



บทความวิจัย

- ความสัมพันธ์ระหว่างการถูกรังแกบนโลกออนไลน์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1 ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
- ประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับ อสม. บัณฑิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และทักษะการตัดสินใจในการป้องกันอุบัติเหตุและ
การปฐมพยาบาลเบื้องต้น สำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย
- ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท
- ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
ห่อผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุรินทร์
- ผลการใช้แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามรูปแบบ APIE Model ต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด
และปริมาณการสูญเสียเลือด ในหญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลสุรินทร์
- ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมกระโดดและการเล่นลูกบอลในเด็ก
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่างาม อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช
จังหวัดนครศรีธรรมราช
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้



ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 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 นวัตกรรมและบริการวิชาการ 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 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568

ที่ปรึกษา

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

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รองอธิการบดีด้านวิจัย นวัตกรรม และวิเทศสัมพันธ์ สถาบันพระบรมราชชนก

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.พนิดา รัตนพรหม
ดร.รวีวรรณ คำเงิน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ร่องเมือง
ดร.จีราพร ทองดี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
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 อิศระมัลย์
รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อติญาณ์ ศรีเกษตริน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงนภพร รุ่งเนย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิตาพร วรภัณฑ์วิศิษฐ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มีญฐวรรณ ลียุทธานนท์
ดร.อัจฉรา จันเพ็ชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง
รองศาสตราจารย์ ดร.ประดิษฐ์พร พงศ์เตรียม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
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 2 ของปี 2568 มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่บทความวิจัย บทความทางวิชาการและนวัตกรรมทางสุขภาพแก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งผู้ที่สนใจในระดับชาติ โดยสาระในฉบับนี้ประกอบไปด้วยบทความวิจัยที่น่าสนใจ 9 เรื่อง ที่มีความหลากหลายในหลายสาขา ได้แก่ ด้านจิตเวช ด้านโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ด้านการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ด้านการใช้สื่อและโปรแกรมในการปฏิบัติงานการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย ด้านสมรรถนะวิชาชีพการพยาบาล โดยมีเป้าหมายเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล ความรู้ด้านสาธารณสุข นวัตกรรมทางสุขภาพ การพัฒนาระบบและนโยบายทางด้านสุขภาพ เราหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพจะเป็นประโยชน์ต่อนักวิจัย นักวิชาการ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ

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

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา

บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
- ความสัมพันธ์ระหว่างการถูกรังแกบนโลกออนไลน์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1 ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี The Study of relationship between Cyber Bullying and Depression among Junior High School students, Secondary Educational Service Area Office 1, Surat Thani Province	e277789 (1-16)
- ประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับ อสม.ที่ดี ในผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี The Effectiveness of Strict Behavioral Modification Combined with Health Volunteers Buddies in Patients with Uncontrolled Hypertension at the Surat Thani Provincial Administrative Organization Urban Community Health Center	e276093 (1-16)
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และทักษะการตัดสินใจใน การป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น สำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program on Knowledge and Decision- Making Skills in Preventing Unintentional Injury and First Aid for Kindergarten Teachers	e276562 (1-18)
- ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรม ก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท Effects of Self-Regulation Program on Self-Efficacy Toward Aggressive Behavior Control of Schizophrenia Patients	e276907 (1-18)
- ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัด ช่องท้อง ห่อผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี The Effects of Pain Management Program on Pain among Surgical Critically Ill Patients undergoing Abdominal Surgery, Surgical Intensive Care Unit, Surat Thani Hospital	e275174 (1-17)

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุรินทร์ Factors Influencing the Cultural Competency of Professional NursesIn Surin Hospital	e276382 (1-14)
- ผลการใช้แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามรูปแบบ APIE Model ต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดและปริมาณการสูญเสียเลือด ในหญิงคลอดปกติ โรงพยาบาล สุรินทร์ The Effects of Nursing Care Guidelines Based on the APIE Model for the Prevention of Postpartum Hemorrhage on the Incidence of Postpartum Hemorrhage and Blood Loss among Normal Vaginal Delivery Women at Surin Hospital	e276632 (1-14)
- ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่างาม อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช Effects of a support and education program on self- care behavior to control blood sugar levels. In patients with type 2 diabetes, Ban Tha Ngam Subdistrict Health Promoting Hospital Mueang Nakhon Si Thammarat District Nakhon Si Thammarat Province	e275500 (1-16)
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ Factors Influencing Self-Management Behaviors for Stroke Prevention in Patients with Uncontrolled Hypertension	e279168 (1-17)

ความสัมพันธ์ระหว่างการถูกรังแกบนโลกออนไลน์กับภาวะซึมเศร้า ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1 ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ดรุณี สวนสัน, ผกาสรณ์ อุไรวรรณ*, ปรมารณ ไพเราะ, เปรมกมล เกื้อมา,
รัฐกุล ใจตรง, วิชญา แก้วโกธ, ศุภรติพ บุญสิทธิ์, อรวิภา หลีบำรุง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการถูกรังแกบนโลกออนไลน์และภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1 จังหวัดสุราษฎร์ธานี 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการถูกรังแกบนโลกออนไลน์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1 จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จากโรงเรียนในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น เขต 1 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปีการศึกษา 2567 จำนวนทั้งสิ้น 354 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามการถูกรังแกบนโลกออนไลน์มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .97 และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การถูกรังแกบนโลกออนไลน์ จำนวน 354 คน คิดเป็นร้อยละ 100 (Mean=29.86, SD.=13.58) และกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 233 คน คิดเป็นร้อยละ 65.82 (Mean=18.38, SD.=7.88) 2) และการถูกรังแกบนโลกออนไลน์ ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s=.218, p<.01$) ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถช่วยให้บุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับปัญหาการรังแกกันบนโลกออนไลน์ เพื่อลดความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหรือภาวะสุขภาพจิตอื่นๆต่อไปได้

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ, ภาวะน้ำหนักตัวเกิน, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: phakasorn@bncsurat.ac.th)

วันที่รับ 24 ต.ค. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 17 พ.ย. 2568, วันที่ตอบรับ 21 พ.ย. 2568

The Study of relationship between Cyber Bullying and Depression among Junior High School students, Secondary Educational Service Area Office 1, Surat Thani Province

Darunee Suansan, Phakasorn Uraiwan*, Paramaporn Pairoh, Pramkamol Guema, Rattagul Jaitrong, Wichuda Kaewkorob, Suphontip Boonsit, Onwipa Libamrung
Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing, Prabommarajchanok Institute

Abstract

This descriptive study aimed to 1) examine the Cyber Bullying and depression in Junior High School students, Secondary Educational Service Area Office 1, Surat Thani Province, 2) examine the relationship between cyber bullying and depression in Junior High School students, Secondary Educational Service Area Office 1, Surat Thani Province. The population consisted of 354 sample, Junior High school students. In the Office of the Secondary Education Service Area 1, Surat Thani Province, in the academic year 2024, were selected by multi-stage sample sampling. The research instruments used in this study were the Cyber bullying Questionnaire with a tool reliability of 0.97 and the Children's Depression Inventory (CDI) with a tool reliability of 0.84. Data were analyzed using descriptive statistics, frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient to analyze the relationship.

The research results showed that 1) 354 samples, or 100 percent, had been Cyber Bullying (Mean=29.86, SD.=13.58) and 233 samples, or 65.82 percent, had depression (Mean=18.38, SD.=7.88).2) Cyberbullying was significantly related to depression at the .01 level ($r_s=.218, p<.01$). The results of this research can help individuals and related agencies to pay attention to the problem of Cyber bullying to prevent violence and reducing the incidence of depression or other mental health conditions.

Keywords: Cyber Bullying, Depression, Junior High School Students

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

Received: October 24, 2025; Revised: November 17, 2025; Accepted: November 21, 2025

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 8 No.2 July - December 2025 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

ปัจจุบันการใช้อินเทอร์เน็ตมีอิทธิพลและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีพในยุคปัจจุบันที่เราเรียกว่า ยุคเทคโนโลยีดิจิทัล ที่ทำให้ทุกคนไม่ว่าจะอยู่มุมใดของโลก ก็สามารถทราบข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง มีการติดต่อกันได้อย่างง่ายดายผ่านทางเทคโนโลยีดิจิทัลที่เราเรียกว่า อินเทอร์เน็ต อินเทอร์เน็ตเป็นเครือข่ายส่งคมนาคมออนไลน์ขนาดใหญ่ ที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อสื่อสารเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ใช้ทั่วทุกมุมโลกสามารถติดต่อกันได้อย่างรวดเร็ว ผู้คนในทุกช่วงวัยสามารถเข้าถึงสังคมออนไลน์ผ่านแพลตฟอร์มต่างๆ ได้อย่างสะดวกมากขึ้น ผ่านช่องทางแพลตฟอร์มต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น Facebook, Instagram, YouTube, Messenger, LINE, Tiktok เป็นต้น จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ประจำปี 2566 ซึ่งทำการสำรวจในกลุ่มประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไปจำนวน 65.7 ล้านคน พบว่ามีจำนวนผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ต อยู่ที่ 57.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 87.60 ของประชากรในประเทศทั้งหมด เพศชาย มีการใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.70 โดยช่องทางที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตมากที่สุดคือ การใช้โทรศัพท์มือถือคิดเป็นร้อยละ 97.60 และพบว่าประชาชนที่ใช้อินเทอร์เน็ตสูงที่สุด คือกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 99.10 รองลงมาคือ ประชาชนกลุ่มอายุ 25-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 98.30 ส่วนประชาชนกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการใช้อินเทอร์เน็ตต่ำที่สุด ร้อยละ 55.9 (National Statistical Office, 2023)

ในยุคที่อินเทอร์เน็ตและโซเชียลมีเดีย มีบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิตของคนเรา ประกอบกับช่วงวัยที่มีการเข้าถึงโซเชียลมีเดียมากที่สุด คือกลุ่มช่วงวัยรุ่นและวัยทำงานที่มีอายุตั้งแต่ 15-39 ปี ส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมหลายอย่างที่เคยเกิดขึ้นได้เฉพาะบนโลกแห่งความเป็นจริงก็ไปเกิดขึ้นในโลกไซเบอร์หรือโลกออนไลน์ได้ด้วย หนึ่งในสิ่งที่เกิดขึ้นในโลกออนไลน์และกลายมาเป็นปัญหาใหญ่ของคนยุคนี้ก็คือ “การรังแกบนโลกออนไลน์” หรือที่เรารู้จักกันอย่างแพร่หลายว่า “การ Cyber bully” คือ การใช้ช่องทางของ เทคโนโลยีดิจิทัล ในการกลั่นแกล้ง รังแก คุกคาม ล่อลวงหรือระรานผู้อื่นโดย ซึ่งเป็นการกระทำที่มักเกิดขึ้นซ้ำ ๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความหวาดกลัว ยั่วโมโห หรือสร้างความอับอายให้แก่ผู้ที่ตกเป็นเป้าหมาย โดยผู้ที่ตกเป็นเป้าหมายไม่สามารถต่อสู้ แก้อั้วหรือปกป้องตนเองได้ เนื่องจากการกระทำผ่านทางโลกไซเบอร์ ผู้กระทำสามารถที่จะปกปิดตัวตนที่แท้จริงของตนเองได้ โดยที่ผู้กระทำการกลั่นแกล้งผู้อื่นผ่านทางโลกไซเบอร์นั้น ไม่ได้รู้สึกว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด โดยที่ตนเองมุ่งหวังเพียงอยากทำร้ายให้เป้าหมายนั้นรู้สึกอับอายและไม่สบายใจ ซึ่งช่องทางที่ใช้ในการรังแกผู้อื่นผ่านทางโลกไซเบอร์ จะเป็นช่องทางที่ใช้กันบ่อยๆ เช่น social media, SMS, Chat room, blog, e-mail และ instant message (Faculty of Psychology, 2023) มูลเหตุจูงใจในการกลั่นแกล้งกันบนโลกออนไลน์นั้นมักจะเริ่มต้นจากการกลั่นแกล้งกันเล็กน้อยในโรงเรียน การไม่ชอบหน้า การล้อเล่นสนุกๆ รู้สึกสนุกที่ได้แกล้งเพื่อนแล้วเกิดการบานปลายโดยไม่ได้ตั้งใจ หลังจากนั้นจะมีการเลือกใช้ช่องทางบนโลกออนไลน์ในการรังแกหรือกลั่นแกล้งกัน เนื่องจากเป็นช่องทางที่สะดวก รวดเร็ว เข้าถึงได้ง่าย และไม่ต้องกลัวว่าใครจะจับได้ว่าใครเป็นคนกระทำ เพราะสามารถปกปิดตัวตนได้ โดยลักษณะการกลั่นแกล้งที่พบได้บ่อยคือ การใช้ถ้อยคำที่รุนแรง หยาดคายและก้าวร้าว ในการข่มขู่และคุกคาม การล้อเลียน การเปิดโปงเรื่องส่วนตัวของเหยื่อ การ

ใส่ร้าย การเผยแพร่ภาพหรือข้อมูลส่วนตัวของเหยื่อโดยที่เหยื่อไม่ยินยอม การคุกคามทางเพศ การเฝ้าติดตามและคุกคามทางอินเทอร์เน็ต ส่งผลให้เหยื่อหรือผู้ที่ถูกระทำนั้นเกิดความเครียดและความวิตกกังวล เพราะกลัวว่าจะมีใครรับรู้เรื่องที่ตนเองถูกประจานหรือถูกรังแก รู้สึกอับอาย รู้สึกหวาดระแวง ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ ผลกระทบทางกายเช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ อ่อนเพลียง่าย ป่วยบ่อย ขาดเรียนบ่อย ผลกระทบทางจิตใจ เช่น เครียด วิตกกังวล หวาดกลัว อับอาย โดดเดี่ยว สิ้นหวัง หวาดระแวง หดหู่ และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Faculty of Psychology, 2023)

จากการศึกษางานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า การถูกรังแกบนโลกออนไลน์ (Cyber Bullying) เกิดขึ้นในช่วงมัธยมต้นซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่น และมีวัยรุ่นประมาณร้อยละ 20-40 เคยตกเป็นเหยื่อของการโดนข่มขู่รังแกผ่านทางโลกไซเบอร์ เด็กที่ถูกข่มขู่รังแกบนโลกออนไลน์ มักมีปัญหาทางสุขภาพจิตเกิดขึ้น อาทิ เกิดความเครียด ความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า ไร้ความสุข และมีปัญหาด้านการนอน จากการสำรวจระดับวิทยาลัยความชุกของโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทยที่มีอายุระหว่าง 11-19 ปี ที่ศึกษาในโรงเรียนตัวแทน 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ พบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุ ระหว่าง 11-19 ปี มีภาวะซึมเศร้าทางคลินิกร้อยละ 17.50 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 49.80 และพบว่ากลุ่มวัยรุ่นร้อยละ 22.5 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 2.20 (Department of Mental Health, 2023) ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่มีอารมณ์เศร้า ไร้ความสุข หดสนุกในการดำรงชีวิต ไร้อารมณ์ ขาดความกระตือรือร้นและหมดความสนใจในการทำสิ่งต่างๆเป็นระยะเวลานาน มีอารมณ์ที่แปรปรวนเปลี่ยนแปลงง่าย หากอารมณ์ที่แปรปรวนนี้เกิดขึ้นซ้ำ ๆ และรุนแรง อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ปัญหาการใช้ชีวิต และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ โดยพบว่าช่วงที่บุคคลมีภาวะซึมเศร้าก็จะมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายได้ประมาณ ร้อยละ 15 ในปัจจุบันภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อยและหลายประเทศให้ความสำคัญ ทัวโลกพบคนมีภาวะซึมเศร้าประมาณ 280 ล้านคน โดยพบว่าในทุกๆ ปีมีมากกว่า 7 แสนคนที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ในคนช่วงอายุ 15-29 ปี โดยเฉพาะบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสจะฆ่าตัวตาย ได้แก่ บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน (Suthiprapa, Doungkumjun, 2024)

การเกิดภาวะซึมเศร้า สามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุหรือหลายปัจจัย อาทิเช่น การเจ็บป่วยบางโรค ปัญหาต่างๆ ที่บุคคลต้องเผชิญ สัมพันธภาพในครอบครัว รูปแบบการเลี้ยงดู บุคลิกภาพ รวมถึงประสบการณ์และทักษะต่างๆในการรับมือกับปัญหา และการถูกรังแกบนโลกออนไลน์ “Cyber Bullying” ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ถูกรังแกบนโลกออนไลน์เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เมื่อการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์แพร่กระจายในวงกว้าง ก็พบว่าเมื่อผู้ถูกระทำ ถูกรังแกและถูกกลั่นแกล้งเป็นประจำ จะส่งผลกระทบต่อผู้ถูกระทำทั้งในแง่ที่ผู้ถูกระทำเกิดอารมณ์โกรธ นำไปสู่ความคิดที่ต้องตอบโต้ผลักดันให้ผู้ถูกระทำผันตัวเป็นผู้ตอบโต้กลับด้วยความรุนแรง รวมถึงส่งผลให้ผู้ถูกระทำ เกิดผลกระทบในเรื่องของสุขภาพกายและสุขภาพจิต เช่น เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความหวาดกลัว ความรู้สึกที่ตนเองต่ำต้อยด้อยค่า และเกิดความรู้สึกเศร้า (Navachewinmai, Thongnin, Rungchareankiat, Booncherdchoo, & Maneerat, 2023) สอดคล้องกับการศึกษาการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเยาวชน อายุ

18-25 ปีจำนวน 322 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเยาวชนถูกการรังแกผ่านโลกโซเชียลโดยรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด วิธีการที่โดนรังแกเรียงลำดับจากมากไปน้อยคือ การถูกลบออกจากกลุ่มผ่านทางโลกโซเชียล การถูกนิินทว่าร้าย การถูกดูถูก การถูกด่า การถูกเอาเรื่องส่วนตัวที่เป็นความลับไปเปิดเผยตามลำดับ และพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ร้อยละ 36.30 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเยาวชนที่ถูกรังแก มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 39.50 (Chainwong, Skulphan, & Thapinta, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่มีการชมเชยรังแกบนโลกโซเชียล ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล จำนวน 76 ราย มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 36.20 โดยปัจจัยด้านความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวน้อย การอยู่ในสภาพแวดล้อมในโรงเรียนที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chaisuwanarak, 2020)

การรังแกบนโลกออนไลน์ (Cyber Bully) เป็นการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจของผู้กระทำ ที่ต้องการจะทำให้ผู้อื่นรู้สึกอับอายเป็นทุกข์ โดยผู้กระทำรู้สึกสนุก สะใจ มีทั้งการกระทำผ่านทางกาย ทางคำพูด ทางสังคมและทางโซเชียล ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อทุกช่วงวัย โดยเฉพาะวัยเด็กต้องระมัดระวังอย่างมาก อาจจะสร้างบาดแผลในใจจนกลายเป็นปัญหาใหญ่ได้ ซึ่งการรังแกบนโลกออนไลน์นั้นสามารถก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อผู้ที่ถูกกระทำทั้งในด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตใจที่อาจส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตของผู้ถูกกระทำได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการถูกรังแกบนโลกออนไลน์ (Cyber Bullying) กับภาวะซึมเศร้า เพื่อให้บุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เกิดความตระหนัก และมีความรู้ความเข้าใจถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และนำไปสู่การหาแนวทางในการป้องกันปัญหาต่างที่จะเกิดขึ้นได้ในกลุ่มนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นต่อไป

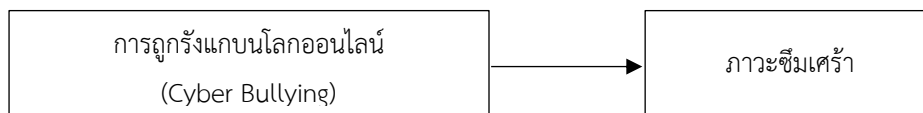
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาการถูกรังแกบนโลกออนไลน์ (Cyber Bullying) และภาวะซึมเศร้า ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1 จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการถูกรังแกบนโลกออนไลน์ (Cyber Bullying) กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต1จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สมมติฐานวิจัย

1. มีการถูกรังแกบนโลกออนไลน์ (Cyber Bullying) และมีภาวะซึมเศร้า ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1 จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. การถูกรังแกบนโลกออนไลน์ (Cyber Bullying) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1 จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 ทั้งเพศชาย และ เพศหญิง จำนวน 8,883 คน ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา สหวิทยาเขต 1 จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 14 โรงเรียน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา สหวิทยาเขต 1 สุราษฎร์ธานี จำนวน 354 คน ซึ่งมาจากการเกณฑ์การกำหนดขนาดของกลุ่ม ตัวอย่าง โดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane, 1973) ซึ่งได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stages Sample) ดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยจำแนกโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ในเขตพื้นที่ศึกษา สุราษฎร์ธานี จำนวน 3 วิทยาเขต ได้แก่ สหวิทยาเขตสุราษฎร์ธานี 1 สหวิทยาเขตสุราษฎร์ธานี 2 สหวิทยาเขตสุราษฎร์ธานี 3

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยทำการสุ่มวิทยาเขตด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการ จับฉลากเพื่อสุ่มวิทยาเขต จำนวน 1 วิทยาเขต ได้แก่ สหวิทยาเขต 1 สุราษฎร์ธานี ซึ่งมีโรงเรียนในสังกัด จำนวน 14 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนสุราษฎร์ธานี โรงเรียนสุราษฎร์พิทยา โรงเรียนเมืองสุราษฎร์ธานี โรงเรียนสุราษฎร์พิทยา 2 โรงเรียนสุราษฎร์ธานี 2 โรงเรียนพัชรกิตติยาภา 3 โรงเรียนท่าอุแท โรงเรียน กาญจนดิษฐ์ โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการ โรงเรียนท่าเพื่องวิทยา โรงเรียนปากแพรกวิทยา โรงเรียน ที่ปราณวิทยา โรงเรียนเกาะพะงันศึกษา และโรงเรียนเกาะสมุย

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากเพื่อ สุ่มโรงเรียน จำนวน 4 โรงเรียน ประกอบด้วย โรงเรียนสุราษฎร์พิทยา โรงเรียนสุราษฎร์ธานี 2 โรงเรียนพัชร กิตติยาภา 3 และ โรงเรียนสุราษฎร์พิทยา 2 ทั้ง 4 โรงเรียน มีจำนวนนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น รวมทั้งหมด 3,066 คน ซึ่งนำมาคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีสูตร ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ e = ความคลาดเคลื่อนจากกลุ่มตัวอย่าง (0.05) N = ขนาดประชากร (3,066)

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จะได้ว่า $n = 3,066 / 8.665$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = 353.837

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีจำนวนไม่น้อยกว่า 354 คน
เนื่องจากแต่ละโรงเรียน มีจำนวนนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นไม่เท่ากัน จึงใช้วิธีในการ
คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงเรียน ดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจริง} \times \text{จำนวนนักเรียนในแต่ละโรงเรียน}}{\text{จำนวนนักเรียนรวมทั้งหมด 4 โรงเรียน}}$$

ตารางที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา
ในเขตพื้นที่การศึกษาสุราษฎร์ธานี สหวิทยาเขตสุราษฎร์ธานี 3

โรงเรียน	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงเรียนสุราษฎร์พิทยา	1,417	164
โรงเรียนสุราษฎร์ธานี 2	918	106
โรงเรียนพัชรกิตติยาภา 3	210	24
โรงเรียนสุราษฎร์พิทยา 2	521	60
รวม	3,066	354

