aksorn Graphic and Design Publishing House. Retrieved April 27,2025 from <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8710>
- Pimolphan, I. (2015). *Communication behavior through technology and mental health status of secondary school students in Kanchanaburi Province*. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (in Thai)
- Saetew, P., & Waichompu, N. (2017). Success with three main concepts. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(Suppl.), 9-17.
- Siam Technology Internet Poll Research Center. (2013). *Nearly 40% of Thai teenagers prefer spending time in front of a computer screen rather than exercising*. Retrieved April 27,2025 from https://www.acnews.net/detailnews.php?news_id=N255604054#google_vignette
- Somjai, D. (2017). *Preventive behavior of drinking alcoholic beverages among university students*. Huachiew Chalermprakiet University. (in Thai)
- Sulkananuruk, C. (2016). *Association of Depression and Stress with HbA1c level of Type 2,Benja Muktabhant*. Faculty of Public Health, Khon Kaen University. (in Thai)
- Thai Health Promotion Foundation. (2019). *Risk Factors*. This health promotion initiative was implemented following the guidelines of the Thai Health Promotion Foundation Thai Health. (in Thai)

- Turner, K., Charoensuk, S., Polthana, P., Nitirat, P., & Howharn, C. (2022). Conceptual framework of health policy for health promotion with PBRI model by integrating with higher education missions into healthy communities, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 5(3), 204-208.
- Worasiriamorn, Y. (2014). *Birth and stability in the population and society*. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (in Thai)
- Yangthung, P. (2022). The effects of body weight and aerobic exercises on body mass index, visceral fat rating and body fat percentage of overweights. *Academic Journal of Thailand National Sports University*, 14(3), 57-69.
- Yangthung, P., Subkrajang, K., Boonsatit, N., & Garjajon, S. (2024). The study of exercise behavior problems and needs of students at Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi Nonthaburi Center. *Journal of Science and Technology RMUTSB*, 8(3), 32-49.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

กองบรรณาธิการ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิจัย นวัตกรรม และบทความวิชาการ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการสอน การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ ทั้งนี้ ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรองโดยลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 16 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14 หรือ 12 กรณีมีจำนวนหลายคอลัมน์) โดยพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง, ซ้าย - ขวา 2.54 cm. โดยรวมเนื้อหาและรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 17 (หนา) ไว้หน้าแรกตรงกลาง
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 14 (หนา) อยู่ที่ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวอยู่ท้ายชื่อ และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกอยู่หน้า ให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลัก เพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย จำนวนคำไม่เกิน 400 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 - 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning

9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบ
ทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า
3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อย่อย 0.5 เซนติเมตร และใช้ " _ " แทนการ
กำกับแทนตัวเลข เช่น

1.
 - 1.1
 - 1.1.1
 - 1)
 - 1.1)
-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละ
ภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพ
ขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม
กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาได้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
- บทคัดย่อ
 - Abstract
 - บทนำ
 - เนื้อเรื่อง
 - สรุป
 - ข้อเสนอแนะ
 - References
- บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
- Abstract (in Thai)
 - Abstract
 - Introduction
 - Content
 - Conclusion
 - Suggestion
 - References

12. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
 - Population and Sample
 - Research Instrument
 - Validity and Reliability of the Research Instrument
 - Data Collection
 - Data Analysis

- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

13. บทความนวัตกรรม ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดของนวัตกรรม
 - หลักการ
 - แนวคิด
 - ทฤษฎีในการพัฒนานวัตกรรม
- กระบวนการพัฒนานวัตกรรม
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - วิธีการเก็บข้อมูล
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การประมวลผล
 - วิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรม
- ผลการพัฒนานวัตกรรม
- การประเมินผลนวัตกรรม
- ข้อเสนอแนะ
- รายการอ้างอิง

บทความนวัตกรรม (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (Thai)
- Abstract
- Introduction

- Research Objectives
- Research Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework of the Innovation
 - Principles
 - Concepts
 - Theories Supporting the Innovation Development
- Innovation Development Process
- Research Methodology
 - Research Methods
 - Sources of Data
 - Target Population
 - Sampling Methods
 - Data Collection Methods
 - Research Instruments
 - Data Processing
 - Data Analysis
- Research Ethics
- Innovation Development Results
- Innovation Evaluation
- Recommendations
- References

14. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition และเป็นไปตามรูปแบบที่วารสารกำหนด ทั้งนี้ทางวารสารใช้การอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษโดยแปลอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้เป็นภาษาอังกฤษ โดยสามารถศึกษาเพิ่มเติมจาก <https://dekgenius.com/> ดังนี้

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม - ปี (Name - year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes, et al., 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม - ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....”
กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม” ...