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน ผลการเรียนรู้
ภาคการเรียนครั้งล่าสุด สถานภาพสมรสของบิดามารดา การพักอาศัยระหว่างการศึกษานักเรียน เวลา
โดยเฉลี่ยในการเล่นอินเทอร์เน็ต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้นำเครื่องมือของ Supisa
Jitsom มาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 21 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบ
การตกเป็นเหยื่อการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล ใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การติดต่อที่ไม่พึงประสงค์ (Unwanted
Contact) 2) การประสังค์ร้าย (Malice) 3) การหลอกลวง (Deception) และ 4) การทำให้ขายหน้า (Public
Humiliation) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) คำตอบ แบ่งเป็น 6 ระดับ
โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 6 คะแนน หมายถึง เกือบทุกวันหรือทุกวัน 5 คะแนน หมายถึง 1-2 ครั้งใน
1 สัปดาห์ 4 คะแนน หมายถึง 1-2 ครั้งใน 1 เดือน 3 คะแนน หมายถึง 2-3 ครั้งใน 1 ปี 2 คะแนน หมายถึง
1 ครั้งใน 1 ปี 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 21-126 คะแนน

การแปลผล พิจารณาระดับการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จาก
คะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 21-55 (มีประสบการณ์การถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลต่ำ) คะแนนเฉลี่ย
56-90 (มีประสบการณ์การถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลปานกลาง) คะแนนเฉลี่ย 91-126 (มีประสบการณ์การ
ถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลสูง) (Jitsom, 2022)

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory; CDI) ผู้วิจัยนำ
แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory; CDI) มาจากกรมสุขภาพจิตที่ได้
มีการเผยแพร่และอนุญาตให้นำเครื่องมือไปใช้ได้ โดยเครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาโดยศาสตราจารย์แพทย์

หญิง อุมพร ตรังคสมบัติ (2536) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า CDI ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 3 ตัวเลือก เพื่อบอกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งการให้คะแนน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27 โดยแต่ละข้อให้คะแนนดังนี้ ก. 0 คะแนน ข. 1 คะแนน ค. 2 คะแนน กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ 2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24, 25 โดยแต่ละข้อให้คะแนนดังนี้ ก. 2 คะแนน ข. 1 คะแนน ค. 0 คะแนน ทั้งนี้แต่ละข้อคำถามจะให้คะแนนตามความรุนแรงของอาการ ในแต่ละข้อ ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการเศร้าเลย

1 คะแนน หมายถึง มีอาการน้อย

2 คะแนน หมายถึง มีอาการตลอดเวลา

คะแนนรวม มีได้ตั้งแต่ 0 ถึง 54 ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงกว่า 15 ขึ้นไป จากการคัดกรองถือว่า มีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ ของ Supisa Jitsom (2564) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory; CDI) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ซึ่งแบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหามาแล้ว มีความเป็นมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดมาตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ เท่ากับ .97 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) เท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือราชการขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี หลังจากนั้นทำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 4 แห่งเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และชี้แจงการให้ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง ลงนามในหนังสืออนุญาตและยินยอมในการให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้น ผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย โดยการเดินทางไปเก็บข้อมูลวิจัยของทั้ง 4 โรงเรียน ที่โรงเรียนด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นประมาณ 20 นาที โดยจัดเตรียมแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ Google Forms เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ตอบสามารถตอบแบบสอบถามผ่านอุปกรณ์ส่วนตัว เช่น โทรศัพท์มือถือ Tablet หรือ คอมพิวเตอร์ และเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2567 - 31 สิงหาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน ผลการเรียนภาค การเรียนครั้งล่าสุด สถานภาพสมรสของบิดามารดา การพักอาศัยระหว่างการศึกษานักเรียน เวลาโดยเฉลี่ยในการเล่นอินเทอร์เน็ต โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์การถูกรังแกบนโลกออนไลน์และภาวะซึมเศร้า โดยการหาค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ของ การถูกรังแกบนโลกออนไลน์กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้ สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี หมายเลข 2024/25 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2567 โดยผู้วิจัยได้ทำใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแนบไปพร้อมกับ Google form และผู้วิจัยแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธได้ทุกขั้นตอนของการวิจัย การศึกษานี้ไม่มีโทษทั้งทางด้านการแพทย์ กฎหมายและสังคม การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจะรับทราบข้อมูลจากผู้วิจัยโดยตรง และจะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เซ็นชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลา ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1 จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 354 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.90 มีอายุระหว่าง 13-14 ปี มากที่สุด ร้อยละ 66.10 ส่วนใหญ่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 36.40 มีผลการเรียนอยู่ในช่วง 3.51-4.00 มากที่สุด ร้อยละ 49.20 สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 67.20 ส่วนใหญ่พักอาศัยขณะเรียนที่บ้านของบิดา-มารดา ร้อยละ 89.00 และเวลาที่ใช้ในการเล่นอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่อยู่ที่ 5-8 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 46.00
2. ผลของการถูกรังแกบนโลกออนไลน์และภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ และ ระดับการถูกรังแกบนโลกออนไลน์ ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 354)

ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน ทั้งหมด	ระดับการถูกรังแกบนโลกออนไลน์			Mean	SD.
		ระดับต่ำ (ร้อยละ)	ระดับกลาง (ร้อยละ)	ระดับสูง (ร้อยละ)		
ม.1	122	117 (33.04)	5 (1.40)	0 (0)	27.43	10.02
ม.2	129	122 (34.46)	5 (1.40)	2 (0.60)	31.40	15.09
ม.3	103	96 (27.11)	5 (1.40)	2 (0.60)	30.82	14.93
รวม	354	335 (94.60)	15 (4.20)	4 (1.20)	29.86	13.58

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ถูกรังแกบนโลกออนไลน์ จำนวน 354 คน คิดเป็นร้อยละ 100 (Mean=29.86, SD.=13.58) โดยมีประสบการณ์การถูกรังแกบนโลกออนไลน์อยู่ในระดับต่ำ มากที่สุด จำนวน 335 คน คิดเป็นร้อยละ 94.60 รองลงมา มีประสบการณ์การถูกรังแกบนโลกออนไลน์ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 4.20 และ มีประสบการณ์การถูกรังแกบนโลกออนไลน์ อยู่ในระดับสูง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.20

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะซึมเศร้าใน
กลุ่มตัวอย่าง (n= 354)

ระดับชั้น	จำนวน นักเรียน ทั้งหมด	ภาวะซึมเศร้า		Mean	SD.
		ไม่มีจำนวน (ร้อยละ)	มีจำนวน (ร้อยละ)		
ม.1	122	47 (13.27)	75 (21.19)	17.38	8.46
ม.2	129	41 (11.58)	88 (24.86)	18.06	7.50
ม.3	103	33 (9.32)	70 (19.77)	19.98	7.44
รวม	354	121 (34.18)	233 (65.82)	18.38	7.88

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 233 คน คิดเป็นร้อยละ 65.82 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.38 (SD.=7.88) เมื่อพิจารณาตามระดับชั้นพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีจำนวนนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 24.86 รองลงมาคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 21.19 และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 19.77

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ของรายด้านประสบการณ์การถูกรังแกบนโลกออนไลน์ ในกลุ่มตัวอย่าง (n=354)

รายด้าน (ประสบการณ์การถูกรังแกบนโลกออนไลน์)	จำนวน	ร้อยละ
1. มีคนกวนโมโหมักเรียนทางอิเล็กทรอนิกส์	169	47.74
2. มีคนเรียกชื่อนักเรียนอย่างไม่สุภาพทางอิเล็กทรอนิกส์	156	44.06
3. มีคนสบลคำหยาบต่อนักเรียนทางอิเล็กทรอนิกส์	154	43.50
4. มีคนปฏิบัติต่อนักเรียนไม่ดีทางอิเล็กทรอนิกส์	145	40.96
5. มีคนทำให้นักเรียนกลายเป็นตัวตลกในสายตาคนอื่นทางอิเล็กทรอนิกส์	133	37.57

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การถูกรังแกบนโลกออนไลน์ ด้านมีคนกวนโมโหมักเรียนทางอิเล็กทรอนิกส์ มากที่สุด จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 47.74 รองลงมาด้าน มีคนเรียกชื่อนักเรียนอย่างไม่สุภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 44.06 รองลงมาด้านมีคนสบลคำหยาบต่อนักเรียนทางอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 43.50

3. ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างการถูกรังแกบนโลกออนไลน์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการถูกรังแกบนโลกออนไลน์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1 จังหวัดสุราษฎร์ธานี (n=354)

ภาวะซึมเศร้า	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p-value
การถูกรังแกบนโลกออนไลน์ (Cyber Bullying)	.218**	p< .01

**p< .01

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การถูกรังแกบนโลกออนไลน์มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กับภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์ในระดับต่ำ กล่าวคือผู้ที่มีประสบการณ์การถูกรังแกบนโลกออนไลน์ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

อภิปรายผล

1. การถูกรังแกบนโลกออนไลน์ (Cyber Bullying) และภาวะซึมเศร้า ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การถูกรังแกบนโลกออนไลน์ จำนวน 354 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.86 (SD.=13.58) และมีประสบการณ์การถูกรังแกบนโลกออนไลน์ อยู่ในระดับต่ำ มากที่สุดจำนวน 335 คน คิดเป็นร้อยละ 94.60 โดยลักษณะของการถูกรังแกบนโลกออนไลน์ พบว่า ด้านมีคนกวนโมโหมักเรียนไม่ดีทางอิเล็กทรอนิกส์ มากที่สุด จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 47.74 เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 13-16 ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่มีการใช้งานอินเทอร์เน็ตมากที่สุด โอกาสในการเข้า

ถึงและการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ นั้น กระทำผ่านการใช้งานอินเทอร์เน็ตมากขึ้น จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการจะถูกรังแกผ่านการใช้งานอินเทอร์เน็ตได้มาก เนื่องจากผู้กระทำความหวังเพียงเพื่อให้ผู้ถูกรังแกอับอาย เกิดความหวาดกลัวตนเองและที่สำคัญผู้กระทำสามารถที่จะปกปิดตัวตนได้ จึงสร้างความหวาดกลัวและหวาดระแวงให้แก่ผู้ที่ถูกรังแกบนโลกออนไลน์ ประกอบกับผู้ถูกรังแกบนโลกออนไลน์เอง ก็ไม่สามารถที่จะปกป้องตนเองได้ส่งผลให้เกิดความรุนแรงในเรื่องต่างๆตามมาได้อย่างที่คาดไม่ถึง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเยาวชน ผลการศึกษา พบว่าเยาวชนถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลโดยรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด และการถูกรังแกรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการถูกลบหรือบล็อกจากกลุ่มผ่านโลกโซเชียล รองลงมา คือ ด้านการถูกนิทา คำทอ รวมถึงการพูดคุยโต้ตอบด้วยถ้อยคำที่หยาบคายผ่านโลกโซเชียล และด้านการถูกบุคคลอื่นนำความลับที่เป็นข้อมูลส่วนตัวไปเปิดเผยผ่านโลกโซเชียล ตามลำดับ (Chainwong, Skulphan, & Thapinta, 2020) สอดคล้องกับการศึกษา การกลั่นแกล้งกันในพื้นที่ไซเบอร์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น: ความชุก วิธีการจัดการปัญหา และพฤติกรรมเสี่ยง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 54.57 มีประสบการณ์ถูกกลั่นแกล้งในพื้นที่ไซเบอร์ โดยพบว่า นักเรียนหญิงมีโอกาสถูกกลั่นแกล้งมากกว่านักเรียนชาย และโดยวิธีการที่ใช้ในการกลั่นแกล้งกันมากที่สุด คือ การนิทาว่าร้ายผ่านสื่อออนไลน์ ร้อยละ 60.73 และเหตุจูงใจในการกลั่นแกล้งกันมาจากการมีทะเลาะเบาะแว้งกันมาก่อนในพื้นที่จริงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.86 (Lertratthamrongkul, 2021)

ผลการศึกษา ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 1 จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 233 คน คิดเป็นร้อยละ 65.82 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.38 (SD.=7.88) เมื่อพิจารณาตามระดับชั้นพบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีจำนวนนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 24.86 เนื่องจากว่าวัยรุ่นนี้เป็นวัยที่กำลังค้นหาตัวตน อยากได้รับการยอมรับ อยากได้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม อยากมีเพื่อน ซึ่งทั้งเหตุปัจจัยทั้งภายในตนเอง และเหตุปัจจัยภายนอกย่อมส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นได้ทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า พบความชุกของภาวะซึมเศร้า จำนวน 149 รายคิดเป็นร้อยละ 41.74 และพบว่า ปัจจัยด้านความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง รายได้ครอบครัวน้อย ไม่เพียงพอกับรายจ่าย มีประวัติเคยถูกคุกคามทางเพศด้วยวิธีการต่างๆ การมีเพื่อนสนิทน้อยกว่า 2 คน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (Surawan , 2021) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 มีภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟันฝ่าอุปสรรคและการเลียดูแบบมีเหตุผลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการเกิดภาวะซึมเศร้า และการเสพติดเกมส์อินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Intasuwan, Dallas, & Nabkasorn, 2019) และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกระรานทางไซเบอร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเท่ากับ 20.61

ซึ่งอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และปัจจัยร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าเรียงตามค่าทำนายสูงสุดไปต่ำสุด ได้ดังนี้ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นจัดการอารมณ์ รูปแบบการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย การถูกระรานทางไซเบอร์มากกว่า 1 รูปแบบ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นจัดการกับปัญหา และการรับรู้ลักษณะของตนเองแบบชอบเก็บตัวและอารมณ์อ่อนไหว สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 34.70 (Jeerat & Vutthiarpa, 2023) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนอำเภอนาคู จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 25.1 มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ร้อยละ 43.7 และปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน ปัจจัยด้านครอบครัว บิดา-มารดาหย่าร้างกัน ปัจจัยด้านความผูกพันในครอบครัวสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 22.2 (Potibut, 2022)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการถูกรังแกบนโลกออนไลน์ (Cyber Bullying) กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การถูกรังแกบนโลกออนไลน์ (Cyber Bullying) มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กับภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r_s = .218$) แสดงว่าการถูกรังแกบนโลกออนไลน์ ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใด ย่อมส่งผลให้ผู้โดนรังแกมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากผู้ที่ถูกรังแกบนโลกออนไลน์ มักจะเกิดความรู้สึกอับอาย ไม่กล้าสู้หน้าเพื่อนคนอื่นๆ เกิดความรู้สึกเครียดกดดันและบางคนไม่สามารถที่จะจัดการแก้ไขปัญหาของตนเองที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากผู้ที่ถูกรังแกจะโดนรังแกซ้ำๆ และโดนบ่อยๆ ต่อสู้ไม่ได้เพราะไม่ทราบว่าเป็นใคร จนทำให้ผู้ที่โดนรังแกบนโลกออนไลน์เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หวาดกลัวและรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ก็จะเกิดความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกระแสรานทางไซเบอร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การถูกระราน ช่มเหง คุกคามทางไซเบอร์ มีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเท่ากับ 20.61 ซึ่งอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และ การถูกระราน ช่มเหง คุกคามทางไซเบอร์มากกว่า 1 รูปแบบ สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 34.70 (Jeerat, Bunthumpom, & Vutthiarpa, 2023) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่มีการช่มเหงรังแกบนโลกไซเบอร์ จำนวน 210 ราย ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ถูกช่มเหงรังแกบนโลกไซเบอร์ จำนวน 76 ราย มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 36.20 โดยปัจจัยด้านความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวน้อย การอยู่ในสภาพแวดล้อมในโรงเรียนที่ไม่เหมาะสม สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Chaisuwannarak, & Thommachot, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์กับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นในจังหวัดหนึ่งเขตพื้นที่ภาคกลาง ผลการศึกษาพบว่า การถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้า และการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้าและการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Damdee, Thaweekoon, & Nintachan, 2021) สอดคล้องกับการศึกษา การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นจากการถูกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ การพบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษา พบว่า ความชุกการถูกลั่น

แก๊งทางไซเบอร์ พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่าง ช่วงอายุ 10-19 ปี 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นเคยตกเป็นเหยื่อของการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ รูปแบบหรือวิธีการที่ใช้ในการกลั่นแกล้งคือ การถูกนินทา การด่าทอด้วยถ้อยคำที่รุนแรงและหยาบคาย ในเพศหญิง การถูกกลั่นแกล้งจะมาในลักษณะการโจมตี ช่มชู้ การคุกคามทางเพศ มีการบันทึกและเผยแพร่ข้อมูลออนไลน์ในลักษณะให้ร้าย ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ พบว่าวัยรุ่นที่ถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการการเกิดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล คิดฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย และการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ รวมทั้งมีแนวโน้มหรือมีความเสี่ยงในการใช้สารเสพติด (Namsai, et.all, 2022)

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาวิจัยที่ได้ จะช่วยให้บุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงเกิดความรู้ความเข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลถูกรังแกบนโลกออนไลน์ ตระหนักถึงความสำคัญของการรังแกกันบนโลกออนไลน์ ของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีโอกาสในการถูกรังแกบนโลกออนไลน์ หรือ เป็นผู้รังแกผู้อื่นบนโลกออนไลน์มากที่สุด ซึ่งควรหามาตรการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการรังแกกันบนโลกออนไลน์ให้มากที่สุด เป็นการป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่จะเกิดตามมาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเกิดภาวะซึมเศร้า และการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายจากการถูกรังแกบนโลกออนไลน์ พฤติกรรมการรังแกกันบนโลกออนไลน์ไม่ได้เป็นพฤติกรรมตามปกติธรรมดาตามวัยเด็กของนักเรียน ไม่ได้เป็นพฤติกรรมการเล่นอย่างสนุกสนาน ดังนั้นบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ควรให้ความสนใจที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการสร้าง หรือ พัฒนาโปรแกรมที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้ที่มีประสบการณ์การถูกรังแกบนโลกออนไลน์ ให้รู้จักวิธีในการปกป้องตนเอง สามารถเผชิญกับปัญหา และสามารถปรับตัวต่อแรงกดดันต่างๆได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้โรงเรียนสามารถนำมาใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบ

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอะไรบ้างที่ทำให้เด็กนักเรียนในกลุ่มมัธยมศึกษาทั้งตอนต้นและตอนปลาย มีพฤติกรรมในการกลั่นแกล้ง รังแกผู้อื่นบนโลกออนไลน์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและป้องกันไม่ให้นักเรียนในกลุ่มนี้ เกิดพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง รังแกผู้อื่นบนโลกออนไลน์ ช่วยป้องกันการเกิดความรุนแรงและความสูญเสียเกิดขึ้นได้

References

Chainwon, P., Skulphan, S., & Thapinta, D. (2020). Being Cyberbullied and Suicide Risk Among Youths. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 34(3), 133-151. (in Thai)

- Chaisuwannarak, K., & Thommachot, P. (2020). Factors Associated with Depression in Adolescents with Cyberbullying. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 65(2), 191-204. (in Thai)
- Chidkrathok, C., Charonsin, K., & Nilkote, E. (2024). Guidelines for Enhancing Teacher Potential and Solving Depression Problem in Educational Institutions: Nongtakongphitthayakhan School Lessons Under the Jurisdiction of the Chanthaburi Secondary Educational Service Area Office, Trat. *Journal of Scholar Community*, 2(3), 16-30. (in Thai)
- Damdee, W., Thaweekoon, T., & Nintachan, P. (2021). Relationships of Cyberbullying with Depression and Aggression behaviors Among Adolescents in Province of Central Region. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 35(1), 77-90. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2020). *Concern about bullying behavior: Thai children ranked 2nd in the world, nearly half think of retaliation*. Retrieved June 27, 2025, from <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30148>
- Department of Mental Health. (2023). *Annual report 2023*. Retrieved June 27, 2025, from <https://dmh.go.th/ebook/view.asp?id=467>
- Faculty of Psychology Chulalongkorn University. (2023). *Cyberbullying*. Retrieved June 27, 2025, from <https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/cyberbullying/>
- Intasuwan, U., Dallas, C. J., & Nabkasorn, C. (2019). Predictive Factors of Depression Among Students in Junior High School. *Journal of the Department of Medical Services*, 64(4), 125-131. (in Thai)
- Jeerat, A., Bunthumporn, N., & Vutthiarpa, S. (2023). Factors Predicting Depressive Symptom of Cyberbullying Victims in Middle-School Students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 64(4), 144-152. (in Thai)
- Jitsom, S., Hengudomsub, P., & Intaput, P. (2022). Psychosocial Factors Influencing Cyberbullying Victimization among Upper Secondary School Students. *Journal of Health and Nursing Research*, 38(3), 249-261. (in Thai)
- Kuenui, P. (2022). Social Media use Behavior and Social Media Literacy among Students in Changklangprachanukul School Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of MCU Nakhondhat*, 9(6), 198-211. (in Thai)
- Laeheem, K. (2019). Results of screening for students at risk of having bullying behavior in Islamic private school, Yala Province. *The Journal of Liberal Arts, Prince of Songkla University*, 11(1), 73-94. (in Thai)

- Lertratthamrongkul, W. (2021). Cyberbullying among Secondary School Students: Prevalence, Problem-solving and Risk Behaviors. *NEU Academic and Research Journal*, 11(1), 275-289. (in Thai)
- Maneenil, A., Vatanasin, D., & Heagudomsub, P. (2022). Factors Influencing Depression among Late Adolescents. *Journal of Health and Nursing Research*, 38(1), 293-307. (in Thai)
- National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. (2023). Survey on the use of and access to telecommunications [PDF report]. Retrieved June 18, 2024, from https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20240202084443_75119.pdf
- Namsai, J., Sutthisompohn, S., Aekwarangkoon, S., Watcharathaksin, K., Yumyung, N., Saithanwanitkul, M., Vanaleesin, S., Nuampet, U., Choowichian, N., & Luksavimon, L. (2022). Suicide in young people form bullying: A Systematic Review. *Journal of Nursing and Health Science Research*, 14(2), 219-232. (in Thai)
- Navachewinmai, N., Thongnin, P., Rungchareankiat, D., Booncherdchoo, N., & Maneerat, C. (2023). Self-Esteem of Early Adolescent for Coping with Cyber Bullying. *Academic Journal of Phetchaburi Rajabhat University*, 13(1), 144-157. (in Thai)
- Phaowiriya, H., Boonnate, N., Dallas, J. C., & Suppaseemanont, W. (2021). Cyberbullying Behavior and Cybervictimization Among Nursing Students. *Nursing Journal*, 48(1), 159-173. (in Thai)
- Potibut, N. (2022). Factors Influencing Depression among Secondary School Students in Nonkhun District, Sisaket Province. *Research and Community Health Innovation Journal*, 1(1), 104-116. (in Thai)
- Surawan, W. (2021). Prevalence and Factor Relating to Depression of Junior High School Students in Nam Phong District Khon Kaen Province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 66(4), 403-416. (in Thai)
- Suthiprapa, W., & Doungkumjun, P. (2024). Prevalence of and Factors Associated with Depression in Secondary and High School Students in Mueang Phetchabun District. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong*, 8(1), 1-16. (in Thai)

ประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับ อสม.บดดี ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

อุดมศิลป์ แก้วกล้า, มยุรี คชนาม*
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับ อสม.บดดี ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มม.ปรอทอย่างน้อย 6 เดือน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Two Independent means จาก Application N4 studies จำนวน 54 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นกลุ่มทดลอง 27 คน กลุ่มควบคุม 27 คน เครื่องมือวิจัยคือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.00 แบบสอบถามความรู้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ พฤติกรรมในการดูแลตนเอง และการควบคุมความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นแนวทางให้บุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกระดับสามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด มาจัดทำเป็นกิจกรรมการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ เข้าใจ และสามารถจัดการกับโรคได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, อสม.บดดี, ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: mayuree084@gmail.com)

วันที่รับ 11 ก.ย. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 14 พ.ย. 2568, วันที่ตอบรับ 21 พ.ย. 2568

The Effectiveness of Strict Behavioral Modification Combined with Health Volunteers Buddies in Patients with Uncontrolled Hypertension at the Surat Thani Provincial Administrative Organization Urban Community Health Center

Udomsin Kaewklum, Mayuree Khotchanam*

Municipal Community Health Center of Surat Thani Provincial Administrative Organization

Abstract

This quasi-experimental research, employing a two-group pretest-posttest design to investigate the effectiveness of an intensive behavior modification program, implemented with Health Volunteers Buddies, among patients with uncontrolled hypertension. The study was conducted at the Urban Community Health Center under the Surat Thani Provincial Administrative Organization. The sample consisted of 54 patients diagnosed by doctors with hypertension (blood pressure exceeding 140/90 mmHg for at least 6 months). The sample size was calculated using the Two Independent Means formula via the N4 studies application. Participants were selected by purposive sampling and assigned to an experimental group (n=27) and a control group (n=27). Research instruments included: an intensive behavior modification program (based on the 3E. 2S. principles), a knowledge and self-care behavior questionnaire. Content validity was verified by three experts (IOC = 1.00). The reliability of the knowledge questionnaire yielded a coefficient of 0.80. The self-care behavior questionnaire yielded Cronbach's alpha coefficients of .82, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test, and independent t-test.

The results revealed that after the intervention, the experimental group showed significantly higher mean scores for knowledge and self-care behaviors, and significantly lower mean systolic and diastolic blood pressure levels compared to the pre-intervention phase ($p < .001$). When comparing between the groups, the experimental group demonstrated significantly better knowledge, self-care practices, and blood pressure control than the control group ($p < .001$).

The findings of this study suggest that this intensive behavior modification program can serve as a guideline for health care personnel at all levels of non-communicable disease (NCD) services. It can be adapted into care activities to enhance patients' knowledge, understanding, and ability to self-manage their disease correctly.

Keywords: Behavioral Modification, Health Volunteers Buddies,
Uncontrolled Hypertension

Corresponding E-mail: mayuree084@gmail.com

Received: September 11, 2025; Revised: November 14, 2025; Accepted: November 21, 2025

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 8 No.2 July - December 2025 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นภาวะคุกคามทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รายงานระดับโลกขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2024) ประเมินว่าจำนวนผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา จาก 650 ล้านคนในปี พ.ศ. 2533 เป็น 1.4 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2567 ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ปีละกว่า 10 ล้านคน องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดนิยามในปัจจุบัน (พ.ศ. 2568) ว่า ภาวะความดันโลหิตสูงหมายถึงภาวะที่ความดันในหลอดเลือดสูงเกินไป (140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป) อย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการรักษาจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคร้ายแรง เช่น โรคหลอดเลือดในสมอง โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจวาย และโรคไตวาย (Potisat & Pongsuthana, 2017) การศึกษาทางระบาดวิทยาชี้ชัดว่า ทุกๆ ระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น 20/10 มม.ปรอท จะเพิ่มความเสี่ยงทางหลอดเลือดหัวใจเป็นสองเท่า โดยเฉพาะในเชื้อชาติเอเชียซึ่งมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่า (Potisat & Pongsuthana, 2017)

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงมีความน่ากังวลเช่นกัน จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563) พบความชุกของโรคในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 หรือประมาณ 14 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง (Faculty of Medicine Siriraj Hospital, 2024) ปัญหาสำคัญที่พบคือช่องว่างในการเข้าถึงและประสิทธิภาพของการรักษา ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข (ณ วันที่ 6 พฤษภาคม 2568) พบว่า แม้จะมีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา 7.4 ล้านคน แต่มีผู้ป่วยที่ยังควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มากถึง 3.5 ล้านคน สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่ว่าคนไทยส่วนใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูงมักไม่รู้ตัว หรือไม่ได้รับการดูแลรักษา เนื่องจากไม่มีอาการ ทำให้เริ่มรักษาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว (Thai Hypertension Society, 2019) ทั้งนี้โรคนี้สามารถควบคุมได้ด้วยการใช้ยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Khamphan, 2024) และการควบคุมความดันโลหิตให้ปกติอย่างสม่ำเสมอสามารถลดการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจได้อย่างชัดเจน (Thai Hypertension Society, 2019)

ในระดับพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 พบแนวโน้มอัตราความชุกเพิ่มขึ้นในหลายจังหวัด รวมถึงจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยข้อมูลระหว่างปี 2565-2567 ยืนยันแนวโน้มผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Health Data Center, Surat Thani Provincial Health Office, 2024) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่เป้าหมายของการวิจัยครั้งนี้ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งกำลังประสบปัญหาวิกฤต โดยในปี พ.ศ. 2567 พบอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สูงถึงร้อยละ 61.92 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (ร้อยละ 60) (Health Data Center, Surat Thani Provincial Health Office, 2024) และปัญหานี้ได้รับการยืนยันจากการทำประชาคมในพื้นที่ว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญลำดับที่ 2

สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การบริการในคลินิกโรคเรื้อรังปัจจุบัน แม้มีการให้ความรู้และคำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระดับหนึ่ง ยังคงไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควบคุมโรคได้ สะท้อนถึงการขาดการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่เข้มข้นและต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้

โดยได้พัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวดร่วมกับ อสม. บัดดี้ขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) เป็นกรอบทฤษฎีหลัก (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000) ซึ่งบูรณาการแนวคิดของ House (1981) ที่เน้น 4 องค์ประกอบ (อารมณ์, การประเมินค่า, ข้อมูล, ทรัพยากร) และแนวคิดของ Schaefer (1981) ที่เน้นแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ สิ่งของ และข้อมูล ในโปรแกรมนี้ อสม. บัดดี้ จะทำหน้าที่เป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดในชุมชน สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติในการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพ และมีหลักฐานสนับสนุนว่า การติดตามดูแลที่บ้านร่วมกับการสื่อสาร (เช่น โทรศัพท์) (Thamtathong, 2022) และการตรวจติดตามความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring) โดยมีผู้ช่วยเหลือ (เช่น อสม.) จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตได้จริง

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับ อสม. บัดดี้ ซึ่งประกอบด้วยการใช้สมุดบันทึก, แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่และ อสม. บัดดี้ (ผ่านการเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์) และการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. บัดดี้ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมห่วงการดังกล่าวในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับ อสม. บัดดี้ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สมมติฐานวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. ภายหลังเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. ภายหลังเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ลดลงกว่าก่อนทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้มีกรอบแนวคิดอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) โดยบูรณาการแนวคิดของ House (1981) และ Schaefer (2004) เพื่อสร้างกลไกการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. บัดดี้ โดยประยุกต์ใช้การสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) ผ่านการเยี่ยมเยียนและ

โทรศัพท์กระตุ้นเตือน, การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ผ่านสมุดบันทึกสุขภาพและคำแนะนำ, การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) ผ่านการตรวจติดตามความดันโลหิตที่ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้สถานะของตนเอง และ การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ที่ส่งมอบผ่าน อสม.บดดี จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และมีพลังในการดูแลตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ได้สำเร็จ และส่งผลสุดท้ายคือการควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างยั่งยืน ดังภาพ

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับ อสม.บดดี

- การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) ผ่านการเยี่ยมเยียนและโทรศัพท์กระตุ้นเตือน
- การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ผ่านสมุดบันทึกสุขภาพและคำแนะนำ
- การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) ผ่านการตรวจติดตามความดันโลหิตที่ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้สถานะของตนเอง
- การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) คือตัว อสม. และเครื่องมือที่ใช้ในการดูแล โดยมีกิจกรรมโปรแกรมคือ

กิจกรรม 1 กิจกรรมรู้จักโรค
กิจกรรม 2 กิจกรรมเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคม
กิจกรรม 3 กิจกรรมใส่ใจสุขภาพ ห่างไกลโรค
กิจกรรม 4 กิจกรรมเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคม
กิจกรรม 5 กิจกรรมต้นแบบสุขภาพ



- ความรู้เรื่องความดันโลหิต
- การปฏิบัติในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง
- ระดับความดันโลหิต (SBP, DBP)

ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีการให้ความรู้ กำหนดเป้าหมาย ใช้สมุดบันทึก ติดตามทางโทรศัพท์โดยเจ้าหน้าที่ เยี่ยมบ้าน และวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม.บดดี และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากคลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยงานศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี เก็บข้อมูลวันที่ 19 มีนาคม - 14 พฤษภาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีค่าระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท โดยมีค่าความดันโลหิตย้อนหลังก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างน้อย 6 เดือน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และขึ้นทะเบียนการรักษาของหน่วยงานศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ประชากร จำนวน 54 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Two Independent Means จาก Application N4 studies และเพื่อการสูญเสียของข้อมูลร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง 27 คน และกลุ่มควบคุม 27 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

(Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive Sampling) เกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 6 เดือน 2) มีระดับความดันโลหิต $>140/90$ mmHg ในการรับบริการครั้งสุดท้ายในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา 3) มีอายุ 35-60 ปี 4) ไม่มีโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง 5) สามารถอ่านออกเขียนได้ 6) ไม่ตั้งครรภ์ 7) ไม่มีปัญหาการได้ยิน 8) สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ 9) ยินดีและให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลเร่งด่วน ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 2) มีโรคร่วมภายหลังเข้าโครงการ ได้แก่ อัมพฤกษ์ อัมพาต ไตเรื้อรัง 3) ย้ายที่อยู่อาศัยออกนอกพื้นที่รับผิดชอบสถานบริการ ติดตามไม่ได้ 4) ขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย ในกรณีเสียชีวิต ขณะอยู่ในระหว่างศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับ อสม.บัดดี้ โดยผู้วิจัยนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งจัดทั้งหมด 8 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง ในแต่ละสัปดาห์และบันทึกข้อมูลในสมุดคู่มือ โดยเจ้าหน้าที่และอสม.บัดดี้ และมีการแจ้งรายละเอียดของกิจกรรมโดยการสร้างกลุ่ม Line (กลุ่มทดลอง) ในการส่งข้อมูลตามกิจกรรมที่จัดดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมรู้จักโรครู้จักเรา โดยเจ้าหน้าที่ ใช้เวลาทำกิจกรรม 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 2 และ 3 กิจกรรมเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเจ้าหน้าที่ ใช้เวลาทำกิจกรรมคนละ 10-15 นาที สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมใส่ใจสุขภาพ ห่างไกลโรค ใช้เวลาทำกิจกรรม 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 5 และ 7 จัดกิจกรรมเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเจ้าหน้าที่ ใช้เวลาทำกิจกรรมคนละ 10-15 นาที สัปดาห์ที่ 6 จัดกิจกรรมเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคม เยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม.บัดดี้ ใช้เวลาทำกิจกรรมคนละ 20-30 นาที สัปดาห์ที่ 8 จัดกิจกรรมต้นแบบสุขภาพ ใช้เวลาทำกิจกรรม 1-2 ชั่วโมง

1.2 สมุดบันทึกแนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ตามหลัก 3อ.2ส. ด้วยกระบวนการจัดการเรียนรู้โรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นกลุ่มทดลองใช้บันทึกพฤติกรรมสุขภาพตลอดระยะเวลาเข้าร่วมโครงการ โดย อสม.บัดดี้ ประกอบด้วย ข้อมูลประวัติส่วนตัว สัญญาณชีพ แบบบันทึกพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า อ่านฉลากบริโภค โรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตสูง แบบบันทึกการจัดการความเครียดทางอารมณ์ แบบบันทึกพฤติกรรมออกกำลังกาย และระดับความดันโลหิต จำนวน 10 หน้า

1.3 แบบบันทึกการตรวจสอบสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้เจ้าหน้าที่, อสม.บันทึกใช้บันทึกภาวะสุขภาพประกอบด้วย รอบพุง น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิตค่าบน ความดันโลหิตค่าล่าง ชีพจร บันทึกจำนวน 3 ครั้ง โดยในสัปดาห์ที่ 1, 4, 8 เป็นการบันทึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม

1.4 แบบบันทึกการวางแผนติดตามกระตุ้นเตือนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเจ้าหน้าที่ทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยสร้างตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) และเชฟเฟอร์ (Schaefer, 2004) ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมโดยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการรับฟังปัญหาอุปสรรค การให้ความช่วยเหลือ การแสดงความห่วงใย การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำ โดยบันทึกจำนวน 4 ครั้ง คือสัปดาห์ที่ 2 สอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารลดเค็ม ลดเครื่องปรุงรสจัดผงดชูรส ลดอาหารมัน/ทอด ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข การสนับสนุนของครอบครัว ชมเชยและให้กำลังใจ และนัดหมายการติดตามครั้งต่อไป สัปดาห์ที่ 6 เยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม.บันทึก เพื่อสังเกตพฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงรส การรับประทานยา และสัมภาษณ์ผู้ดูแล สัปดาห์ที่ 5 และ 7 สอบถามเพิ่มเติมในเรื่องการออกกำลังกาย สุขภาพจิต การรับประทานยา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ ซึ่งมีรายละเอียดแบบบันทึกมี 4 ส่วน ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ สถานะเศรษฐกิจของครอบครัว ระยะเวลาการเป็นความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิตก่อน-หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับอาหารกับการเกิดโรคจำนวน 1 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการไปพบแพทย์ตามนัดจำนวน 3 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับอารมณ์และความเครียดจำนวน 2 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา จำนวน 1 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน จำนวน 3 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคจำนวน 1 ข้อ และคำถามเชิงลบมีจำนวน 9 ข้อ คือข้อ 1, 4, 6, 8, 10, 11, 14, 15, 18 แต่ละข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ให้เลือกตอบจาก ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ เกณฑ์การให้คะแนน ข้อความเชิงบวก ตอบใช่ ให้คะแนน 1 ตอบไม่ใช่ และไม่ทราบ ให้คะแนน 0 ข้อความเชิงลบ ตอบใช่ ให้คะแนน 0 ตอบไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน และไม่ทราบ ให้คะแนน 0 เกณฑ์การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986:47) ระดับความรู้สูง คะแนนที่ได้ 16-20 คะแนน ร้อยละ 80.0-100.0 ระดับความรู้ปานกลาง คะแนนที่ได้ 12-15 คะแนน ร้อยละ 60.0-79.0 ระดับความรู้ต่ำ คะแนนที่ได้ ต่ำกว่า 12 คะแนน ร้อยละต่ำกว่า 60.0

ส่วนที่ 3 การวัดพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยคำถามการดูแลตนเองในการรับประทานยา การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยอยู่ในการดูแลของ ทีมแพทย์ พยาบาล มีทั้งข้อความเชิงบวกและลบ ข้อคำถามเชิงบวกคือ ข้อที่ 4, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 16, 17, 18, 19, 20 ส่วนข้อคำถามเชิงลบ

คือข้อที่ 1, 2, 3, 9, 11, 12, 14, 15 แต่ละข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าความถี่ในการปฏิบัติ ใน 1 สัปดาห์ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ไม่ปฏิบัติเลย เกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อความเชิงบวก ปฏิบัติเป็นประจำหมายถึง ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลยให้ 0 คะแนน ข้อความเชิงลบ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ให้ 0 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลยหมายถึง ไม่ปฏิบัติเลยให้ 2 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986) ระดับการปฏิบัติสูง คะแนนที่ได้ 32-40 คะแนน ร้อยละ 80-100 ระดับการปฏิบัติปานกลาง คะแนนที่ได้ 24-31 คะแนน ร้อยละ 60.0-79.0 ระดับการปฏิบัติต่ำ คะแนนที่ได้ต่ำกว่า 24 คะแนน ร้อยละต่ำกว่า 60

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จำนวน 3 ท่าน (แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน 2 ท่าน และนักวิชาการสุศึกษา 1 ท่าน) จากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง คำนวนจากสูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 19 มีนาคม - 14 พฤษภาคม 2568 โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัย พุดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพ แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การเก็บรวบรวมข้อมูล และข้อมูลที่เก็บได้จะไม่เปิดเผยแก่ผู้ใดทั้งสิ้นเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม พร้อมนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งจัดทั้งหมด 8 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง ในแต่ละสัปดาห์และบันทึกข้อมูลกลุ่มทดลอง ในสมุดคู่มือโดยเจ้าหน้าที่และอสม.ที่ดีและมีการแจ้งรายละเอียดของกิจกรรมโดยการสร้างกลุ่ม line ในการส่งข้อมูลตามกิจกรรมที่จัดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมรู้จักโรคโดยเจ้าหน้าที่ รู้จักเราประกอบด้วยการตรวจประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดความสูง ประเมินดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ประเมินความรู้ และการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง กำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองโดยใช้กิจกรรมสัญญาใจ พร้อมทั้งแนะนำการใช้สมุดบันทึกแนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ตามหลัก 3อ.2ส. เรียนรู้เรื่องโรค และภาวะแทรกซ้อน เรียนรู้อาหารที่ส่งผลต่อความดันโลหิตสูง ใช้เวลาทำกิจกรรม 1-2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 จัดกิจกรรมเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเจ้าหน้าที่ โทรสอบถาม พฤติกรรมการรับประทานอาหารลดเค็ม ลดเครื่องปรุง ลดผงชูรส ลดอาหารมัน/ทอด ปัญหาอุปสรรคแนวทางแก้ไข การสนับสนุนของครอบครัว ชมเชยและให้กำลังใจ และนัดหมายการติดตามครั้งต่อไปใช้เวลาทำกิจกรรมคนละ 10-15 นาที และ อสม. บัดดีช่วยลงบันทึกชั่งน้ำหนัก ประเมินดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมใส่ใจสุขภาพ ห่วงไกลโรค ประกอบด้วยการตรวจประเมินภาวะสุขภาพมี อสม. บัดดี ช่วยลงบันทึก ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดความสูง ประเมินดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ละลายพฤติกรรม ผักสมมติโดยใช้ เพลงลมหายใจเข้า-ออก จัดกิจกรรมเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเองของสมาชิกในกลุ่มที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้น จัดกิจกรรมกลุ่ม ผักการออกกำลังกาย เรียนรู้เรื่องยาโดยเภสัชกร และเรียนรู้ทักษะการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่ (อสม.) ใช้เวลาทำกิจกรรม 1-2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 5 และ 7 จัดกิจกรรมเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเจ้าหน้าที่ โทรสอบถามเพิ่มเติมในเรื่องการออกกำลังกาย สุขภาพจิต การรับประทานยา ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข การสนับสนุนของครอบครัวชมเชย และให้กำลังใจ และนัดหมายการติดตามครั้งต่อไป ใช้เวลาทำกิจกรรมคนละ 10-15 นาที สอบถาม และอสม. บัดดีช่วยลงบันทึก ชั่งน้ำหนัก ประเมินดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต

สัปดาห์ที่ 6 จัดกิจกรรมเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคม เยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. บัดดี เพื่อสังเกตพฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงรส การรับประทานยา และสัมภาษณ์ผู้ดูแล พร้อมทั้งตรวจประเมิน ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดความสูง ประเมินดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ใช้เวลาทำกิจกรรมคนละ 20-30 นาที

สัปดาห์ที่ 8 จัดกิจกรรมต้นแบบสุขภาพ ประกอบด้วยการตรวจประเมินภาวะสุขภาพหลังเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดความสูง ประเมินดัชนีมวลกาย วัดรอบพุง วัดความดันโลหิต ประเมินความรู้ และการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง และความพึงพอใจ ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับ อสม. บัดดี ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จัดกิจกรรมเสริมพลัง และแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้เวลาทำกิจกรรม 1-2 ชั่วโมง

2. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การเก็บรวบรวมข้อมูล และข้อมูลที่เก็บได้จะไม่เปิดเผยแก่ผู้ใดทั้งสิ้น และตรวจประเมินภาวะสุขภาพก่อนการวิจัย ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดความสูง ประเมินดัชนีมวลกาย วัดรอบพุง วัดความดันโลหิต ตอบแบบสอบถามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ คือ ข้อมูลทั่วไป ประเมินความรู้ และการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้เวลาในการตอบแบบบันทึกประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการให้ความรู้ตามแบบปกติ คือ ประเมินและวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่มารับบริการ ให้ความรู้จากสิ่งที่พบเจอในช่วงเวลาดังกล่าว และเข้าตรวจรักษาตามขั้นตอน หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะนำเทคนิคการให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ และสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง สมุดบันทึกแนวทางการสร้าง

เสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันไม่ได้ ตามหลัก 3อ.2ส. ด้วยกระบวนการจัดการเรียนรู้โรคความดันโลหิตสูง เพื่อที่กลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

หลังจากทำการทดลอง 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุม ตรวจสอบสุขภาพหลังการวิจัย ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดความสูง ประเมินดัชนีมวลกาย วัดรอบพุง วัดความดันโลหิต ตอบแบบสอบถามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ ข้อมูลทั่วไป ประเมินความรู้ และการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้เวลาในการตอบแบบบันทึกประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลองใช้ Paired t-test และ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้ Independent t-test

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตามเอกสารรับรอง เลขที่โครงการวิจัย REC 68-0008 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2568 ดำเนินการวิจัยได้ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง แจ้งวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยโดยพิทักษ์สิทธิ ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้และสามารถเข้าร่วมวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาที่ได้รับ และการเปิดเผยข้อมูลของการวิจัยนี้ เป็นการนำเสนอในภาพรวมที่ไม่มีการระบุชื่อผู้ร่วมวิจัยแต่ประการใด มีกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ที่ยินดีและผ่านการเข้าร่วมการวิจัย ครบ 2 เดือน จำนวน 54 ราย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 27 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 27 ราย โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.37 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย มากกว่า ร้อยละ 51.85 , มีช่วงอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุดในกลุ่มทดลองร้อยละ 55.55 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 51.85, สถานะภาพสมรสคู่มากที่สุดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 70.37 และ 55.55 ตามลำดับ, ประกอบอาชีพ ค้าขาย/อาชีพส่วนตัวมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 40.74, รายได้ สถานะเศรษฐกิจของครอบครัวส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนทั้ง 2 กลุ่ม ร้อยละ 62.96 และ 51.85 ตามลำดับ, ระยะเวลาการเป็นความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มากกว่า 5 ปี ทั้งสองกลุ่มที่ร้อยละ 70.37 และ 51.85 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติตัว และระดับความดันโลหิต

2.1 ภายหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Mean=18.08, SD.=2.26) และการปฏิบัติในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง (Mean=

29.44, SD.=3.25) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก (Mean=128.48, SD.=9.85) และไดแอสโตลิก (Mean=77.26, SD.=7.80) ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ (Mean=15.07, SD.=3.23) และการปฏิบัติตัวสูง (Mean=26.15, SD.=3.20) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก (Mean=135.59, SD.=10.27) และไดแอสโตลิก (Mean=84.26, SD.=8.81) ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นกัน ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติตัว และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (n=27)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	10.04	2.50	18.07	2.26	-14.39	< .001**
การปฏิบัติในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง	19.44	1.28	29.44	3.25	-14.08	< .001**
ระดับความดันซิสโตลิก	148.85	10.41	128.48	9.85	9.00	< .001**
ระดับความดันไดแอสโตลิก	86.26	8.098	77.26	7.80	7.76	< .001**

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติตัว และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม (n=27)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	9.11	2.80	15.07	3.23	-7.51	< .001***
การปฏิบัติในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง	19.85	2.66	26.15	3.20	-9.33	< .001***
ระดับความดันซิสโตลิก	157.07	16.52	135.59	10.27	7.28	< .001***
ระดับความดันไดแอสโตลิก	91.07	13.56	84.26	8.81	3.11	< .005**

*** $p < .001$, ** $p < .01$

2.2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มควบคุมมีคะแนนการปฏิบัติในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันซิสโตลิกสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Mean=18.07, SD.=2.26) และการปฏิบัติในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง (Mean=29.44, SD.=3.25) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Mean=15.07, SD.=3.23) และการปฏิบัติในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง (Mean=26.14, SD.=3.20)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก (Mean=128.48, SD.=9.85) และไดแอสโตลิก (Mean=77.26, SD.=7.80) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก (Mean=135.59, SD.=10.26) ไดแอสโตลิก (Mean=84.26, SD.=8.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติตัว และระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=27) และกลุ่มควบคุม (n=27) ก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	10.04	2.50	9.11	2.81	1.27	.206
การปฏิบัติในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง	19.44	1.28	19.85	2.65	-.718	.000**
ระดับความดันซิสโตลิก	148.85	10.41	157.07	16.51	-2.18	.034*
ระดับความดันไดแอสโตลิก	86.26	8.09	77.26	7.803	-1.58	.121