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้น
ตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน
6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า "et al.." สำหรับบทความ
หนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง
Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in*

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. Songkhla: Boromarajonani College
of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N., & Hyun, H. H. (2012). *How to Design and Evaluate Research
in Education*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013). *Collection of
Academic Performance in Humanized Service Mind*. Nontaburi: Ministry of Public
Health. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). *Information and Documentation*. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert,
A. P. & Hall, A. *Basic Nursing Challenge*. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The New Face of Nursing: Expanding Patient Advocacy with
Leadership, Creativity, and Vision*. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved
November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>.

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental Caries Affects Body Weight, Growth and Quality of Life in Pre-
School Children. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626.

กรณีบทความวิจัยที่มีเลขรหัสบทความ (e) หรือเลข DOI ให้อ้างอิง ดังนี้

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of Nurse

Practitioners in Advance Care Planning (ACP) for Patients with Renal Replacement Therapy and Related Factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung nursing journal*, 9(5), 505-511.

<https://doi.org/10.33546/bnj.2735>

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators Development of Nursing Students's Identities in Nursing Colleges, Ministry of Public Health*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Education Degree in Educational Administration Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University. (in Thai)

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ผ่านเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri> หรือ และแนบแบบฟอร์มตามที่วารสารฯ

กำหนด

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ มีกำหนดออก 2 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน) ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม)

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่ จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อน จึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไข จะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวารสารที่มีผู้พิจารณาบทความ (Peer - Review) ตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์ จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double Blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ บุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้พิจารณาบทความ 2 ใน 3 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์

3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด

4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ด้วยระบบออนไลน์

5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน

6. วารสารฯ จะดำเนินการเก็บค่าตีพิมพ์หลังจากกองบรรณาธิการวารสารตอบรับการตีพิมพ์(Accepted) ในระบบ ซึ่งจะมี e-mail แจ้งรายละเอียดชำระค่าตีพิมพ์

7. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ จำนวน 4,500 บาท

8. อาจารย์ นักศึกษา ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ไม่ต้องชำระค่าตีพิมพ์ หรือหากมีข้อสงสัยติดต่อ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา (บรรณาธิการวารสาร)

งานวิจัย นวัตกรรม บริการวิชาการและบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

เลขที่ 56/6 หมู่ 2 ถนนศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

E-mail: journal@bcnsurat.ac.th

แบบฟอร์มการส่งบทความวิจัย/บทความนวัตกรรม/บทความวิชาการ
วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

.....
.....
.....

เรื่อง ขอส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ
เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบฟอร์มส่งบทความ/ใบสมัครสมาชิก/แบบรับรองบทความจากวิทยานิพนธ์
ด้วยข้าพเจ้าตำแหน่งงาน/หน่วยงาน.....

.....
หากเป็นนิสิตให้ ระบุ สาขา/คณะ/มหาวิทยาลัย).....
ขอส่งบทความจำนวน.....เรื่อง.....

.....
ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อนำตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

ในการนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความที่ข้าพเจ้าได้ส่งมานี้ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดๆ
มาก่อนและไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ (.....)
ตำแหน่ง.....

ข้อมูลของผู้เขียนบทความเพื่อสะดวกในการติดต่อ

โทรศัพท์.....
โทรสาร
e-mail

ใบสมัครสมาชิก/ค่าตีพิมพ์บทความ
วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

ประเภท บุคคล หน่วยงาน
ออกใบเสร็จในนาม

ที่อยู่.....

สถานที่จัดส่งใบเสร็จ.....

เบอร์โทรศัพท์..... e-mail.....

มีความประสงค์จะชำระ

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์
เป็นเงิน 4,500 บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)

ชำระโดย

ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย แจ้งรหัสหน่วยงาน Company Code 82657

ชำระผ่าน Mobile Application (Krungthai NEXT) รหัสหน่วยงาน Company Code 82657

รวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ลงนามผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงทะเบียนสมาชิกเลขที่.....

วารสารฯ เริ่มจ่าย ฉบับที่...../.....ถึงฉบับที่...../.....