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติตัว และระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=27) และกลุ่มควบคุม (n=27) หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	18.07	2.26	15.07	3.23	3.94	.000**
การปฏิบัติในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง	29.44	3.25	26.14	3.20	3.75	.000**
ระดับความดันซิสโตลิก	128.48	9.85	135.59	10.26	-2.59	.012*
ระดับความดันไดแอสโตลิก	77.26	7.80	84.26	8.81	-3.09	.003*

* $p < .005$, ** $p < .001$

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับ อสม.บัตดี มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ พัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้ง 3 ข้อ

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐาน ผลการศึกษาสะท้อนถึงความสำเร็จของโปรแกรมที่บูรณาการแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ของ House (1981) และ Schaefer (2004) อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีกลไกสำคัญคือการมีส่วนร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม.บัตดี ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ความสำเร็จนี้ไม่ได้เกิดจากการให้ข้อมูลข่าวสารเพียงด้านเดียว แต่เกิดจากการสร้างการเรียนรู้ที่ครบวงจร อสม.บัตดีทำหน้าที่เป็นมากกว่าผู้ส่งสาร โดยมีการขยายความข้อมูลทางการแพทย์ที่ซับซ้อน เช่น เรื่องโรค ยา หรือหลัก 3อ.2ส. ให้เป็นภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย และสอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง การให้ข้อมูลได้ถูกผนวกเข้ากับแรงสนับสนุนด้าน

อารมณ์ (Emotional Support) ผ่านความใกล้ชิด ความเข้าใจ และกิจกรรมสัญญาใจ ซึ่งสร้างความไว้วางใจเมื่อผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย มีที่พึ่งทางใจ และลดความวิตกกังวล พวกเขาจึงยอมเปิดใจที่จะรับการเรียนรู้ใหม่ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้โปรแกรมยังให้ความสำคัญกับการลงมือทำซึ่งแนวคิดแรงสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) ของ House มีบทบาทสำคัญ อสม.ที่ดีทำหน้าที่เสมือนกระจกสะท้อนให้กับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยฝึกวัดความดันโลหิต หรือจดบันทึกในสมุด อสม.ที่ดีจะให้ข้อมูลป้อนกลับทันทีว่าทำได้ถูกต้องหรือไม่ กระบวนการนี้ช่วยแก้ไขความเข้าใจผิดและส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องให้แม่นยำยิ่งขึ้น การเรียนรู้จึงไม่ได้หยุดอยู่แค่ในทางทฤษฎี แต่ถูกปรับแก้ให้ถูกต้องผ่านการปฏิบัติจริง โดยมีแรงสนับสนุนด้านทรัพยากรคือตัวอสม.ที่ดีเอง ที่คอยเป็นผู้ช่วยอำนวยความสะดวก ลดอุปสรรคในการนำความรู้ไปใช้ ดังนั้นอสม.ที่ดีจึงเป็นกลไกเชื่อมต่อที่ทำให้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมเกิดผลจริงในทางปฏิบัติ ทำหน้าที่ลดช่องว่างระหว่างสถานพยาบาลกับบ้าน เพิ่มความถี่ในการกระตุ้นและทบทวนความรู้ และที่สำคัญที่สุดคือการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้ความรู้ให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน การที่ความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จึงไม่ได้เป็นผลมาจากการสอนเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลมาจากการสร้างเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งรอบตัวผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการสนับสนุนที่ครบทั้ง 4 มิติ (อารมณ์, การประเมินค่า, ข้อมูล, และทรัพยากร) ซึ่งขับเคลื่อนผ่านกลไกอสม.ที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มีแรงจูงใจ และสามารถรับความรู้ใหม่ๆ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี (Chutap, 2024) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. การปฏิบัติในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย การปฏิบัติในการดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากการศึกษานี้ได้นำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ตั้งแต่การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.ที่ดี ในการรับฟัง การให้ความช่วยเหลือ การแสดงความห่วงใย เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินความสามารถของตนเอง กำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง และด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาผ่านทางโทรศัพท์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม.ที่ดี มาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ในสัปดาห์ที่ 2, 3, 5 และ 7 อย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด (Mangsrakhu, Emsawasdikul, Nuysri, 2019) พบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Petchin, Sanee, 2023) พบว่า การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ซึ่ง

ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วม ในการดูแลตนเองเป็นเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน มี 3 ระยะคือ 1) การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง 2) สนับสนุนการให้ความรู้ โดยให้คำแนะนำ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และการให้กำลังใจ และ 3) การติดตามด้วยการเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ระดับความดันซิสโตลิก และความดันไดแอสโตลิก หลังการทดลอง ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง และลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากการศึกษานี้ มีการตรวจติดตามความดันโลหิตที่บ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลสุขภาพในสมุดคู่มือ โดย อสม. บัดดี การวัดความดันโลหิตเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมโรคได้ดีหรือไม่ และการวัดความดันโลหิตที่บ้านมีประโยชน์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และป้องกันการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงเกินความจำเป็น และการวัดความดันโลหิตสูงที่บ้านเป็นวิธีการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เป็นอย่างดี (Thamtathong, 2022) ประกอบกับการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเจ้าหน้าที่ โทรศัพท์สอบถามติดตาม การดูแลตนเอง ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข ในสัปดาห์ที่ 2, 3, 5 และ 7 ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. ในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อสังเกตพฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงรส การรับประทานยา และสัมภาษณ์ผู้ดูแล การศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (Sungkhao, Thaniwattananon, 2020) พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิก หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับ การศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลกุตปลาตูก อำเภอมะนัง จังหวัดอำนาจเจริญ (Naknuan, Kamlorn, Sangsuk, 2021) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนทดลองสูงกว่าหลังทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Petchint, Sanee, 2023) พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวดร่วมกับอสม. บัดดี ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นข้อมูลที่สำคัญช่วยสนับสนุนแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต แก่ผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือเป็นโรคแล้วทุกรายที่ผ่านมา อสม. เป็นกำลังหลักในกิจกรรมการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และยังช่วยให้ประชาชนทราบความเสี่ยงของตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางให้บุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกระดับ สามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด มาจัดทำ เป็นกิจกรรมการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เข้าใจ และสามารถจัดการกับโรคได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้องและครอบคลุม

2. เป็นข้อเสนอให้ผู้บริหารและคณะทำงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรจัดเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเผยแพร่แนวทางการนำไปใช้กับหน่วยงานอื่นๆ ให้ผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ได้นำไปใช้ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และทำได้จริง ซึ่งจะส่งผลให้ลดความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ระยะ 3, 6 เดือน 1 ปี เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย เป็นระยะๆ จนผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการตนเองได้ และควบคุมการรักษาได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย อันจะนำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ระยะยาวต่อไป

References

- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University.
- Chutap, S. (2024). *The effects of health belief program on health behavior and blood pressure level among uncontrolled hypertension patients, Chaiburi Hospital Surat Thani Province*. Retrieved October 20, 2024, from <https://srth.moph.go.th/home/research.php> (in Thai)
- Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. (2024). *Hypertension*. Retrieved May 16, 2025, from https://www.si.mahidol.ac.th/sirirajdoctor/article_detail.aspx?ID=1587 (in Thai)
- Health Data Center. (2024). *Percentage of follow-up and diagnosis confirmation in suspected hypertension cases, Surat Thani Province, fiscal year 2024*. Retrieved October 11, 2024, from <https://hdc.moph.go.th/sni/public/standard-report-detail/ac9019f14a00b66984dd9efc3afc06a6> (in Thai)
- House, J., & Kahn, R. (1985). *Measures and concept of social support*. In S. Cohen, & S. Syne Social support and health (pp. 83-108). Orlando: Academic

- Khamphan, D. (2024). *World Hypertension Day Campaign*. Retrieved October 19, 2024, from https://www.facebook.com/permalink.php/?story_fbid=762607539351572&id=100068069971811 (in Thai)
- Mangsrakhu, U., Emsawasdikul, W., & Nuysri, M. (2019). The effects of health behavior modification program for elderly with hypertension at Suwannaphum District, Roi Et Province. *Thai Journal of Nursing*, 68(3), 1-10. (in Thai)
- Naknuan, P., Khamlom, M., & Saengsuk, N. (2021). Effects of the Village Health Volunteer Specialized Program in promoting and preventing NCDs on self-care and blood pressure control behaviors in patients with hypertension at Kudpladuk Sub-district, Muang District, Amnat Charoen Province. *Journal of Council of Community Public Health*, 3(3), 17-26. (in Thai)
- Petchin, K., & Sanee, N. (2023). *The effectiveness of a self-care participation promotion program on self-care behavior and control blood pressure among hypertension patients*. Retrieved October 19, 2024, from <https://wjst.wu.ac.th/index.php/stssp/article/view/25794/2387> (in Thai)
- Potiat, S., & Pongsuthana, S. (2017). *Hypertension*. Retrieved October 20, 2024, from https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_8.pdf (in Thai)
- Schaefer, C., Coyne, J., & Lazarus, R. (1981). The Health-Related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*. 4(4), 381-405.
- Sungkhao, M., & Thaniwattananon, P. (2020). Effect of self-management supporting program on medication adherence and blood pressure level among the older patients with uncontrolled hypertension. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 40(1), 84-100. (in Thai)
- Thai Hypertension Society. (2019). *Thai guidelines on the treatment of hypertension 2019*. Retrieved October 20, 2024, from <https://thaihypertension.org/wp-content/uploads/2019/08/440.HT-guideline-2019.with-watermark-1.pdf> (in Thai)
- Thamtathong, R. (2022). The effect of a telephone follow-up program combined with home blood pressure monitoring by village health volunteers on health behaviors and blood pressure levels of hypertensive patients in Wanon Niwat Sub-district, Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province. *Journal of Environmental and Community Health*, 7(3), 88-99. (in Thai)
- World Health Organization. (2024). *World Hypertension Day 2024: Measure Your Blood Pressure Accurately, Control It, Live Longer*. Retrieved October 20, 2024, from <https://www.who.int/srilanka/news/detail/17-05-2024-world-hypertension-day-2024--measure-your-blood-pressure-accurately--control-it--live-longer>

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และทักษะการตัดสินใจในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น สำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

ญาณิธร นิยมสัจย์¹, ภัทรกร ก้อนโทน¹,

ศรีมณา นิยมคำ^{2*}, ณวีรัชยา ประเสริฐสุขจินดา³

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และทักษะการตัดสินใจในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างคือ ครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 60 คน คัดเลือกจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จากนั้นแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยการสุ่มอย่างง่ายตามคุณลักษณะที่กำหนด กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่โรงเรียน 2) แบบทดสอบความรู้ และ 3) แบบประเมินทักษะการตัดสินใจ โดยเครื่องมือส่วนที่ 2 และ 3 ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน-20 เท่ากับ .85 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Signed-Rank Test และ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และทักษะการตัดสินใจสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม หลังได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลอง (Mean=20.63, SD.=1.54) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Mean=19.03, SD.=1.13) และ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตัดสินใจของกลุ่มทดลอง (Mean=11.67, SD.=.55) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Mean=10.73, SD.=1.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงเป็นรูปแบบที่สามารถเพิ่มพูนความรู้และทักษะการตัดสินใจในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้ จึงสามารถขยายผลและเผยแพร่กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กปฐมวัยต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น, ความรู้, ทักษะการตัดสินใจ, ครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: srimana.n@cmu.ac.th)

วันที่รับ 11 ก.ย. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 18 พ.ย. 2568, วันที่ตอบรับ 21 พ.ย. 2568

Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program on Knowledge and Decision-Making Skills in Preventing Unintentional Injury and First Aid for Kindergarten Teachers

Yapat Niyomsat¹, Phattharakorn Konthon¹,
Srimana Niyomkar^{2*}, Nawrechaya Phasertsukjinda³

¹Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Faculty of Nursing, Chiang Mai University

³Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Ministry of Public Health

Abstract

This quasi-experimental study with two-group pretest-posttest design, was aimed to examine the effects of a self-efficacy enhancement program on knowledge and decision-making skills regarding unintentional injury prevention and first aid among kindergarten teachers. The sample consisted of 60 kindergarten teachers in Nakhon Ratchasima Province, selected through multi-stage random sampling and simple random sampling assigned equally to experimental and comparison groups (30 participants each). The research instruments included: 1) The self-efficacy enhancement program for unintentional injury prevention and first aid delivered via the Line official account, 2) A knowledge questionnaire, and 3) A decision-making skills scale. The reliability coefficients (KR-20) of instruments part 2 and 3 were 0.85 and 0.80, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon Signed-Rank Test, and the Mann-Whitney U Test.

The results revealed that the experimental group demonstrated significantly higher knowledge related to unintentional injury prevention and first aid after the program was delivered ($p < .001$). Furthermore, their decision-making skills also improved significantly compared to the pre-test ($p < .01$). When comparing between groups: 1) the mean score of knowledge among experimental group (Mean=20.63, SD.=1.54) was significantly higher than that of the comparison group (Mean=19.03, SD.=1.13) at the .001 level, and 2) the mean score of decision-making skills among the experimental group (Mean=11.67, SD.=.55) was also significantly higher than that of the comparison group (Mean=10.73, SD.=1.14) at the .001 level.

Therefore, the self-efficacy enhancement program was effective in enhancing knowledge and decision-making skills regarding unintentional injury prevention and first aid among early childhood caregivers. It is recommended that the program should be disseminated and applied among other stakeholders involved in early childhood care.

Keywords: Self-efficacy enhancement program, Unintentional injury prevention and first aid, Knowledge, Decision-making skills, Kindergarten teachers

Corresponding E-mail: srimana.n@cmu.ac.th

Received: September 11, 2025; Revised: November 18, 2025; Accepted: November 21, 2025

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 8 No.2 July - December 2025 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

การบาดเจ็บในเด็ก (Child Injury) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ถือเป็นภัยคุกคามต่อชีวิตของเด็ก เนื่องจากเป็นสิ่งที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ สามารถเกิดได้ทุกสถานที่และทุกช่วงเวลา จากรายงานของ UNICEF (2024) พบว่าทั่วโลกมีเด็กอายุต่ำกว่า 19 ปีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่สามารถป้องกันได้มากกว่า 1,600 คนต่อวัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในประเทศจีนจากการสำรวจข้อมูล พบว่ามีเด็กอายุ 0-18 ปี ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเนื่องจากการบาดเจ็บ จำนวน 20,166 คน โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 1-3 ปี (Wang, Cheng, Wang, Lin, & Shen, 2024) และการศึกษาของ Kouli et al (2025) พบว่ากลุ่มอายุที่เกิดการบาดเจ็บมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 3.5-4 ปี สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจการบาดเจ็บในเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 1,871 แห่ง พบอุบัติการณ์การบาดเจ็บ 7.17 ต่อเด็ก 100 คน (Intrratsamee, 2024) และมีอัตราการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีจากสาเหตุการบาดเจ็บในปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 เท่ากับ 15, 15.6, และ 14 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (Division of Injury Prevention, 2022) โดยการบาดเจ็บในเด็กมีสาเหตุจากการพลัดตกหกล้ม (Kouli, et al., 2025; Mujkić, & Zebec, 2024) อุบัติเหตุการจราจร การจมน้ำ การขาดอากาศหายใจ ไฟไหม้น้ำร้อนลวก การได้รับสารพิษ (Mujkić, & Zebec, 2024) ไฟฟ้าช็อต สัตว์กัด และการถูกกดทับ (Rahimi, Faryabi, Javadi, Shojaei, 2017) อุบัติเหตุจากอาวุธปืน (Faust, et al., 2025) รวมถึงเหตุการณ์ภัยพิบัติ เช่น ดินถล่ม และน้ำท่วม (Miranda, et al., 2023)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบข้อมูลเชิงประจักษ์ที่น่าสนใจว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบระยะยาวจากการบาดเจ็บมากที่สุด โดยมีความพิการและอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น ๆ (Li, et al., 2024) การบาดเจ็บที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและด้านจิตใจ ทางร่างกายเกิดความพิการระยะยาว ความบกพร่องทางสติปัญญา และบาดแผลทางจิตใจและสังคม (Psychosocial Trauma) จากเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง (Zheng, et al., 2025) ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก การสำเร็จการศึกษา และโอกาสในอนาคต (Mujkić, & Zebec, 2024) อนึ่งการบาดเจ็บไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเด็กเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กในด้านการทำงาน เศรษฐฐานะ สังคม และปัญหาสุขภาพจิตจากการที่ต้องดูแลเด็กที่ได้รับบาดเจ็บอย่างใกล้ชิด (Barnie, et al., 2025) รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศ โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมทั้งสิ้น 20,810,870.4 ดอลลาร์สหรัฐ (USD) ค่าเฉลี่ยต่อคนเท่ากับ 758.7 USD (Wang, et al., 2024)

โรงเรียนอนุบาลเป็นสถานที่ที่เด็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมากและใช้เวลาส่วนใหญ่ที่โรงเรียน จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ตลอดเวลา ทั้งภายในและภายนอกห้องเรียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระหว่างการทำกิจกรรมกลางแจ้ง การไปทัศนศึกษา หรือกิจกรรมนอกสถานที่ของโรงเรียนอนุบาล (Klim-Klimaszewska, 2025; Lopes, & Fonseca, 2025) จากรายงานของ American Academy of Pediatrics พบว่าร้อยละ 10-25 ของการบาดเจ็บในเด็กเกิดขึ้นภายในบริเวณโรงเรียน (Council on School Health, 2008) โดยสถานที่ที่พบการบาดเจ็บของเด็กมากที่สุด คือนอกอาคาร เครื่องเล่นสนาม

ห้องเรียน (Intraratsamee, 2024) รวมถึงสนามเด็กเล่นของโรงเรียน (Kouli, et al., 2025) ครูจึงมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยของเด็กปฐมวัยในด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และการดูแลและปกป้องคุ้มครอง เนื่องจากในช่วงเวลาฉุกเฉินครูเป็นผู้ใหญ่ที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด จึงเป็นผู้ที่สามารถให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็ว การปฐมพยาบาลเป็นกระบวนการในการดูแลเบื้องต้นทันทีซึ่งเป็นที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากโรงเรียนอนุบาลไม่มีพยาบาลประจำ ครูที่มีความรู้การปฐมพยาบาลจะสามารถให้การดูแลเพื่อรักษาชีวิตเบื้องต้นได้ ก่อนที่บุคลากรทางการแพทย์จะมาถึง ครูที่ได้รับการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลจะสามารถตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปฐมพยาบาลอย่างรวดเร็วและเหมาะสมสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพที่รุนแรงและช่วยชีวิตเด็กได้ (Klim-Klimaszewska, 2025)

กลยุทธ์การจัดการที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนที่สุดในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลในเด็กเล็กนั้น ได้แก่การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ความรู้ และการกระตุ้นเตือน (Wells, Bujkiewicz, Hubbard, 2022) ความรู้ถือเป็นรากฐานสำคัญที่จะทำให้ผู้ดูแลสามารถประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของเด็กได้ล่วงหน้า รวมถึงสามารถรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องและทันเวลา หากครูมีความรู้ในด้านการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลที่เพียงพอ จะสามารถคาดการณ์และป้องกันเหตุการณ์ที่อาจทำให้เด็กได้รับบาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังสามารถตัดสินใจได้อย่างรวดเร็วเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด ความรู้ไม่เพียงช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ แต่ยังช่วยลดความรุนแรงของการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กได้ สำหรับทักษะการตัดสินใจนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการประเมินสถานการณ์ การเลือกทางเลือกที่เหมาะสม และเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการช่วยเหลือเด็ก อันจะช่วยเพิ่มโอกาสในการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บและการช่วยชีวิตเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง มีส่วนสำคัญในการลดการเกิดอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนในเด็กได้ โดยเมื่อผู้ดูแลได้รับการฝึกอบรมให้มีทักษะการป้องกันอุบัติเหตุจะช่วยลดการบาดเจ็บในเด็กได้ถึงร้อยละ 40 (Bou-Karroum et al., 2022) ถึงแม้การป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมาก แต่การศึกษาพบว่าครูผู้ดูแลเด็กขาดความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บในเด็กและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น (Alsulami, 2023; Ngamcherdtrakul, Yampratoom, & Dardaranonda, 2020)

การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) เป็นการพัฒนาความเชื่อมั่นของบุคคลต่อความสามารถของตนเองในการตัดสินใจหรือปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการกระทำ ประกอบด้วย 1) การประสบความสำเร็จในการกระทำ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ 3) การใช้คำพูดชักจูง และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Bandura, 1997) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความรู้ และทักษะการตัดสินใจ ดังการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ดูแล พบว่าเมื่อผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คะแนนความรู้ในการดูแลและการป้องกันภาวะเสี่ยงต่าง ๆ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในบริบทของการป้องกันอุบัติเหตุของ

เด็กที่บ้านและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น (El Seifi, Mortada, & Abdo, 2018; Moonsan, Kalampakorn, & Sillabut, 2020) และการดูแลเด็กที่มีภาวะชักจากไข้ (Dechthit, Patoomwan, & Phumonsakul, 2021) สำหรับทักษะการตัดสินใจนั้น พบว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีระดับความสามารถในการตัดสินใจให้การดูแลเพิ่มขึ้น (Meyer, et al., 2022) ดังนั้นการที่ครูได้รับการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอาจส่งผลให้มีความรู้ และทักษะการตัดสินใจในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

ผู้วิจัยศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ผ่านสื่อการเรียนรู้ออนไลน์บัญชีไลน์ทางการ ที่มีชื่อว่า Pre-Hosp for Kid เพื่อสร้างเสริมความรู้ และทักษะการตัดสินใจในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย อันจะช่วยลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุ ความพิการและเสียชีวิตลง ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศชาติ เนื่องจากเด็กเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าของประเทศ เป็นอนาคตของชาติและเป็นความหวังของสังคม หากเด็กเติบโตขึ้นด้วยความพร้อม ได้รับการหล่อหลอมที่ดีและสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ก็จะช่วยส่งเสริมให้สังคมไทยมีพลเมืองที่มีคุณภาพ ช่วยขับเคลื่อนสังคมที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต

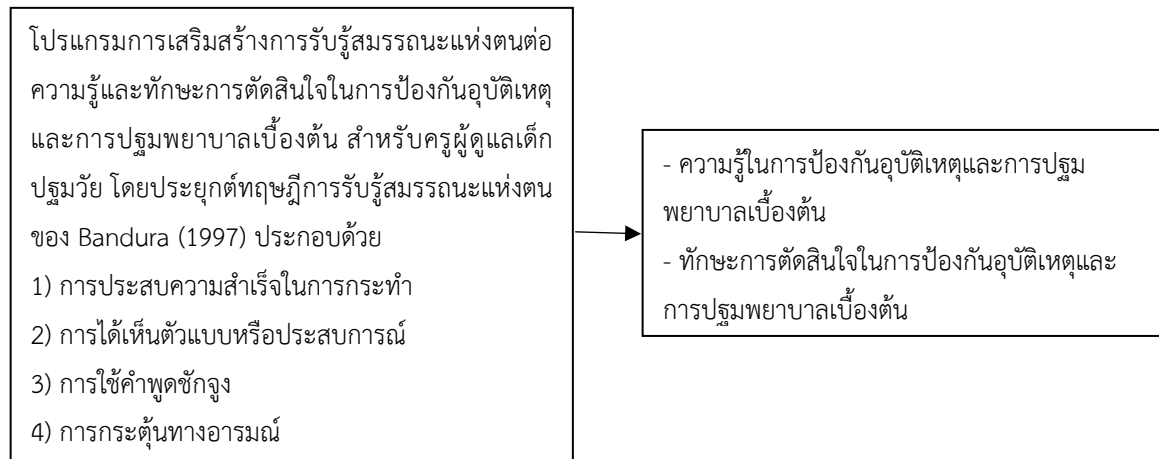
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เปรียบเทียบความรู้ และทักษะการตัดสินใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เปรียบเทียบความรู้ และทักษะการตัดสินใจภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานวิจัย

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย กลุ่มทดลองมีความรู้ และทักษะการตัดสินใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วม
2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย กลุ่มทดลองมีความรู้ และทักษะการตัดสินใจสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น สำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (Two Groups Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือครูผู้ดูแลเด็กที่สถานศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป แต่ไม่เกิน 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในจังหวัดนครราชสีมา ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและตรงตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) มีประสบการณ์สอนในสถานที่ดูแลหรือรับเลี้ยงเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 6 เดือนขึ้นไป 2) ไม่ได้ประกอบอาชีพแพทย์และพยาบาล 3) ไม่มีความพิการหรือทุพพลภาพ 4) มีความสามารถในการสื่อสาร พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 5) มีโทรศัพท์ Smart Phone ที่ใช้โปรแกรมไลน์ (Line Official) ได้ สำหรับการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria) คือผู้ที่เข้าใช้งานโปรแกรมฯ ผ่านสื่อการเรียนรู้ออนไลน์บัญชีไลน์ทางการ (Line Official Pre-Hosp for Kid) น้อยกว่า 3 ครั้ง ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) แบ่งกลุ่มอำเภอในจังหวัดนครราชสีมาออกเป็น 2 กลุ่ม จากทั้งหมด 32 อำเภอ โดยแต่ละกลุ่มประกอบด้วย 16 อำเภอ สุ่มเลือกกลุ่มอำเภอด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) 2) ภายหลังจากแบ่งกลุ่มแล้วทำการสุ่มเลือกอำเภอ จำนวน 2 อำเภอ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ผลการสุ่มได้แก่ อำเภอเมืองนครราชสีมา และอำเภอโชคชัย 3) ในอำเภอเมืองนครราชสีมาซึ่งมี 25 ตำบล และอำเภอโชคชัยมี 10 ตำบล ได้ดำเนินการสุ่มเลือกตำบลโดยใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม เพื่อให้ได้ตำบลตัวแทนของแต่ละอำเภอ 4) จากตำบลที่ได้รับการสุ่มเลือก ดำเนินการสุ่มเลือกสถานศึกษาเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่ดังกล่าว โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย และ 5) สุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เข้ากลุ่ม

ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยได้ดำเนินการจับคู่เหมือน (Matching) โดยทั้งสองกลุ่มมีอายุ และประสบการณ์การดูแลเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับเดียวกัน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจากงานวิจัยศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุที่บ้านและทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย (Moonsan, Kalampakorn, & Sillabut, 2020) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Test) ที่ .80 (Polit, 2010) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ต้องการศึกษา (Effect Size) เท่ากับ .52 (Hedges, 1982) จากการเปิดตาราง Power Tables for Effect Size d (Cohen, 1988) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามกำหนด (Dropout Rate) ร้อยละ 20 จะได้ 26 คน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่เพื่อได้มาซึ่งกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน โดยทั้งสองกลุ่มเป็นครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในจังหวัดนครราชสีมา ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ในด้านอายุ และประสบการณ์การดูแลเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นโปรแกรมในรูปแบบสื่อการเรียนรู้ออนไลน์บัญชีไลน์ทางการ (LINE Official) “Pre-Hosp for Kid” ออกแบบและพัฒนาตามทฤษฎีการออกแบบและพัฒนาตามแนวคิด ADDIE Model ของ McGriff (2000) สำหรับเนื้อหาและองค์ประกอบภายในสื่อประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) พัฒนาโดย Konthon, et al (2025) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Infographic ข้อมูลการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น จำนวน 12 สถานการณ์ ซึ่งครอบคลุมการบาดเจ็บที่พบบ่อยในเด็ก คือ การจมน้ำ พลัดตกหกล้ม กระจกหัก ไฟช็อต สิ่งแปลกปลอม การได้รับสารพิษ แมลงสัตว์กัดต่อย ภาวะช็อกจากไข้ การแพ้อาหาร และการจมน้ำ และการปฐมพยาบาลเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรคเรื้อรัง คือ ภาวะหอบหืดเฉียบพลัน และภาวะผื่นจากโรคเบาหวาน โดยนำเสนอข้อมูลด้วยภาพ (Graphic) และข้อความที่น่าสนใจ 2) คลิปวิดีโอการปฐมพยาบาลเบื้องต้น 3) แบบจำลองสถานการณ์ ในลักษณะเกมฝึกทักษะการตัดสินใจในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น 4) แบบทดสอบความรู้ก่อน-หลัง ซึ่งมีการแจ้งผลคะแนนทันที 5) การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร และ 6) ช่องทางการติดต่อสอบถาม โดยผู้ใช้งานสามารถสอบถามได้ทั้งในรูปแบบข้อความและการโทรศัพท์ ใช้ระยะเวลาในการศึกษาประมาณ 2 ชั่วโมง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

- 2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะแบบปรนัย จำนวน 10 ข้อประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การดูแลเด็ก

ปฐมวัย ระดับชั้นที่ดูแล จำนวนเด็กที่ดูแล ประสบการณ์การดูแลเด็ก การได้รับข้อมูลการป้องกันอุบัติเหตุ และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ประสบการณ์การฝึกอบรม และปัญหาอุปสรรคในการป้องกันอุบัติเหตุและปฐมพยาบาลเบื้องต้น

2.2 แบบทดสอบความรู้การป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เป็นแบบทดสอบวัดระดับความรู้ของครูผู้ดูแลเกี่ยวกับป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ใน 12 สถานการณ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยลักษณะแบบทดสอบเป็นแบบปรนัย (Objectivism) จำนวน 24 ข้อ ลักษณะการตอบจะมีตัวเลือก 4 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 0 คะแนน คือ คำตอบไม่ถูกต้อง และ 1 คะแนน คือ สามารถตอบคำถามที่ถูกต้องได้ คะแนนรวมมีค่า 0-24 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จากคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด และคะแนนเฉลี่ยสูงสุดของแบบประเมิน (Burns & Grove, 2009) คะแนนตั้งแต่ 17 ขึ้นไป หมายถึงครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ระดับสูง

2.3 แบบประเมินทักษะการตัดสินใจในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เป็นแบบทดสอบเกี่ยวกับการตัดสินใจเฉพาะหน้าของครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุ จำนวน 12 สถานการณ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการตัดสินใจของไซมอน (Simon, 1966; Simon, 1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยลักษณะแบบประเมินเป็นแบบปลายปิด จำนวน 12 ข้อ การตอบจะมีตัวเลือก 2 ทางเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 0 คะแนน คือ การตัดสินใจไม่ถูกต้อง และ 1 คะแนน คือ การตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง คะแนนรวมมีค่า 0-12 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จากคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด และคะแนนเฉลี่ยสูงสุดของแบบประเมิน (Burns & Grove, 2009) คะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป หมายถึงครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีทักษะการตัดสินใจ ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมฯ และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ แผนกฉุกเฉิน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านนวัตกรรม 1 ท่าน โดยผู้เชี่ยวชาญมีข้อเสนอแนะให้ปรับแก้ไขในประเด็นการใช้ภาษาที่ กระชับและเข้าใจง่าย ซึ่งค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบทดสอบความรู้การป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นมี เท่ากับ .95 และแบบประเมินทักษะการตัดสินใจในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เท่ากับ 1 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Burns & Grove, 2009)

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร Kuber and Richardson (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้

การป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เท่ากับ .85 ส่วนแบบประเมินทักษะการตัดสินใจในการให้ปฐมพยาบาลเบื้องต้น เท่ากับ .80 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Burns & Grove, 2009)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จำนวน 8 คน โดยกำหนดเกณฑ์คือ ผ่านการเรียนในรายวิชาวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล และมีใบรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของโปรแกรมฯ เครื่องมือดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูล กระบวนการขอความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งตรวจสอบความเข้าใจทางด้านเนื้อหาและภาษา และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยมีรายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
1. แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	1. แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
2. กลุ่มทดลองทำแบบทดสอบก่อนเรียน (Pretest) ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย แบบทดสอบความรู้การป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และแบบประเมินทักษะการตัดสินใจในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น	2. กลุ่มเปรียบเทียบทำแบบทดสอบก่อนเรียน (Pretest) ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย แบบทดสอบความรู้การป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และแบบประเมินทักษะการตัดสินใจในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น
3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และทักษะการตัดสินใจในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น สำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ทางการ Pre-Hosp for Kid เกี่ยวกับการใช้งาน พร้อมเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย	3. กลุ่มเปรียบเทียบเรียนรู้การป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในเด็กปฐมวัย ในรูปแบบที่น่าสนใจ เช่น คู่มือการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น วิดีโอสาธิตจากสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่น โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกรูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์
4. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบหลังเรียน (Posttest) ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ทางสถิติ	4. กลุ่มเปรียบเทียบทำแบบทดสอบหลังเรียน (Posttest) ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ และทักษะการตัดสินใจในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ เมื่อตรวจสอบด้วย Kolmogorov-Smirnov Test (K-S test)

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ และทักษะการตัดสินใจในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ เมื่อตรวจสอบด้วย Kolmogorov-Smirnov Test

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา (COA เลขที่ 038/2567 วันที่รับรอง 22 ตุลาคม พ.ศ. 2567) ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ให้ข้อมูลรายละเอียดของโครงการวิจัย ผลของการวิจัยนี้นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น มิได้ระบุข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่ก่อความเสียหายใด ๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร ทางผู้วิจัยไม่มีค่าตอบแทนหรือของที่ระลึกให้กลุ่มตัวอย่าง เมื่อผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น สำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีประสิทธิภาพตามที่กำหนด ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มเปรียบเทียบโดยการให้ข้อมูลโปรแกรมฯ หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยมีการระบุชื่อ ที่อยู่พร้อม เบอร์โทรของผู้วิจัยไว้ในเอกสาร

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 86.67 และมีประสบการณ์การทำงานอยู่ระหว่าง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.67 ซึ่งได้ทำการจับคู่เหมือนในตัวแปรอายุและประสบการณ์การทำงาน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน มีค่า *p-value* เท่ากับ 0.17 และ 0.93 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 88.33 มีจำนวนเด็กปฐมวัยที่อยูในการดูแลเฉลี่ย 25-28 คน ปัญหาอุปสรรคในการป้องกันอุบัติเหตุและปฐมพยาบาลเบื้องต้นในเด็กปฐมวัย ได้แก่ ความประมาท เล่นเล่หรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ขาดทักษะการตัดสินใจในการดูแลเด็ก และขาดการจัดการอย่างเป็นระบบ คิดเป็นร้อยละ 40 38.33 และ 33.33 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น สำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=60)

ความรู้การป้องกัน อุบัติเหตุและ การปฐมพยาบาล เบื้องต้น	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
	Mean	SD.	แปลผล	Mean	SD.	แปลผล				
กลุ่มทดลอง	17.67	2.26	สูง	20.63	1.54	สูง	15.43	432.00	-4.659	.001***
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.97	2.61	สูง	19.03	1.13	สูง	12.52	263.00	-0.851	.013

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

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในเด็กปฐมวัย ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯของกลุ่มทดลอง (Mean=20.63, SD.=1.54) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean=17.67, SD.=2.26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (Mean=19.03, SD.=1.13) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean=17.97, SD.=2.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตัดสินใจการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น สำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตัดสินใจการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=60)

ทักษะการตัดสินใจ การป้องกันอุบัติเหตุ และการปฐมพยาบาล เบื้องต้น	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
	Mean	SD.	แปลผล	Mean	SD.	แปลผล				
กลุ่มทดลอง	10.97	1.40	สูง	11.67	.55	สูง	9.19	119.50	-2.744	.003**
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.47	1.17	สูง	10.73	1.14	สูง	8.85	115.00	-0.820	.206

** $p < .01$

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตัดสินใจในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในเด็กปฐมวัย ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (Mean=11.67, SD.= .55) สูงกว่าก่อน (Mean=10.97, SD.=1.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตัดสินใจภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (Mean=10.73, SD.=1.14) ไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง (Mean=10.47, SD.=1.17)

2.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=60)

ความรู้การป้องกัน อุบัติเหตุและ การปฐม พยาบาล เบื้องต้น	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ					<i>U</i>	<i>p</i> -value
	Mean	SD.	แปล ผล	Mean Rank	Sum of Rank	Mean	SD.	แปล ผล	Mean Rank	Sum of Rank		
หลังการทดลอง	20.63	1.54	สูง	39.32	1179.50	19.03	1.13	สูง	21.68	650.50	-4.034	.001***

*** $p < .001$

ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (Mean = 20.63, SD.=1.54) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ (Mean=19.03, SD.=1.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตัดสินใจการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตัดสินใจการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=60)

ทักษะการตัดสินใจ การป้องกัน อุบัติเหตุและ การปฐม พยาบาล เบื้องต้น	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ					<i>U</i>	<i>p</i> -value
	Mean	SD.	แปล ผล	Mean Rank	Sum of Rank	Mean	SD.	แปล ผล	Mean Rank	Sum of Rank		
หลังการทดลอง	11.67	0.55	สูง	37.88	1136.50	10.73	1.14	สูง	23.12	693.50	-3.559	.001***

*** $p < .001$

ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตัดสินใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตัดสินใจของครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (Mean=11.67, SD.= .55) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ (Mean=10.73, SD.=1.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

อภิปรายผล

อภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในเด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การที่เป็นเช่นนั้นอาจเนื่องมาจากโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย (Konthon, et al., 2025) ในรูปแบบสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ (Online Learning Material) ผ่านสื่อบัญชีไลน์ทางการ Pre-Hosp for Kid ซึ่งเป็นสื่อที่เข้าถึงได้ง่าย สามารถทบทวนเนื้อหาได้ทุกที่ทุกเวลา มีความน่าสนใจและสร้างแรงจูงใจให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ร่วมกับการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) อย่างเป็นระบบในกระบวนการเรียนรู้ กล่าวคือ 1) การประสบความสำเร็จในการกระทำ (Mastery) ครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยศึกษาข้อมูลการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น จากสื่อซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมอุบัติเหตุที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัยที่โรงเรียน จำนวน 12 สถานการณ์ ทั้งอุบัติเหตุและการจัดการภาวะฉุกเฉินในโรคเรื้อรัง เนื้อหาที่มีความทันสมัยตามแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการนำเสนอข้อมูลที่เข้าใจง่ายในรูปแบบวิดีโอ ภาพอินโฟกราฟฟิก (Infographic) และเกมสถานการณ์เพื่อฝึกทักษะการตัดสินใจในรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชัน (Animation) รวมถึงการทำแบบทดสอบเพื่อทบทวนความรู้ที่มีการเฉลยและทราบผลคะแนนทันที ช่วยกระตุ้นให้ครูมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ (Role Model) ครูเรียนรู้และสังเกตพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผ่านตัวแบบสัญลักษณ์ คือจากภาพอินโฟกราฟฟิก เกมสถานการณ์เพื่อฝึกทักษะการตัดสินใจในรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชัน และตัวแบบที่มีชีวิตผ่านวิดีโอสาธิตการปฐมพยาบาลเบื้องต้นจากบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ผ่านการอบรม Basic Life Support (BLS) และ Advance Life Support (ALS) การเรียนรู้จากตัวแบบทำให้ครูรับรู้ว่าคุณเองก็มีความสามารถที่จะกระทำการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้เช่นกัน จึงมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองมากยิ่งขึ้น 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) ในโปรแกรมฯ มีช่องทางการติดต่อกลับทั้งในรูปแบบข้อความและการโทรศัพท์ ซึ่งเพิ่มความสะดวกในการสอบถามข้อสงสัย ทำให้ครูรู้สึกว่าได้รับข้อเสนอแนะและการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ จึงเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ได้จริง ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงเรียน และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) โปรแกรมฯ มีการสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ในรูปแบบการสื่อสารสองทาง (Two-Way Communication) ระหว่างผู้ใช้งานและผู้ดูแลระบบเพื่อให้คำปรึกษาการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เกมสถานการณ์เพื่อฝึกทักษะการตัดสินใจในรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชัน รวมถึงแบบทดสอบเพื่อทบทวนความรู้ที่มีการเฉลยและทราบผลคะแนนทันที ช่วยกระตุ้นความสนใจในการเรียนรู้ของครู จึงส่งผลให้มีความรู้

เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Moonsan, Kalampakorn, & Sillabut (2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุที่บ้านและทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยอายุ 6-18 เดือน โดยกลุ่มทดลองได้รับการอบรมให้ความรู้การป้องกันอุบัติเหตุที่บ้านและการปฐมพยาบาล ในรูปแบบบรรยาย คู่มือทัศน และการฝึกปฏิบัติ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ De Castro Silva et al. (2024) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับครูผู้ดูแลเด็ก (First Aid for Professionals Working with Children) พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (ร้อยละ 97) ครูมีความรู้สูงกว่าก่อน (ร้อยละ 45) โดยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 35

2. เปรียบเทียบทักษะการตัดสินใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตัดสินใจในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในเด็กปฐมวัย ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตัดสินใจ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การที่เป็นเช่นนั้นอาจเนื่องมาจากโปรแกรมฯ มีการนำเสนอข้อมูลที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ที่ตรงประเด็นและชัดเจน โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุมอุบัติเหตุที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัยและการจัดการภาวะฉุกเฉินในโรคเรื้อรัง เนื้อหามีความทันสมัยตามแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการนำเสนอข้อมูลที่เข้าใจง่ายในรูปแบบวิดีโอ ภาพอินโฟกราฟฟิก อนึ่งมีสถานการณ์ตัวอย่างให้ฝึกทักษะการตัดสินใจผ่านการเล่นเกมส์ในรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชัน และมีการเฉลยผลลัพธ์ทันทีพร้อมเหตุผลประกอบ ว่าการตัดสินใจดังกล่าวส่งผลต่ออาการของเด็กในสถานการณ์อย่างไร รวมถึงการทำแบบทดสอบเพื่อทบทวนความรู้ที่มีการเฉลยและทราบผลคะแนนทันที จึงสามารถกระตุ้นให้ครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีความสนใจในการเรียนรู้ผ่านบัญชีไลน์ทางการ Pre-Hosp for Kid ช่วยให้เข้าใจในเนื้อหา มีข้อมูลสนับสนุนที่เพียงพอ สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้มาวิเคราะห์และเลือกทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อให้การตัดสินใจเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Simon, 1997) การฝึกทักษะการตัดสินใจผ่านสื่อที่สามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลาทำให้มีทักษะการตัดสินใจเพิ่มขึ้น โดยสรุป การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการปัญหาของครู ร่วมกับการได้รับข้อมูลป้อนกลับอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ครูมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อสถานการณ์ในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในเด็กปฐมวัยมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Changpad, & Duangbubpha (2023) ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้ออนไลน์ในรูปแบบ Google Slides เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟินในสถานการณ์จำลองทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่านักศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟิน โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=0.89, SD.= .16)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริหาร สามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย เป็นสื่อการเรียนรู้ในหลักสูตรอบรมพัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็ก ควบคู่กับการจัดการเรียนการสอนรูปแบบอื่น
2. ด้านบริการ เป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมสำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการตัดสินใจในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
3. ด้านการใช้งาน สื่อการเรียนรู้ออนไลน์บัญชีไลน์ทางการ Pre-Hosp for Kid ต้องเชื่อมต่อกับสัญญาณอินเทอร์เน็ตตลอดเวลา จึงเหมาะสำหรับครูผู้ดูแลเด็กที่มีอุปกรณ์เชื่อมต่อที่พร้อมใช้งาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการคงอยู่ของระดับความรู้ และระดับทักษะการตัดสินใจในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นกับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย โดยการติดตามประเมินผลในลักษณะเปรียบเทียบในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาต่อเนื่อง
2. ควรพัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ในรูปแบบอื่น เช่น แอปพลิเคชัน เว็บไซต์ ทั้งในรูปแบบฟังสัญญาณอินเทอร์เน็ต และไม่ฟังสัญญาณอินเทอร์เน็ต เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น และมีการวิจัยเพื่อหาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของสื่อก่อนใช้งานจริง
3. ควรศึกษาวิจัยโดยขยายกลุ่มของผู้ดูแลเด็กให้ครอบคลุมกับเด็กปฐมวัยมากยิ่งขึ้น เพื่อเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกสถานที่ เช่น ผู้ปกครอง พี่เลี้ยงเด็กเล็ก หรือผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก เป็นต้น
4. ควรศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มเติม เช่น ทักษะการปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อเป็นการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง

References

- Alsulami, M. (2023). *First-aid knowledge and attitudes of schoolteachers in Saudi Arabia: a systematic review*. Risk Management and Healthcare Policy, 769-777. Retrieved July 14, 2025, from <https://doi.org/10.2147/RMHP.S395534>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Barnie, P. A., Dzomeku, V. M., Tetteh, A. A., Barnie, B. A., Mock, C., & Donkor, P. (2025). Effects of trauma-related amputations in children on caregivers: An exploratory descriptive study in a developing country. *PloS one*, 20(2), e0313980.
- Bou-Karroum, L., El-Jardali, F., Jabbour, M., Harb, A., Fadlallah, R., Hemadi, N., & Al-Hajj, S. (2022). Preventing unintentional injuries in school-aged children: a systematic review. *Pediatrics*, 149(Suppl. 6), e2021053852J.

- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Maryland Heights, MO: Saunders Elsevier.
- Changpad, T., Duangbubpha, S. (2023). Development of online learning material to promote decision-making ability in morphine administration in clinical simulation among the third years nursing students. *Journal of Health and Nursing Education*, 29(3), 1-18. (in Thai)
- Cohen. (1988). *Power Tables for Effect Size d*. Retrieved August 12, 2024 from https://www.pilesofvariance.com/Chapter13/Cohen_Power_Tables.pdf.
- Council on School Health. (2008). Medical emergencies occurring at school. *Pediatrics*, 122(4), 887-894.
- De Castro Silva, E., Barbosa Gonçalves, L., Teixeira Silva, A., Silva Pereira, V. O., Santos Barbosa Oliveira, I., & Goulart Alves, M. (2024). First aid for education professionals working with children. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social (REFACS)*, 12(2), 1-10.
- Dechthit, P., Patoomwan, A., & Phumonsakul, S. (2021). Effects of a febrile convulsion care program on knowledge and perceived self-efficacy to care for children with febrile convulsion among caregivers. *Nursing Research and Innovation Journal*, 27(1), 30-46.
- Division of Injury Prevention, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2022). Mortality situation from injuries among children in Thailand, 2015-2019. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Retrieved March 24, 2025, from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1343520221109024056.pdf>
- El Seifi, O. S., et al., (2018). Effect of community-based intervention on knowledge, attitude, and self-efficacy toward home injuries among Egyptian rural mothers having preschool children. *PloS one*, 13(6), e0198964.
- Faust, J. S., Chen, J., Bhat, S., Otugo, O., Yaver, M., Renton, B., ... & Krumholz, H. M. (2025). Firearm laws and pediatric mortality in the US. *JAMA pediatrics*. Retrieved November 15, 2025, from <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2025.1363>
- Hedges, L. V. (1982). Estimation of effect size from a series of independent experiments. *Psychological Bulletin*, 92(2), 490-499. Retrieved July 19, 2024, from <https://doi.org/10.1037/0033-2909.92.2.490>
- Intraratsamee, J. (2024). The incidence of accidents in childcare centers of the local government organizations. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 12(2), 145-156. (in Thai)
- Klim-Klimaszewska, A. (2025). Kindergarten teacher preparedness to provide first aid. *Multidisciplinary Journal of School Education*, 14(1(27)), 343-364.