ผู้รับสมัคร.....

วันที่รับสมัคร...../...../.....

หมายเหตุ: ส่งหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความมาที่
กองบรรณาธิการ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000
โทร 077-287816 ต่อ 218,219

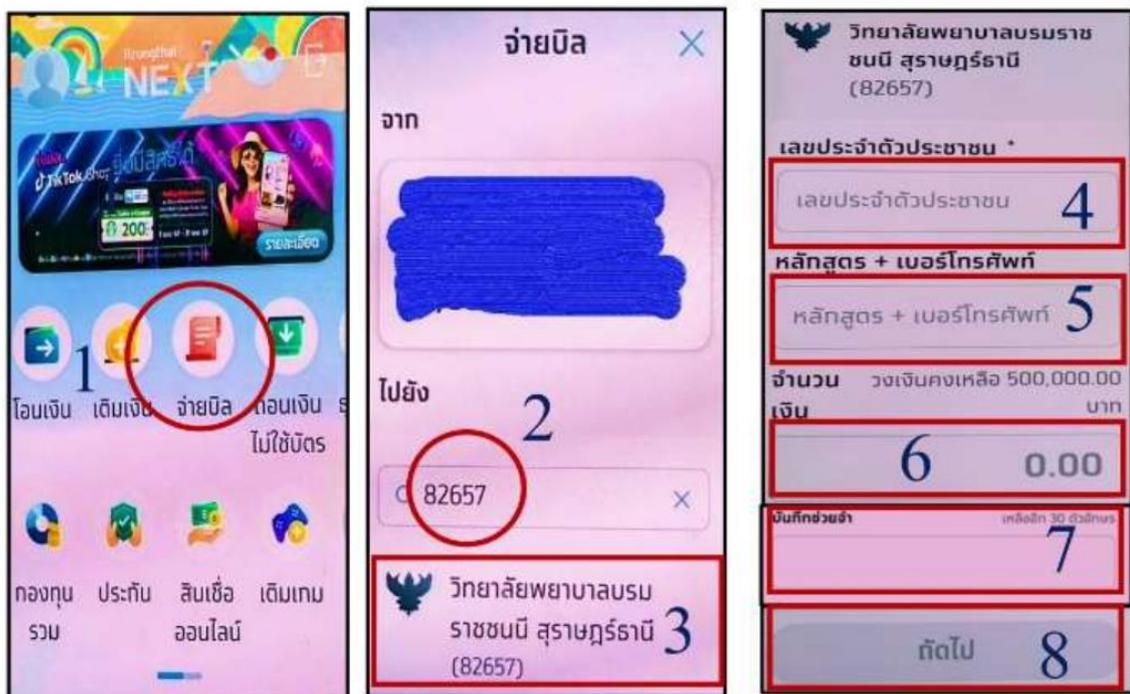
หากมีข้อสงสัย ติดต่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา (บรรณาธิการวารสาร) โทร 081-3964193
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
เลขที่ 56/6 หมู่ 2 ถนนศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

หมายเหตุ : * วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ไม่มีการตีพิมพ์เป็นรูปเล่ม
และดำเนินการเผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์เท่านั้น

วิธีการชำระเงินค่าตีพิมพ์
วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ
โดย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ช่องทางที่ 1 ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย
แจ้งรหัสหน่วยงาน Company Code 82657

ช่องทางที่ 2 ชำระผ่าน Mobile Application (Krungthai NEXT)
วิธีการตามภาพด้านล่าง



- ขั้นตอนที่ 1 เลือกเมนู "จ่ายบิล" เพื่อเข้าสู่ระบบ
- ขั้นตอนที่ 2 พิมพ์รหัสหน่วยงาน (Company Code) “82657”
- ขั้นตอนที่ 3 กดเลือกหน่วยงาน “วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี”
- ขั้นตอนที่ 4 พิมพ์เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ตัวอย่าง “9999999999999”
- ขั้นตอนที่ 5 พิมพ์เบอร์โทรศัพท์ผู้สมัคร ตัวอย่าง “099999999”
- ขั้นตอนที่ 6 พิมพ์จำนวนเงินที่ต้องชำระ “4,500 บาท”
- ขั้นตอนที่ 7 พิมพ์ ชื่อ-สกุลของท่าน ตัวอย่าง “แก้ว ตองแก้ว”
- ขั้นตอนที่ 8 กดถัดไป และกดยืนยันข้อมูล