- Konthon, P., et al., (2025). Development of an Accident Prevention and In-School First Aid Training Program for Kindergarten Teachers. *Ramathibodi Medical Journal*, 48(2), e272504. (in Thai)
- Kouli, O., Morela, E., Papanikolaou, E., Dalakis, A., Karageorgopoulou, M., & Kambas, A. (2025). Determinant Factors and Characteristics of Injuries Among Preschool Children in Public Daycare Centers. *Children*, 12(2), 251.
- Li, C., Jiao, J., Hua, G., Yundendorj, G., Liu, S., Yu, H., ... & Liu, L. (2024). Global burden of all cause-specific injuries among children and adolescents from 1990 to 2019: a prospective cohort study. *International Journal of Surgery*, 110(4), 2092-2103.
- Lopes, M. P., & Fonseca, L. R. D. (2025). The use of design thinking in the development of first aid training actions: An experience with basic education professionals. *Educação em Revista*, 41, e49557.
- McGriff, S. J. (2000). Instructional system design (ISD): Using the ADDIE model. College of Education, Penn State University. Retrieved April 18, 2024, from <https://snazlan.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/03/instructional-system-design-isd-using-the-addie-model.pdf>
- Meyer, K., et al., (2022). Caregiver self-efficacy improves following complex care training: results from the learning skills together pilot study. *Geriatric nursing*, 45, 147-152.
- Miranda, P. da S., et al. (2023). Knowledge, attitudes, and practices in first aid in the school environment: An integrative review. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 13(1), 1-13.
- Moonsan, S., Kalampakorn, S., & Sillabut, J. (2020). Effects of self-efficacy enhancement program on home accident prevention and first aid skills for early childhood caregivers. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(2), 271-285. (in Thai)
- Mujkić, A., & Zebec, J. Š. (2024). The accident prevention. *Global Pediatrics*, 9, 100191.
- Ngamcherdtrakul, P., Yampratoom, R., & Dardaranonda, B. (2020). Knowledge and Attitudes of Participants on Childhood Injury Prevention Program. *Journal of the Department of Medical Services*, 45(2), 98-106. (in Thai)
- Polit, D. F. (2010). *Statistis and analysis for nursing research* (2nd ed.). United States of America: Pearson Education.
- Rahimi, T., Faryabi, R., Javadi, A., & Shojaei, S. (2017). Attitudes of women from Jiroft city about prevention of home injuries in children under 5 years using protection motivation theory in 2015 (Persian). *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 16(1), 17-30.

- Simon, H. (1966). *Administrative Behavior: A Study of Decision-Making Process in Administrative Organization*. Toronto: The Free Press.
- Simon, H. (1997). *The New Science of Management Decision*. New York: Harper & Row.
- UNICEF. (2024). *Child and Adolescent Injuries*. Retrieved June 26, 2025 from <https://www.unicef.org/health/inj>
- Wang, M., Cheng, Y., Wang, H., Lin, L., & Shen, Y. (2024). Epidemiological and clinical characteristics of hospitalized unintentional injuries among children in central China from 2017-2023. *Frontiers in pediatrics*, 12, 1381287. Retrieved June 26, 2025, from doi: 10.3389/fped.2024.1381287
- Wells, M., Bujkiewicz, S., & Hubbard, S. J. (2022). Using threshold analysis to assess the robustness of public health intervention recommendations from network meta-analyses: Application to accident prevention in households with children under five. *BMC Public Health*, 22(1), 966. Retrieved July 9, 2025, from <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13377-5>
- Zheng, S., Cheng, L., Li, D., Wu, F., & Fang, J. (2025). Mental Health Outcomes and Rehabilitation Challenges in Children with Orthopedic Trauma: A Public Health Survey from Pediatric Rehabilitation Center. *Frontiers in Public Health*, 13, 1652569.

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตน ในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท

สาลินี พุ่มพวง¹, จริญญา แก้วสกุลทอง^{2*}, ธีรนาถ บุญญาธิการ¹

¹โรงพยาบาลสวนสราญรมย์,

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษณ์ สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มโดยวัดก่อน หลังทดลอง และติดตามผล 1 เดือน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 (F20.0 - F20.9) แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 60 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ระยะเวลาระหว่างเดือนมกราคมถึงเมษายน 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท และโปรแกรมกำกับตนเอง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความเที่ยงของสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .84 และค่าความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถแห่งตนด้วยการทดสอบค่าทีและวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตาม 1 เดือน นอกจากนี้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนเมื่อสิ้นสุดการทดลองและการติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาสรุปได้ว่า โปรแกรมการกำกับตนเองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทคงไว้ซึ่งความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างต่อเนื่อง แม้จะกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการขยายผลการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองนี้ในหน่วยบริการสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างเป็นระบบ โดยปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของครอบครัวและชุมชน รวมถึงการบูรณาการโปรแกรมเข้ากับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : โปรแกรมการกำกับตนเอง, การรับรู้ความสามารถแห่งตน, การควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว, ผู้ป่วยจิตเภท

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

วันที่รับ 11 ก.ย. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 24 ต.ค. 2568, วันที่ตอบรับ 25 พ.ย. 2568

Effects of Self-Regulation Program on Self-Efficacy Toward Aggressive Behavior Control of Schizophrenia Patients

Salini Phumphuangs¹, Jarinya Kaewsakulthong^{2*}, Theranart Bunyathikan¹

¹Suansaranrom Hospital

²Boromarajonnani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Abstract

This quasi-experimental research employed a two-group pretest-posttest design with a one-month follow-up period. The study aimed to compare self-efficacy scores in controlling aggressive behavior among patients with schizophrenia between the group receiving a self-regulation program and the group receiving standard nursing care. The sample consisted of 60 inpatients diagnosed with schizophrenia according to ICD-10 criteria (F20.0–F20.9) at Suansaranrom Hospital, purposively selected based on specified inclusion criteria. The study was conducted from January to April 2025. The research instruments included a demographic data questionnaire, the Self-Efficacy in Controlling Aggressive Behavior Scale for patients with schizophrenia, and a self-regulation program. All instruments were validated by three experts, with the Self-Efficacy Scale demonstrating a Cronbach's alpha coefficient of .84 and Content validity indices (IOC) were .93. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (independent t-test and repeated measures ANOVA)

The findings revealed that the mean self-efficacy scores in controlling aggressive behavior among patients with schizophrenia who received the self-regulation program showed statistically significant differences at the .05 level across three time points: pre-intervention, post-intervention, and one-month follow-up. Additionally, the mean self-efficacy scores at post-intervention and one-month follow-up were significantly higher in the experimental group compared to the control group receiving standard care ($p < .05$).

The study concluded that the self-regulation program effectively enables patients with schizophrenia to maintain their ability to control aggressive behavior continuously, even after returning to their families and communities, resulting in improved overall quality of life. Therefore, systematic implementation of this self-regulation program should be expanded across mental health and psychiatric service units. The program should be adapted to align with the social and cultural contexts of families and communities and integrated with home-based continuing care to ensure sustainable patient management.

Keywords: Self-Regulation Program, Self-efficacy, Aggressive Behavior Control, Schizophrenia Patients

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

Received: September 11, 2025; Revised: October 24, 2025; Accepted: November 24, 2025

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน (World Health Organization, 2022) สถานการณ์ในประเทศไทยพบว่าในปี 2567 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทถึงกว่า 355,036 ราย ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 3 จากผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (Department of Mental Health, 2024) ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 11 พบสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2565 - 2567 มีจำนวน 20,075 ราย 19,492 ราย และ 18,210 รายตามลำดับ (Medical Records Office, Suansaranrom Hospital, 2024) โรคจิตเภทมีลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง อาการเป็นๆ หายๆ เมื่อป่วยแล้วมักไม่หายขาด ถึงแม้จะได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบแล้ว ยังมีอาการหลงเหลือ ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม และมีปัญหาการใช้ความรุนแรง (Bureau of Mental Health Service Administration, 2017) โดยมีอัตราการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่าประชากรทั่วไป 2 - 10 เท่า (Udomrat & Wasiknanont, 2009) โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าวที่ผู้ป่วยจะแสดงออกมาอย่างเฉียบพลันทั้งทางวาจา การกระทำต่อร่างกายตนเองผู้อื่น และวัตถุสิ่งของ ดังนั้นพฤติกรรมก้าวร้าวจึงถือได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทมักถูกมองว่าเป็นความรุนแรง ผลจากการเจ็บป่วยทำให้มีความบกพร่องในการควบคุมแรงกระตุ้นฉับพลัน และการแสดงพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถบอกความคิดและความต้องการของตนเองกับผู้อื่น ใช้การแสดงออกทางอารมณ์มากกว่าเหตุผล หุนหันพลันแล่น เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่มีสิ่งกระตุ้นที่มาบีบคั้นหรือกดดัน เกิดความเครียด (Pumphuang, 2014) ส่งผลให้เกิดการแสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่รุนแรงทั้งทางคำพูด และการกระทำ โดยทำลายหรือก่อความเดือดร้อนแก่ตนเอง หรือผู้อื่น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจำเป็นที่จะต้องมีความรู้และแนวทางในการจัดการที่เหมาะสม ปัจจุบันแนวทางการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นการดูแลแบบเชิงรับในระยะหลังวิกฤต หรือการฝึกทักษะต่างๆ เช่น การจัดการความโกรธที่มุ่งเน้นเฉพาะกับการจัดการกระบวนการคิดและให้ความรู้การจัดการความโกรธ ยังไม่มีการควบคุมหรือการกำกับตนเองจากภายในเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Maming, & Kongsuwan, 2023) ฉะนั้นเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จึงควรมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเอง การใช้การกำกับตนเองโดยการตั้งเป้าหมาย การลงมือปฏิบัติและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้น

การกำกับตนเอง คือ ความพยายามอย่างเป็นระบบที่มีต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมโดยตรง ทำให้มีศักยภาพในการวางแผน การนำทาง และการกำกับพฤติกรรมของบุคคล ที่ยึดหยุ่นไปตามการเผชิญหน้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ (Zimmerman, 2000) โดยเป็นวิธีการหนึ่งที่จะนำไปใช้เพิ่มการรับรู้ความสามารถแห่งตน เพราะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการด้วยตนเอง โดยผ่านกระบวนการกำกับตนเองที่ประกอบไปด้วย 1) การสังเกตตนเอง 2) การตัดสินใจตัวเอง และ 3) แสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ซึ่งเป็น

พฤติกรรมที่มุ่งต่อเป้าหมายโดยตรง (Bandura, 1986) ดังนั้นการกำกับตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้ความสามารถในการกำกับควบคุมอารมณ์และความรู้สึกให้เป็นเชิงบวกแม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่ย่ำแย่ และเกิดการไตร่ตรองก่อนที่จะมีพฤติกรรมใดๆออกไป ซึ่งความสามารถนี้จะส่งผลดีต่อความสัมพันธ์กับผู้อื่น และเมื่อมีประสบการณ์จากความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการกระทำที่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ จนส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่น เห็นคุณค่าในตนเอง และรับรู้ในความสามารถของตนเองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น สามารถควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวได้

การรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (Bandura, 1997) และส่งผลให้บุคคลนั้นมีการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนนี้ ทำหน้าที่กำกับบุคคลโดยผ่านทางกระบวนการรู้คิด แรงจูงใจ อารมณ์ และการตัดสินใจ โดยแนวคิดนี้ประกอบไปด้วย 2 แนวคิดย่อย คือ 1) การรับรู้ความสามารถของตน (Perceived Self - Efficacy) ซึ่งเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectancies) เป็นการตัดสินใจว่าการกระทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการตามการรับรู้ความสามารถของตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ดังนั้น ถ้าทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่มุ่งไว้ก่อนการกระทำพฤติกรรม และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำที่จะเกิดขึ้นเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ จะมีผลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ และมีการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหา (Setthachandra, Sanguanpak, Yumuenwai, & Jinakleung, 2016) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การเสริมสร้างให้มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง มีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม

การกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการบำบัด พบว่ามีผู้วิจัยหลายท่านทำการศึกษาและได้ผลดีในกลุ่มต่างๆ โดยมีการศึกษาผลของ โปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองของผู้ป่วยพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พบว่าโปรแกรมการกำกับตนเองเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองของผู้ป่วยสารเสพติด (Chooprasert, Srirat, & Phengsa-wat, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อทัศนคติการใช้ความรุนแรง และพฤติกรรมควบคุมตนเองในนักเรียนวัยรุ่น (Upamairat, Kongsuwan, & Suttharungsi, 2019) ที่พบว่าโปรแกรมการกำกับตนเองช่วยปรับทัศนคติทางลบต่อการใช้ความรุนแรง และเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองของนักเรียนวัยรุ่นได้ และการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมลดน้ำหนักและน้ำหนักตัวของบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่าโปรแกรมการกำกับตนเองช่วยพฤติกรรมบริโภคอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมควบคุมอารมณ์ดีขึ้น (Janthawart, Toolsiri, & Rattanakreethakul, 2016) เรื่องอีกทั้งยังมีการพัฒนา

โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท (Setthachandra, Sanguanpak, Yumuenwai, & Jinakleung, 2016) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทยังมีค่อนข้างจำกัด ทั้งนี้ ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาที่มุ่งเน้นหรือรายงานผลโดยตรงเกี่ยวกับโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการบำบัดด้วยโปรแกรมการกำกับตนเองเป็นรูปแบบการบำบัดที่มุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยกำกับตนเองจากภายใน จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมก้าวร้าวได้ นำมาซึ่งการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เกิดความมั่นใจในกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีคุณค่าในตนเอง เกิดการรับรู้ความสามารถของตนในการกำกับตนเองว่า จะสามารถควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถติดตามพฤติกรรมของตนเอง โดยทำได้ตลอดเวลา ไม่ว่าจะอยู่ในสภาพแวดล้อมใด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท และนำผลที่ได้ไปใช้ในการจัดกิจกรรมให้บริการผู้ป่วยจิตเภทซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงในการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว โดยคาดหวังเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ป้องกันการกำเริบหรือก่อเหตุความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์วิจัย

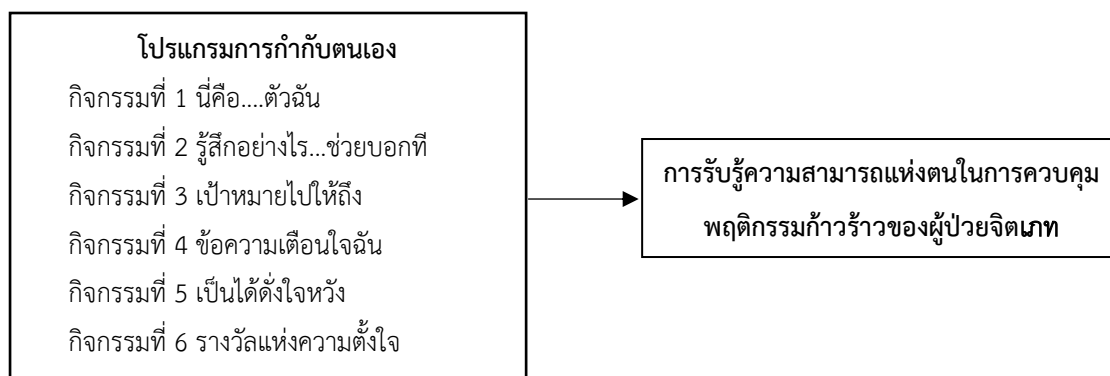
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน

สมมติฐานวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยจิตเภทย่อยที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self - Regulation) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งมีแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลสามารถกำหนดแนวทางการกระทำ การตั้งใจด้วยตนเอง และการประเมินผลของการกระทำของตนเอง และตอบสนองผลการกระทำของตนเอง ซึ่งขบวนการดังกล่าวต้องผ่านการฝึกฝน เนื่องจากบุคคลสามารถสร้างสัญลักษณ์และมีปฏิริยาโต้ตอบจากการกระทำของตนเอง จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมและนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ ตามกระบวนการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การสังเกตตนเอง 2) การตัดสินใจตัวเอง และ 3) การแสดงปฏิริยาต่อตนเอง 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตาม 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมการกำกับตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ดังนี้ คือ F20.0-F20.9 มารับบริการแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2568 จำนวนประมาณ 150 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 คือ F20.0 ถึง F20.9 ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2568 กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากสูตร ของโคเฮน (Cohen as cited in Polit & Beck, 2021) โดยการนำฐานข้อมูลงานวิจัยของ (Ratana, 2007) เรื่องโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่น จากการคำนวณได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 2.08 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ .80 ซึ่งมีค่าอิทธิพลในระดับสูงของตารางอำนาจการทดสอบของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2021) และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 ในระดับความคลาดเคลื่อนที่ .50

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างจากงานวิจัยเดิม จากการเปิดตามรายการทดสอบได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างครบตามเกณฑ์หากกลุ่มตัวอย่างมีการสูญหาย (Drop Out) ระหว่างดำเนินการทดลอง จึงได้มีการเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2021) จำนวน 5 คน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในการศึกษาทั้งหมดจำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคะแนนการประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน ร่วมกับมีประวัติการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางด้านวาจา และพฤติกรรมก้าวร้าวทางด้านร่างกาย หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- 2) มีคะแนนรวมของการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ
- 3) อายุระหว่าง 18 – 60 ปี ทั้งชายและหญิง
- 4) สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารและเขียนภาษาไทยได้
- 5) ผู้ป่วยไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมด้วย
- 6) มีความสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมด้วย
- 2) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสติปัญญาบกพร่องร่วมด้วย
- 3) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยมีภาวะความผิดปกติของโรคทางสมอง (F00 – F09) ร่วมด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท รายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อความจำนวน 11 ข้อ ลักษณะให้เลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ บทบาทของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลักษณะการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

2. แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตน มีข้อความมีทั้งหมด 25 ข้อ โดยข้อความ

เป็นแบบทางบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบของแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 6 ระดับ (0-5) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบได้ 1 คำตอบ โดยให้ประเมินระดับความมั่นใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว แต่ละข้อว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทตรงกับความเป็นจริงอยู่ในระดับใด โดยให้ความหมายของค่าคะแนน คือระดับ 0 ถึง 5 โดยระดับ 0 หมายถึง ไม่มั่นใจอย่างยิ่ง และระดับ 5 หมายถึง มั่นใจอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมกำกับตนเอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมตนเอง นำมาบูรณาการร่วมกับประสบการณ์การปฏิบัติงานและการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อกำหนดกรอบของโปรแกรมการกำกับตนเองที่รูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้ง ตามแนวคิดของโคลอมและคณะ (Colom et al., 2009, as cited in Chooprasert et al., 2018) คือ พุดคุยถึงประสบการณ์ของผู้ป่วย การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การทำแบบฝึกหัด การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการสรุปเพื่อการประยุกต์ใช้ ซึ่งโปรแกรมการกำกับตนเองประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม โดยดำเนินการครั้งละ 1 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) การสังเกตตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 นี่คือ ตัวฉัน กิจกรรมที่ 2 รู้สึกอย่างไรช่วยบอกที่ ขั้นตอนที่ 2) การตัดสินใจตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3 เป้าหมายไปให้ถึง กิจกรรมที่ 4 ข้อความเตือนใจฉัน และขั้นตอนที่ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 5 เป็นได้ดังใจหวัง และกิจกรรมที่ 6 รางวัลแห่งความตั้งใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับวุฒิบัตรการพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 2 ท่าน ประเมินความตรงของเนื้อหา พบว่าโปรแกรมกำกับตนเอง มีค่าความเหมาะสมระดับมากที่สุด และมีการแนะนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยส่วนแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการกำเริบมีค่าดัชนีความตรงรายข้อในแต่ละข้อมากกว่า .67 ขึ้นไปทุกข้อ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับผู้ป่วยโรคจิตเภทในงานวิจัย จำนวน 20 ราย เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีของสัมประสิทธิ์ครอนบาค (Cronbach Coefficient) ได้เท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

1. ระยะก่อนการทดลอง ขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างงานวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เมื่อผ่านการเห็นชอบอนุมัติให้ดำเนินการ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ขอ

อนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลวิจัยแผนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว จึงดำเนินการในด้านต่างๆ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเข้าทดลองใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

1.2 แจ้งวันเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆ จนกระทั่งเสร็จสิ้นการทดลอง

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการจัดเก็บข้อมูล ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และผู้วิจัยมีการแจ้งถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดต่าง ๆ ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง วิธีการเก็บข้อมูล และการเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยผู้วิจัยในการสอบถามการเตรียมผู้ป่วยในการทำการวิจัย และอาสาสมัครในช่วงทดลองการใช้เครื่องก่อนการทดลองจริง

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในระหว่าง เดือนมกราคม - เมษายน 2568 แบ่งกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ออกเป็น 3 กลุ่มย่อย จำนวนกลุ่มละ 10 คน โดยการแบ่งกลุ่มย่อยพิจารณาจากความพร้อมและช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยแต่ละกลุ่มย่อยจะได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองในรูปแบบเดียวกัน มีเนื้อหา ระยะเวลา และกิจกรรมที่เท่าเทียมกัน ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการให้โปรแกรมกับทุกกลุ่มด้วยตนเอง เพื่อควบคุมความคลาดเคลื่อนจากผู้ให้โปรแกรม และมีการประเมินผลในช่วงเวลาเดียวกันคือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งดำเนินการทดลอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การดำเนินโปรแกรมกำกับตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	กิจกรรม	ระยะเวลา	วันที่/ระยะเวลาดำเนินการ
กลุ่มทดลอง	ประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว	ระยะก่อนการทดลอง	-
	โปรแกรมการกำกับตนเอง (Self-Regulation Program) จำนวน 6 ครั้ง	3 สัปดาห์ (สัปดาห์ละ 2 ครั้ง)	วันอังคารและวันพฤหัสบดี กลุ่มที่ 1: 10:00 - 11:30 น. กลุ่มที่ 2: 13:00 - 14:30 น. วันจันทร์และวันพุธ กลุ่มที่ 3: 10:00 - 11:30 น.
	ประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว	ระยะหลังการทดลอง	-
กลุ่มควบคุม	ประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว	ระยะก่อนการทดลอง	-
	การดูแลตามปกติ (Standard Nursing Care) ประกอบด้วย การประเมินและติดตามอาการทางจิต การบริหารยาต้านโรคจิต การดูแลสุขภาพกาย การเฝ้าระวังความ	ตลอดระยะเวลาการทดลอง	ตลอดระยะเวลาการทดลอง

ตารางที่ 1 การดำเนินโปรแกรมกำกับตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

กลุ่ม	กิจกรรม	ระยะเวลา	วันที่/ระยะเวลาดำเนินการ
	ปลอดภัยและการจัดการพฤติกรรม การบำบัดทางจิตสังคม การให้คำปรึกษา และสุขภาพจิตศึกษา และการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน		
	ประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว	ระยะหลังการทดลอง	-
กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	ประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว	สิ้นสุดการติดตาม 1 เดือน	-

3. ระยะสิ้นสุดการติดตามผล

ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากได้รับการดูแลตามโปรแกรมที่กำหนด หลังสิ้นสุดโปรแกรมเป็นเวลา 1 เดือน ทั้งกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ บทบาทของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลักษณะการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองและกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติ หลังการทดลองด้วยสถิติ (Independent t-test) โดยพิจารณาจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติและมีความแปรปรวนเป็นเอกพันธ์

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองและกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และและระยะสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated Measures ANOVA: Within-Subjects Main Effect) โดยพิจารณาข้อมูลแล้วเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นจึงใช้สถิติพารามิเตอร์ (Parametric Statistics)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ตามเลขที่โครงการวิจัย SSR REC 015/2567 รับรองวันที่ 3 สิงหาคม 2567 การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ลักษณะกิจกรรม การเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับของข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตอบรับ ผู้วิจัยให้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอม และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีที่จำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และจะทำรายงานข้อมูลภายใน 3 เดือน หลังจากผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ เมื่อสิ้นสุดการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยจะจัดโปรแกรมการกำกับตนเองให้แก่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีเนื้อหา กิจกรรม และระยะเวลาเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง เพื่อให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับประโยชน์จากโปรแกรมอย่างเท่าเทียมกัน สอดคล้องกับหลักจริยธรรมการวิจัยด้านความเป็นธรรม (Justice)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักในปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้ บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และประสบการณ์การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

2. การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่า มีความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท 3 คู่ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง (คู่ที่ 1) 2) ระยะก่อนการทดลองกับระยะสิ้นสุดการติดตามผล (คู่ที่ 2) และหลังการทดลองกับระยะสิ้นสุดการติดตามผล (คู่ที่ 3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะสิ้นสุดการติดตามผล (n=30)

คะแนนการรับรู้	Mean (SD.)			(1) และ (2)	(1) และ (3)	(2) และ (3)
	ก่อน	หลัง	สิ้นสุดการ			
ความสามารถแห่งตนใน	ทดลอง	ทดลอง	ติดตามผล			
การควบคุมพฤติกรรม						
ก้าวร้าว	(1)	(2)	(3)			
กลุ่มทดลอง	1.793	4.160	3.480	< .001	< .001	< .001
	(.312)	(.366)	(.384)			

2.2 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean= 4.160, SD.= .366) (Mean=2.844, SD.= .349) และระยะสิ้นสุดการติดตาม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะสิ้นสุดการติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=3.480, SD.= .348), (Mean=2.405, SD.= .285) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง และระยะสิ้นสุดการติดตามผล (n=60)

คะแนนการรับรู้ความสามารถ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
แห่งตนในการควบคุม						
พฤติกรรมก้าวร้าว						
หลังการทดลอง	4.160	.366	2.844	.349	14.236	< .001
สิ้นสุดการติดตามผล	3.480	.348	2.405	.285	12.299	< .001

2.3 ผู้ป่วยจิตเภท มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองและของกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะสิ้นสุดการติดตามผล พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F=1233.032^*$) และค่าปฏิสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง สิ้นสุดการติดตามผล พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F=5422.677^*$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองและของกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะสิ้นสุดการติดตามผล (n=60)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม					
กลุ่มที่รับโปรแกรมฯกับกลุ่มที่บำบัดตามปกติ	1355.975	1	1355.975	5422.677*	.000
ความคลาดเคลื่อน	14.503	58	.250		
ความแตกต่างภายในกลุ่ม					
กลุ่มที่รับโปรแกรมฯ	91.525	2	45.763	1233.032*	.000
ระยะเวลา x กลุ่ม	14.534	2	7.267	195.808*	.000
ความคลาดเคลื่อน	4.305	116	.037		

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยอภิปรายผล ดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน ผลการวิจัย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า โปรแกรมการกำกับตนเองซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนซึ่งถูกบูรณาการผ่านกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม คือ ขั้นตอนที่ 1) การสังเกตตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 นี้คือ ตัวฉัน กิจกรรมที่ 2 รู้สึกอย่างไร ช่วยบอกที่ ขั้นตอนที่ 2) การตัดสินใจตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3 เป้าหมายไปให้ถึง กิจกรรมที่ 4 ข้อความเตือนใจฉัน และขั้นตอนที่ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 5 เป็นได้ตั้งใจหวัง และกิจกรรมที่ 6 รางวัลแห่งความตั้งใจ (Bandura, 1986) ส่งผลให้เกิดการสร้างความสัมพันธ์และทำความรู้จักโปรแกรม การเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวและการกำกับตนเอง การรู้จักตนเองและฝึกเทคนิคผ่อนคลาย การฝึกการใช้การสนทนากับตนเอง การฝึกทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม และการสรุปและวางแผนการปฏิบัติ โดยจุดเด่นของโปรแกรมคือการเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริง มีการสะท้อนความคิดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม ซึ่งช่วยเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวได้ไปพร้อมๆ กัน ดังนั้นเมื่อกำหนดเป้าหมายขึ้นมาแล้วสามารถทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงขึ้น การได้เห็นบุคคลอื่นที่มีความใกล้เคียงกับตนเอง ประสบความสำเร็จ ทำให้เกิดความเชื่อว่าตนเองจะสามารถทำได้เช่นกัน ประกอบกับการชักจูงด้วยคำพูดจากผู้วิจัย เพื่อนในกลุ่ม และอยู่ในสภาวะที่มีสภาพร่างกายที่ดีและมีสภาวะอารมณ์ทางบวก แหล่งข้อมูลเหล่านี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวสูงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามคำกล่าวของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่ว่าการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่ง

ตนสามารถพัฒนาได้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ ประสบการณ์จากความสำเร็จ ประสบการณ์จากผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด สภาพร่างกายและสภาวะอารมณ์ที่พร้อม ดังนั้นเมื่อกลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยโปรแกรมการกำกับตนเอง จึงทำให้กลุ่มทดลองมีแหล่งข้อมูลในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนอย่างครบถ้วน ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จจากการฝึกปฏิบัติจริงในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว การเห็นแบบอย่างจากเพื่อนในกลุ่มที่มีความก้าวหน้า การได้รับคำชมเชยและกำลังใจจากผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม และการมีสภาพอารมณ์ที่ดีขึ้นจากการฝึกผ่อนคลาย ส่งผลให้มีความมั่นใจและการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้โปรแกรมการกำกับตนเองยังช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อผู้ป่วยได้กลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนที่อาจจะต้องเจอกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว แต่ผู้ป่วยก็ยังคงไว้ซึ่งความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chooprasert, Sirat, & Phengsa-wat (2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองของผู้ป่วยพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (พ.ร.บ. ยาเสพติด) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD=10.231, p < .01$) ก่อนการทดลองและเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 13.269, p < .001$) ส่วนเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล และหลังการทดลอง มีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเอง ไม่แตกต่างกัน หมายความว่าโปรแกรมการกำกับตนเองมีความคงทน ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยยังคงมีการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองเมื่อผู้ป่วยได้กลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ที่อาจจะต้องเจอกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจจะไม่ได้คาดคิดมาก่อน แต่ผู้ป่วยก็ยังสามารถคงไว้ซึ่งการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการกำกับตนเอง และการศึกษาของ Upamairat, Kongsuwan, & Suttharungsi (2019) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อทัศนคติการใช้ความรุนแรงและพฤติกรรมควบคุมตนเองในนักเรียนวัยรุ่น พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทไม่แตกต่างกัน ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา และคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนแล้ว นอกจากนี้ยังมีความคล้ายคลึงกันในลักษณะครอบครัว โดยพบว่าส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว และมีประสบการณ์การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาและทางร่างกายหรือการกระทำมาก

ที่สุด ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน ดังนั้นการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนการทดลองจึงไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง และระยะสิ้นสุดการติดตาม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติ ประกอบด้วย การประเมินและติดตามอาการทางจิต การบริหารยาต้านโรคจิต การดูแลสุขภาพกาย การเฝ้าระวังความปลอดภัยและการจัดการพฤติกรรม การบำบัดทางจิตสังคม การให้คำปรึกษาและสุขภาพจิตศึกษา และการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายว่า โปรแกรมการกำกับตนเองสามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวได้ เมื่อมีการควบคุมตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา และคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวโดยการจับคู่เหมือน ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังจากการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง จากการได้รับประสบการณ์จากแหล่งข้อมูล การฝึกปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ช่วยพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว อีกทั้งการได้เห็นตัวแบบที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตนประสบความสำเร็จ การชักจูงด้วยคำพูดของผู้วิจัยและเพื่อนในกลุ่ม รวมถึงการอยู่ในสถานะที่มีความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ โดยประสบการณ์ดังกล่าวเป็นแหล่งข้อมูลที่ทำให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองเกิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกำกับตนเอง จึงส่งผลให้รับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวสูงขึ้น ทั้งนี้โปรแกรมการกำกับตนเองทั้ง 6 กิจกรรม มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบมีขั้นตอนต่อเนื่องเชื่อมโยงเป็นลำดับเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมได้มีการประเมินพฤติกรรมตนเอง ตั้งเป้าหมาย เรียนรู้การปรับเปลี่ยนทั้งจากตัวแบบและเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งโปรแกรมการกำกับตนเองยังช่วยทำให้เกิดแรงจูงใจในตนเองเพื่อตั้งเป้าถึงรางวัลในชีวิต ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองสูงขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chooprasert, Srirat, & Phengsa-wat (2018) และการศึกษาของ Upamairat, Kongsuwan, & Suttharungsi (2019) ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ งานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงยังสนับสนุนกลไกนี้ โดย Sari, Suttharangsee, Chanchong, & Turale (2014) พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทายาดีขึ้น และ Thongyu et al (2025) ได้เน้นย้ำว่า สมรรถนะแห่งตนในการเผชิญปัญหา (Coping Self-Efficacy) เป็นปัจจัยขับเคลื่อนที่ทรงพลังที่สุดในการส่งเสริมการคืนสู่สภาวะส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท (Thongyu et al., 2025) สิ่งนี้บ่งชี้ว่าการเพิ่มความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาและอารมณ์เชิงลบ เป็นหัวใจสำคัญของ

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (Sari et al., 2014; Thongyu et al., 2025) จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมการกำกับตนเองช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถแห่งตนจากการเป็นผู้รับบริการเชิงรับ (Passive Recipient) มาเป็นผู้มีบทบาทเชิงรุก (Active Participant) ในการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะสังเกตและระบุสัญญาณเตือนของอารมณ์ก้าวร้าว ประเมินและตัดสินใจสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม และเลือกใช้เทคนิคการจัดการที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งแตกต่างจากการดูแลตามปกติที่เน้นการให้ความรู้และคำแนะนำแบบทิศทางเดียว โปรแกรมนี้เน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านการฝึกปฏิบัติจริง การสะท้อนความคิด และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม โดยบทบาทของผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพจิตเวชมีความสำคัญในการเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) กระตุ้นการเรียนรู้ให้กำลังใจ และสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยสำหรับการแสดงออก ทั้งนี้ แม้ว่าทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวชจะมีการให้คำแนะนำและบำบัดผู้ป่วย แต่มักเป็นการให้บริการเป็นรายบุคคลหรือกิจกรรมกลุ่มทั่วไป ซึ่งไม่ได้มีโครงสร้างเฉพาะเจาะจงในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเหมือนโปรแกรมการกำกับตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องในการนำโปรแกรมห้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามการศึกษาระยะยาวถึงการคงอยู่ของการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท โดยประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำหลังจากได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนในระยะ 3-6 เดือน
2. การนำโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวไปศึกษาหรือขยายผลในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด หรือผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เป็นต้น

References

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY, US: W H Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.

- Bureau of Mental Health Service Administration. (2017). *Manual for schizophrenia care for hospitals in health regions (Medical edition)*. Victoria Image Co., Ltd.
- Chooprasert, K., Srirat, W., & Phengsa-wat, J. (2018). *The effects of self-regulation program on perceived self-efficacy of patients under the Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545* (Unpublished research). Suan Saranrom Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health.
- Department of Mental Health. (2024). Important statistics on mental health services. Retrieved September 15, 2024, from <https://catalog.dmh.go.th/dataset/serviceimportant/resource/ab4d0f7c-e45d-4b7f-af59-811682ce4ab9>
- Janthawart, K., Toolsiri, C., & Rattanakreethakul, S. (2016). The effects of self-regulation programs on weight loss behavior and body weight of overweight public health personnel. *Journal of the Faculty of Nursing, Burapha University*, 24(3), 70-82.
- Maming, B., & Kongsuwan, W. (2023). A model for managing aggressive behavior in schizophrenic patients: A systematic literature review. *Journal of Princess of Naradhiwas University*, 15(1), 62-97.
- Medical Records Office, Suan Saranrom Hospital. (2024). *Annual statistical report 2022-2024*. Suan Saranrom Hospital.
- Pumphuang, S. (2014). *Self-management of schizophrenic patients when facing negative emotions of family* (Unpublished master's thesis). Prince of Songkla University.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Ratana, T. (2007). *Phon khong phrogram kan kamkap ton eng to kan rap ru samrothana haeng ton nai kan khuapkhum phrutikam kao rao khong dek wai run* [Effects of self-regulation program on self-efficacy in controlling aggressive behavior of adolescents] [Unpublished master's thesis]. Chiang Mai University. Retrieved August 25, 2024, from <https://doi.org/10.14457/CMU.the.2007.703>
- Sari, S. P., Suttharangsee, W., Chanchong, W., & Turale, S. (2014). Self-management family participation program for medication adherence among Indonesian people with schizophrenia: A randomised controlled trial study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 18(4), 274-289.

- Setthachandra, N., Sanguanpak, O., Yumuenwai, S., & Jinakleung, W. (2016). The development of a self-efficacy program for schizophrenic patients. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 30(1), 1-16.
- Thongyu, R., Bhatarasakoon, P., Skulphan, S., & Sethabouppha, H. (2025). A causal model of personal recovery among people with schizophrenia: A cross-sectional study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 29(4), 714-729.
- Udomrat, P., & Wasiknanont, S. (2009). *Textbook of schizophrenia*. Chanmuang Printing.
- Upamairat, T., Kongsuwan, W., & Suttharungsi, W. (2019). The effects of self-regulation programs on aggressive attitudes and self-control behaviors in adolescent students. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 33(2), 13-28.
- World Health Organization. (2022). *Schizophrenia*. Retrieved October 8, 2024, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Zimmerman, B. J. (2000). Chapter 2 Attaining Self-Regulation A Social Cognitive Perspective. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 13-39). San Diego: Academic Press.

ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ห่อผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วรภาพ เรืองสวัสดิ์
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดช่องท้องที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 ราย และกลุ่มทดลอง 22 ราย เครื่องมือวิจัยคือโปรแกรมการจัดการความปวดที่พัฒนาจากแนวทางการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย ประกอบด้วยการประเมินระดับความปวด การจัดการความปวดตามระดับความรุนแรง การพยาบาลขณะจัดการความปวด และการประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง .90 แบบบันทึกการจัดการความปวดและแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรม มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบสมมติฐานด้วย Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .031$) ด้านความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรม การจัดการความปวดในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\text{Mean} = 4.33$, $\text{SD} = .39$) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ โปรแกรมสามารถช่วยจัดการความปวดหลังผ่าตัด ($\text{Mean} = 4.80$, $\text{SD} = .41$) และการใช้โปรแกรมสามารถบรรเทาอาการปวดได้ดี ($\text{Mean} = 4.73$, $\text{SD} = .46$) ส่วนประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ อุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมสะดวกและรวดเร็วในการประเมินอาการปวด ($\text{Mean} = 3.86$, $\text{SD} = .35$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการความปวดมีประสิทธิภาพในการลดความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม และได้รับความพึงพอใจในระดับมากจากพยาบาลผู้ใช้โปรแกรม

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการความปวด, ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม, การผ่าตัดช่องท้อง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: waraphon5924@gmail.com)

วันที่รับ 5 ส.ค. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 25 พ.ย. 2568, วันที่ตอบรับ 1 ธ.ค. 2568

The Effects of Pain Management Program on Pain among Surgical Critically Ill Patients undergoing Abdominal Surgery, Surgical Intensive Care Unit, Surat Thani Hospital

Waraphon Rueangsawat
Surat Thani Hospital

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare mean pain scores at 72 hours post-abdominal surgery between critically ill surgical patients receiving a structured pain management program (experimental group) and those receiving routine nursing care (control group). A secondary objective was to evaluate nurses' satisfaction with the program's implementation. The sample consisted of 44 critically ill surgical patients admitted to the Surgical Intensive Care Unit (SICU) at Surat Thani Hospital, divided equally into an experimental group (n=22) and a control group (n=22). The research instrument was a pain management program developed based on the acute postoperative pain guidelines from the Royal College of Anesthesiologists of Thailand and the Thai Association for the Study of Pain. The program included systematic pain assessment, management based on pain severity, concurrent nursing care, and post-intervention reassessment (IOC .90). Other tools included a pain management record form and a nurse satisfaction questionnaire, with Cronbach's alpha reliability coefficients of .86 and .87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the Mann-Whitney U Test.

The results revealed that the mean pain score at 72 hours post-abdominal surgery was significantly lower in the experimental group than in the control group (P-value= .031). Nurses' overall satisfaction with the program was high (Mean=4.33, SD=.39). The highest-rated aspects were that the program helped manage postoperative pain (Mean=4.80, SD=.41) and effectively relieved pain (Mean=4.73, SD=.46). The lowest-rated aspect was the convenience and speed of the equipment used for pain assessment (Mean=3.86, SD=.35). These findings indicate that the structured pain management program is effective in reducing postoperative abdominal pain in critically ill surgical patients and was met with a high level of satisfaction by the implementing nurses.

Keywords: Pain Management Program, Surgical Critically Ill Patients, Abdominal Surgery

Corresponding E-mail: waraphon5924@gmail.com

Received: August 5, 2025; Revised: November 25, 2025; Accepted: December 1, 2025

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 8 No.2 July - December 2025 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

การผ่าตัดช่องท้อง (Abdominal Surgery) เป็นวิธีการรักษาทางศัลยกรรมเพื่อสำรวจหรือรักษาพยาธิสภาพภายในช่องท้อง เช่น ลำไส้ ตับ หรือกระเพาะอาหาร โดยแบ่งเป็น 2 วิธีหลัก ได้แก่ การผ่าตัดแบบดั้งเดิม (Conventional Surgery) หรือการผ่าตัดแบบเปิด (Open Abdominal Surgery/ Exploratory Laparotomy) และการผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic Surgery) ซึ่งมีข้อดีคือแผลเล็ก เสียเลือดน้อย และปวดแผลน้อยกว่า (Somchock White, Chularee, & Chiaranai, 2020) อย่างไรก็ตามในบริบทของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี การผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดยังคงถูกใช้เป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บรุนแรง หรือมีพยาธิสภาพในช่องท้องที่ซับซ้อนและต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน (Royal College of Anesthesiologists of Thailand in Collaboration with The Thai Association for the Study of Pain, 2019) การผ่าตัดใหญ่นี้สร้างความกังวลแก่ผู้ป่วยและมักใช้เวลาานาน ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (Surgical Intensive Care Unit: SICU) ปัญหาทางคลินิกที่สำคัญที่สุดและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ความปวดหลังผ่าตัด (Postoperative Pain) ซึ่งมักมีความรุนแรงสูง โดยเฉพาะในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก (Kaewpia, Pakanta, & Khamboon, 2023) รายงานการศึกษาพบว่าผู้ป่วยยังคงมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงสูงถึงร้อยละ 88 โดยปวดมากในวันแรกร้อยละ 95 (Sawangchai, Ngamkham, 2017) ความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมขึ้นอยู่ กับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ, เพศ, ทัศนคติ) ปัจจัยการผ่าตัด (ตำแหน่ง, ชนิด, ระยะเวลา) (Yuvanich, Chatchamni, & Latthitanatham, 2021) และความปวดจากการปฏิบัติการพยาบาลอื่น ๆ (การใส่ท่อช่วยหายใจ, การพลิกตัว, การดูดเสมหะ, การทำแผล) ความปวดที่รุนแรงนี้จะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง และร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทางจิตใจ ความปวดก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว และซึมเศร้า ซึ่งอารมณ์เหล่านี้ยิ่งเสริมให้ความปวดรุนแรงขึ้น (Kanokkarnjana, Chiwiboontham, & Sri-on, 2022) ส่วนผลกระทบทางกาย ประกอบด้วยการกดระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้แผลหายช้า เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Aussawaponpaisan, Chiwongnakkapun, 2021) ส่งผลให้การฟื้นตัวล่าช้า อาจกลายเป็นความปวดเรื้อรัง และมีผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว นอกจากนี้ ยังเพิ่มอัตราการตาย ยืดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ และเพิ่มจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ความท้าทายที่ซับซ้อนที่สุดในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต คือ ผู้ป่วยมักไม่สามารถสื่อสารความต้องการได้ (Non-Verbal) เนื่องจากการใช้ยาระงับความรู้สึก (Sedation) หรือการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical Ventilation) (Aussawaponpaisan, Chiwongnakkapun, 2021) หากความปวดไม่ได้รับการประเมินและจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ จะคุกคามต่อคุณภาพการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย พยาบาลจึงต้องตระหนักและมีความสามารถในการจัดการความปวดเชิงรุก จากการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่า การมีแนวปฏิบัติ (Guideline) หรือโปรแกรมการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดระดับความปวดและส่งผลดีต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้จริง เช่น การใช้โปรแกรมบริหารจัดการแบบซิงก์ (Puakya, Thanaslip, 2013) หรือการจัดการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรี (Ochum, 2006) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้

การศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด (Erchookait, Kongyut, 2025)

หอพยาบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด จากสถิติปีงบประมาณ 2566-2568 พบผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวน 21, 27 และ 27 คน คิดเป็นร้อยละ 35, 46.55 และ 48.84 ของผู้ป่วยทั้งหมดตามลำดับ (Department of Medical Records and Statistics, Surat Thani Hospital, 2024) จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน แม้หอผู้ป่วยจะได้นำเครื่องมือประเมินความปวดมาตรฐานสากลมาใช้ คือ Numeric Rating Scale (NRS) สำหรับผู้ป่วยที่สื่อสารได้ และ Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) สำหรับผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ Critical-Care Pain Observation Tool - CPOT สำหรับผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ และมีการจัดการความปวดโดยใช้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) โดยมีเป้าหมาย NRS < 3 คะแนนร่วมกับการประเมินระดับความง่วงซึม (Sedation Score - SAS) และการดูแลแบบไม่ใช้ยา (การจี้ทำ, การจี้ใส่แวนด์ล้อม) อย่างไรก็ตามแม้จะมีความพยายามในการจัดการความปวดและมีเครื่องมือที่เหมาะสม ยังพบว่าในทางปฏิบัติยังมีแนวปฏิบัติที่มีอยู่ยังหลากหลาย ขาดความต่อเนื่องในการประเมินและบันทึกผล ทำให้การจัดการความปวดไม่ทันท่วงที หรือไม่สามารถตอบสนองต่อความปวดของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง อันนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ตระหนักถึงปัญหานี้ จึงสนใจพัฒนา โปรแกรมการจัดการความปวด สำหรับผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวคิด Clinical Guidance for Acute Pain Management ซึ่งเน้นการประเมินและรักษาความปวดเฉพาะราย โดยมีหลักการสำคัญ ได้แก่ การระงับปวดแบบหลายกลไก (Multimodal Analgesia) การระงับปวดเชิงป้องกัน (Preventive Analgesia) และการจัดการความปวดจำเพาะตามประเภทการผ่าตัด (Surgery-Specific Pain Management) โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อควบคุมความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานให้แก่พยาบาล และนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง ของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายการจัดการความปวด

สมมติฐานวิจัย

1. ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายการจัดการความปวดอยู่ในระดับมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Clinical Guidance for Acute Pain Management) จากราชวิทยาลัยวิสัญญีแห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทยและดัดแปลง (Adapt) ให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งกล่าวถึงการจัดการความปวด การประเมินและการพยาบาลเพื่อจัดการความปวด ที่จะส่งผลให้ระดับความปวดของผู้ป่วยลดลง ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัด 2) การจัดการความปวดตามระดับความรุนแรงของความปวด 3) การประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับการจัดการความปวด และ 4) การพยาบาลขณะจัดการความปวด ซึ่งพัฒนามาจากการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต (Jaisit, Nucsutham, & Thadsaeng, 2020) และกระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสถาบันบำราศนราดูร (Waipurinta, 2017) ดังภาพ

โปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่รับการผ่าตัดช่องท้อง มีองค์ประกอบดังนี้

1. การประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัด

การพยาบาล

ครั้งที่ 1 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัดสัญญาณชีพหลังผ่าตัด และประเมินต่อทุก 2 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงแรก

ครั้งที่ 2 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและระดับความปวด ทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 และประเมินทุกครั้งก่อนและหลังให้ยา หรือ ปรับตามเฉพาะรายบุคคล

****กำหนดการลงบันทึกในฟอร์มโปรทเป็นปากกาสีแดง ตามรอบของการวัดสัญญาณชีพ และจุดไข้ปลายงมาที่คะแนนการจัดการความปวดที่ลดลงและลงบันทึกใน ICU Record โดยเขียนเป็นตัวเลขอารบิกใช้ปากกาสีน้ำเงิน**

2. การจัดการความปวดตามระดับความรุนแรงของความปวด

NRS ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไปหรือ CPOT ตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป

*กรณีการจัดการความปวดหลังฉีดยาแก้ปวด แบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ช่วง

ช่วง 1 NRS 0-3 คะแนน หรือ CPOT 0-2 คะแนน

ช่วง 2 NRS 4-6 คะแนน หรือ CPOT 3-5 คะแนน

ช่วง 3 NRS ≥ 7 คะแนน หรือ CPOT > 5 คะแนน

การพยาบาล

1. ฉีดยาตามแผนการรักษา

2. ประเมินความปวดและ Sedation Score หลังฉีดยาทางหลอดเลือดดำ 15 นาที

3. ดูแลประเมินอาการข้างเคียงหลังให้ยาแก้ปวดกลุ่ม Strong Opioids ได้แก่ การกดศูนย์หายใจ ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ค้น ง่วงซึม ถ้ามีอาการผิดปกติ รายงานแพทย์

4. ติดตามและปฏิบัติตามขั้นตอนการประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัด

5. เสริมยาแก้ปวดกลุ่ม Non-Opioid หรือฉีดยาตามคำสั่ง BTP (Breakthrough Pain) ระหว่าง Dose ตามแผนการรักษา

6. ปฏิบัติตามข้อ 4 และ 5

3. การพยาบาลขณะจัดการความปวด

การพยาบาล

ใช้หลัก 10R, ฝึกสอนสาธิตการหายใจ, การไออย่างมีประสิทธิภาพ (กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดี), การจัดท่านอนที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย ปลอดภัย ให้กำลังใจ ร่วมกับการให้ข้อมูล

4. การประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับการจัดการความปวด ได้แก่

4.1 ฉีดยาตามกำหนด, แบบครั้งคราวจนได้ผลระงับปวด

การพยาบาล ประเมินหลังฉีดยาทางหลอดเลือดดำ 15 นาที, 30 นาที, 1 ชั่วโมง และทุก 2 ชั่วโมง ในรอบการฉีดยาแต่ละครั้ง

4.2 IV Drip Continuously

การพยาบาล ประเมินหลังฉีดยาทางหลอดเลือดดำ 15 นาทีและ ประเมินทุก 4 ชั่วโมง

- ระดับความปวด
หลังผ่าตัดช่องท้อง
72 ชั่วโมงของผู้ป่วย
- ความพึงพอใจของ
พยาบาลต่อการ
ใช้โปรแกรมจัดการ
ความปวด ฯ

ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช่โปรแกรมจัดการความปวดหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางช่องท้อง (Abdominal Surgery) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และพยาบาลวิชาชีพที่ใช้โปรแกรมการจัดการความปวดต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีพยาธิสภาพผิดปกติของอวัยวะภายในช่องท้องจากการได้รับบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้อง และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทางช่องท้อง (Abdominal Surgery) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่าง กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive Sampling) กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis) จากการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (Aussawaponpaisan, Chiwongnakkapun, 2021) ได้คำนวณอิทธิพลระดับกลาง (Medium Effect Size) ที่ .60 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทำนาย (Power) ที่ .80 ได้จำนวนกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คนเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการศึกษา จึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน โดยเก็บข้อมูลกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติให้เสร็จก่อน แล้วเก็บข้อมูลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวด ป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล ตัวอย่างในการเก็บการวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้นจำนวน 44 ราย คุณสมบัติที่กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ General Anesthesia อายุ 15 ปีขึ้นไป เข้ารักษาตัวที่หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม มากกว่าหรือเท่ากับ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด 2) ยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ภาวะวิกฤตทางระบบทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Distress Syndrome ARDS) ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) น้อยกว่า 90/60 mmHg หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก 2) ภาวะเลือดออกมากหลังผ่าตัด (Bleeding) ปริมาณเลือด 500–5,000 มิลลิลิตร (Hypovolemic Shock) หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก 3) ผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมก่อน 72 ชั่วโมง

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ใช้โปรแกรมการจัดการความปวดต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 13 คน คุณสมบัติที่กำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 2) ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง 3) ยินดีและร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. โปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยไอซียู ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน (Clinical Guidance for Acute Pain Management) จากราชวิทยาลัยวิสัญญีแห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัด 2) การจัดการความปวดตามระดับความรุนแรงของความปวด 3) การประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับการจัดการความปวด และ 4) การพยาบาลขณะจัดการความปวด ซึ่งพัฒนามาจากการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต (Jaisit, Nucsutham, & Thadsaeng, 2020) และกระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสถาบันบำราศนราดูร (Waipurinta, 2017)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกการจัดการความปวด ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่รับเข้าหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม เวลา การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด วันที่ได้รับการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการจัดการความปวดของพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีเนื้อหาการบันทึก วันเดือนปีหลังผ่าตัด การประเมินก่อนได้รับยาแก้ปวด เวลาที่ให้ การพยาบาลขณะจัดการความปวด เวลาประเมินหลังได้รับยา อาการผิดปกติหลังให้ยา/การพยาบาล และการประเมินหลังได้รับยา

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ โปรแกรมการจัดการความปวดโดยพยาบาลวิชาชีพไอซียูศัลยกรรมที่ใช้โปรแกรมการจัดการความปวดเป็นผู้ประเมิน ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา และการได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน

ส่วนที่ 2 แบบความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 โปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี นำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ 3 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน และศัลยแพทย์ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาในโปรแกรมกับนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยกำหนดระดับความคิดเห็น 4 ระดับ ได้แก่ 1, 2, 3, 4 ซึ่งแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้ 1 หมายถึง เนื้อหาไม่สอดคล้องกับนิยามเชิง

ปฏิบัติการ 2 หมายถึง เนื้อหาต้องปรับปรุงมากจึงสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ 3 หมายถึง เนื้อหาต้องปรับปรุงเล็กน้อยจึงสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ 4 หมายถึง เนื้อหามีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ จากนั้นรวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาทำการแก้ไข มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ .90

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกการจัดการความปวด และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้อุปกรณ์การจัดการความปวด (Watthanatanyakarn, Sumdaengrit, & Kanoksuntornrut, 2018) ลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 4 หมายถึง พึงพอใจมาก 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด จำนวน 5 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนมีดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม จำนวน 10 คน โดยพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยแบบบันทึกการจัดการความปวด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .86 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้อุปกรณ์การจัดการความปวด ได้เท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการก่อนทดลอง

1. ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำเอกสารเสนอต่อหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยหนัก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการเก็บข้อมูลวิจัย

2. ผู้วิจัยประชุมพยาบาลประจำหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยประชุมพยาบาลประจำหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมทั้งหมด 13 คนที่เข้าร่วม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่เข้าร่วมงานวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย ใช้เวลา 5 นาที กระบวนการจัดให้ความรู้ในเรื่องโปรแกรมการจัดการความปวด ในรูปพาวเวอร์พอยนต์ โดยใช้เวลา 20 นาทีเปิดโอกาสให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

ขั้นตอนการทดลอง

พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม ทำการพยาบาลดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ จำนวน 22 คน และดำเนินเก็บกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวด จำนวน 22 คน รวมในการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้นจำนวน 44 คน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2568 โดยมีขั้นตอนดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ดำเนินการตามขั้นตอน ได้แก่

1.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.2 เมื่อได้รับความยินยอม เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่รับเข้าหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม เวลา การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด วันที่ได้รับการผ่าตัด ส่วนที่ 2 แบบประเมินการจัดการความปวดของพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยมีเนื้อหาการบันทึก วันเดือนปีหลังผ่าตัด การประเมินก่อนได้รับยา ยาแก้ปวด เวลาที่ให้ การพยาบาลขณะจัดการความปวดเวลาประเมินหลังได้รับยา อาการผิดปกติหลังให้ยา/การพยาบาล และการประเมินหลังได้รับยา ให้การพยาบาลและประเมินความปวดที่ใช้เป็นข้อตกลงภายในหน่วยงานตามปกติได้แก่ การประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ประเมินทุก 2 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง และประเมินทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 72 ชั่วโมง หรือตามการให้ยาระงับปวด อาจจะเป็นทุก 2 ชั่วโมงหรือทุก 4 ชั่วโมงพร้อมประเมิน SAS (Sedation Score) เป็นวิธีการใช้ประเมินระดับความง่วงซึมหลังจากให้ยาแก้ปวดจำพวก Strong opioid พร้อมลงบันทึกใน ICU Record โดยใช้ปากกาสีน้ำเงิน และจุดในฟอร์มปรอทเป็นสีแดง

2. กลุ่มทดลอง ดำเนินการตามขั้นตอน ได้แก่

2.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมา

2.2 เมื่อได้รับความยินยอม เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่รับเข้าหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม เวลา การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด วันที่ได้รับการผ่าตัด ส่วนที่ 2 แบบประเมินการจัดการความปวดของพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยมีเนื้อหาการบันทึก วันเดือนปีหลังผ่าตัด การประเมินก่อนได้รับยา ยาแก้ปวด เวลาที่ให้ การพยาบาลขณะจัดการความปวดเวลาประเมินหลังได้รับยา อาการผิดปกติหลังให้ยา/การพยาบาล และการประเมินหลังได้รับยา ให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการจัดการความปวด ฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีการดำเนินการดังนี้ 1. การประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัดการพยาบาลครั้งที่ 1 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัดสัญญาณชีพหลังผ่าตัด และประเมินต่อทุก 2 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงแรก ครั้งที่ 2 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและระดับความปวด ทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 และประเมินทุกครั้งก่อนและหลังให้ยา หรือ ปรับตามเฉพาะรายบุคคล (กำหนดการลงบันทึกในฟอร์มปรอทเป็นปากกาสีแดง ตามรอบของการวัดสัญญาณชีพ และจุดไขปลาธงมาที่คะแนนการจัดการความปวดที่ลดลงและลงบันทึกใน ICU Record โดยเขียนเป็นตัวเลขอารบิกใช้ปากกาสีน้ำเงิน) 2. การจัดการความปวดตามระดับความรุนแรงของความปวด NRS ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไปหรือ CPOT ตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป* กรณีการจัดการความปวดหลังฉีดยาแก้ปวดแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 NRS 0-3 คะแนน หรือ CPOT 0-2 คะแนน เป็นการเฝ้าประเมินและติดตามปฏิบัติตามขั้นตอนการประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัด ช่วงที่ 2 NRS 4-6 คะแนน หรือ CPOT 3-5

คะแนน ช่วงที่ 3 NRS ≥ 7 คะแนน หรือ CPOT > 5 คะแนน ปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ฉีดยาตามแผนการรักษา 2) ประเมินความปวดและ Sedation score หลังฉีดยาทางหลอดเลือดดำ 15 นาที 3) ดูแลประเมินอาการข้างเคียงหลังให้ยาแก้ปวดกลุ่ม Strong opioids ได้แก่ การกดศูนย์หายใจ ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน คั้น ง่วงซึม ถ้ามีอาการผิดปกติ รายงานแพทย์ 4) ติดตามและปฏิบัติตามขั้นตอนการประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัด 5) เสริมยาแก้ปวดกลุ่ม Non-Opioid หรือฉีดยาตามคำสั่ง BTP (Breakthrough Pain) ระหว่าง Dose ตามแผนการรักษา 6) ปฏิบัติตามข้อ 4 และ 5 3. การพยาบาลขณะจัดการความปวด โดยใช้หลัก 10R, ฝึกสอนสาธิตการหายใจ, การไออย่างมีประสิทธิภาพ (กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดี), การจัดท่านอนที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย ปลอบโยน ให้กำลังใจ ร่วมกับการให้ข้อมูล 4. การประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับการจัดการความปวด ได้แก่ การฉีดยาตามกำหนด, แบบครึ่งคราวจนได้ผลระงับปวดให้ประเมินหลังฉีดยาทางหลอดเลือดดำ 15 นาที, 30 นาที, 1 ชั่วโมง และทุก 2 ชั่วโมง ในรอบการฉีดยาแต่ละครั้ง และการฉีดยาแก้ปวดทางสายหลอดเลือดดำต่อเนื่อง ให้ประเมินหลังให้ยาทางหลอดเลือดดำ 15 นาที และประเมินทุก 4 ชั่วโมง ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ

2.3 เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองโดยใช้แบบบันทึกประเมินการจัดการความปวด เพื่อนำมาวิเคราะห์

ขั้นประเมินผล

ประเมินการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด แบบบันทึกประเมินการจัดการความปวด และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด ฯ

1. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย 2) แบบประเมินการจัดการความปวดของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและพัฒนาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เก็บข้อมูลแบบประเมินโดยผ่าน Google Form มีรายละเอียดดังนี้

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การวินิจฉัยโรคการรักษา/การผ่าตัดวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่และเวลาได้รับการผ่าตัดและเข้ารักษาตัวที่หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม 2

- แบบประเมินการจัดการความปวดของพยาบาล ประกอบด้วย มีการบันทึกเกี่ยวกับความปวดมีการใช้เครื่องมือมาตรฐานในการประเมินความปวด (NRS, CPOT) มีการบันทึกความรุนแรงของความปวดตั้งนี้บันทึกสัญญาณชีพและระดับความปวดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพปกติ หลังจากนั้นทุก 2 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงแรก ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและระดับความปวดทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมง ประเมินเฉพาะรายบุคคล (ระบุ) ปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการความปวดวิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ ประเภทของยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ ประเมินอาการข้างเคียง

2. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดฯที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-Square Test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก และเมื่อทำการทดสอบการแจกแจง ข้อมูลด้วย Kolmogorov - Smirnov Test พบว่าได้เท่ากับ .007 แสดงว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นปกติ ($p\text{-value} \leq .05$) ไม่สามารถทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติพารามิเตอร์ได้ จึงใช้สถิติที่ไม่ใช้พารามิเตอร์ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

3. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ 151/67 ลงวันที่ 7 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงผลเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=22)	กลุ่มทดลอง (n=22)	χ^2	$p\text{-value}^*$
เพศ				
ชาย	19	14	3.030	.082*
หญิง	3	8		
อายุ (ปี)				
60 ปีขึ้นไป	15	13	0.429	.807*
40-59 ปี	6	8		
18-39 ปี	1	1		
ชนิดการผ่าตัด				
Exploratory Laparotomy (Trauma)	0	0		
Exploratory Laparotomy (Non-trauma)	22	22	-	-
ระยะเวลาของการผ่าตัด(เฉลี่ย) (นาที)	166.59	147.55	0.835	.409*
เครื่องมือประเมินปวด				
NRS	8	6	0.400	.527*
CPOT	14	16		

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 19 คน (ร้อยละ 86.36) และเพศหญิง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 13.63) และกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการความปวด เป็นเพศชายจำนวน 14 คน (ร้อยละ 63.63) และเพศหญิงจำนวน 8 คน (ร้อยละ 36.36) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวน 15 คน (ร้อยละ 68.18) และกลุ่มทดลองมีจำนวน 13 คน (ร้อยละ 59.09) ชนิดการผ่าตัดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มคือการผ่าตัดแบบ Exploratory Laparotomy (Non-Trauma) และระยะเวลาของการผ่าตัดเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม คือ 166.59 นาที กลุ่มทดลอง 147.55 นาที เมื่อเปรียบเทียบ ลักษณะต่างๆของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Chi-Square Test ในตัวแปรพื้นฐานที่สำคัญทุกตัวทั้งเพศ อายุ ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด เครื่องมือประเมนปวด พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 ผลของการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ (Mann-Whitney U Test)

คะแนนความปวด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		z	Sig (2 tailed)
	n	Mean Rank	n	Mean Rank		
คะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง	22	18.34	22	26.66	-2.16	.031*

* $p\text{-value} < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง ของผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมหลังผ่าตัดช่องท้อง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวด และกลุ่มควบคุมที่รับ การพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .031$) โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด

(n=15)

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด	Mean	SD.	การแปลผล
1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมในการลดปวด	4.33	.487	มาก
2. โปรแกรมสามารถช่วยจัดการความปวดหลังผ่าตัด	4.80	.414	มากที่สุด
3. การใช้โปรแกรมสามารถบรรเทาอาการปวดได้ดี	4.73	.457	มากที่สุด
4. อุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมสะดวกและรวดเร็วในการประเมินอาการปวด	3.86	.351	มาก
5. การใช้โปรแกรมทำให้มีความสะดวกในการปฏิบัติงาน	3.93	.258	มาก
ภาพรวม	4.33	.393	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.33$, $SD=.39$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ โปรแกรมสามารถช่วยจัดการความปวดหลังผ่าตัด ($M=4.80$, $SD=.41$) รองลงมา คือ การใช้โปรแกรมสามารถบรรเทาอาการปวดได้ดี ($M=4.73$ $SD=.46$) ส่วนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุด คือ อุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมสะดวกและรวดเร็วในการประเมินอาการปวด ($M=3.86$, $SD=.35$)

อภิปรายผล

การอภิปรายผลเรียงตามวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง ของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวด และกลุ่มที่ไม่ได้ใช้โปรแกรม และประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ระดับค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง ของกลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ระดับค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการจัดการทางการพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดยพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลตามโปรแกรม โดยมีรายละเอียดซึ่งประกอบด้วยการประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัดการประเมินความปวดแก่ผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่สามารถสื่อสารได้และไม่สามารถสื่อสารได้ซึ่งจากข้อมูลทั่วไปของการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เมื่อใช้แบบสังเกตความปวดของผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้ Critical Care Pain Observation Tool [CPOT] ร่วมด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมได้รับการประเมินความปวดตรงตามสภาพจริงและสามารถจัดการความปวดตามระดับความรุนแรงของความปวดได้อย่างเหมาะสมมากกว่าการใช้เครื่องมือประเมินความปวดเพียงวิธีการเดียว การพยาบาลขณะจัดการความปวดบทบาทอิสระของพยาบาลประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น นำไปใช้ปฏิบัติได้จริง และได้ผลลัพธ์ในการบรรเทาปวดได้ดีกว่าเดิม, การประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับการจัดการความปวดการเตรียมยาการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนร่วมกับการประเมิน Sedative Score สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสถาบันบำราศนราดูร (Waipurinta, 2017) โดยพบว่าพยาบาลให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่องและการประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด และพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาเพิ่มขึ้น เพื่อนำไปใช้ร่วมกับการใช้ยาบรรเทาปวด เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการบรรเทาปวดให้ดีขึ้น การมีแนวทางในการบรรเทาปวดที่ชัดเจนร่วมกับมีแบบเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนของยาจะช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจและสามารถตัดสินใจในการให้ยาบรรเทาอาการปวดได้มากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการจัดการความปวดที่ได้มาตรฐานและมีการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมชายหญิง 4x โรงพยาบาลศรีนครินทร์

(Meepap, Saensom, & Methakanjanasak, 2017) พบว่า ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเกือบทุกตัว ซึ่งความปวดจะลดลงตามจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัด ร้อยละ 54 มีคะแนนความปวดเรื้อรังหลังกลับจากห้องผ่าตัดเท่ากับ 4 และร้อยละ 60 รายงานว่ามีคะแนนความปวดอยู่ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ (Aussawaponpaisan, Chiwongnakkapun, 2021) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต มีคะแนนความปวดที่ลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตช่วยบรรเทาความปวดเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

2. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยในภาพรวมของความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด อยู่ในระดับมาก หมายถึงโปรแกรมสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้มาก การใช้โปรแกรมสามารถบรรเทาอาการปวดได้ดี เนื่องจากมีการจัดการความปวดตามโปรแกรมอย่างเป็นระบบ ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพตามมาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัยและลดระดับการปวดและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อคุณภาพการบริการพยาบาลด้านความปลอดภัยในการผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ (Chantrayotagorn, Udkhammee, 2021) พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดมีคุณภาพการบริการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด เกิดความ พึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมตั้งแต่การตัดสินใจ การปฏิบัติ การรับผลประโยชน์และการประเมินผล ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและปลอดภัย และการศึกษาการพัฒนาแนวทางการจัดการความเจ็บปวด ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช (Rossukhumalchat, Chenchob, 2021) ผลจากการใช้แนวทางการจัดการความปวดทำให้มีแนวปฏิบัติ ผลทำให้ช่วยในการพยาบาลเพิ่มความถี่ในการประเมินอาการผู้ป่วย เพิ่มการควบคุมติดตามการเปลี่ยนแปลง เพื่อประสิทธิภาพในการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย ทำให้เกิดความชัดเจนในการนำแนวทางการจัดการความปวดที่เน้นผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล และผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยและญาติ ทำให้เกิดแนวทางการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นและสามารถพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากผลการวิจัยของหลายภาคส่วน สอดคล้องกับการวิจัยของผู้วิจัยในครั้งนี้ พยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดในระดับมาก พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่าการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดมีความเป็นไปได้และพร้อมที่จะปฏิบัติตามโปรแกรมนี้นี้เพราะโปรแกรมการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้นเกิดประสิทธิผลที่ดีต่อผู้ป่วย โดยสามารถลดปวดสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังสามารถนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างสอดคล้องเหมาะสมกับบทบาทพยาบาลและบริบทของหน่วยงาน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรมการจัดการความปวดสำหรับจัดการความปวดหลังผ่าตัดผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นบทบาทอิสระของพยาบาลมาใช้โปรแกรมในการจัดการความปวดที่หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม
2. พยาบาลวิชาชีพสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางจัดการการความปวดโดยกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายผลการวิจัยการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดไปปรับใช้ยังหอผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ หรือหอผู้ป่วยสามัญที่มีผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง
2. ควรมีการปรับปรุงโปรแกรมบางจุดให้เหมาะสมกับทรัพยากร เทคโนโลยีและบริบทของแต่ละหน่วยงาน

References

- Aussawaponpaisan, P., Chiwongnakkapun, C. (2021). Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guidelines for Pain Management among Surgical Critically Ill Patients in Surgical Intensive Care Unit, Phrae Hospital. *Journal of the Phrae Hospital*, 29(1), 139-152. (in Thai)
- Bunjai, S. (2012). Development and validation of research instrument: Psychometric properties. Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Chantrayotagorn, L., Udkhammee, K.(2021). Effects of Professional Nurses Participation Program in Perioperative Nursing Care to patient Safety surgery Phrae Hospital. *Journal of the Phrae Hospital*. 29(1), 28-38. (in Thai)
- Watthanatanyakarn, D., Sumdaengrit, B., & Kanoksuntornrut, N.(2018) The Evaluation of Pain Management Guideline in Patients With Orthopedic Surgery. *Journal of Nursing and Health Care*. 36(4), 100-109. (in Thai)
- Erchookait, R., Kongyut,P.(2025) Effectiveness of a nursing practice guideline for postoperative abdominal pain management at the 50th Anniversary Special/1 and Monks Ward, Uthai Thani Hospital. *Nursing, Health, and Public Health Journal*, 4(2),14-26. (in Thai)
- Jaisit, J., Nucsutham, W., & Thadsaeng, B. (2020). Nursing care for pain management in critically ill patients. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office*, 26(2), 104-115. (in Thai)

- Kaewpia, T., Pakanta, I., & Khamboon, T. (2023). The Effects of Planned Pain Management Program on Pain and Self-Practice after Abdominal Surgery in Abdominal Injured Patients. *Journal of Nursing and Health Science Research*, 15(1), 68-81. (in Thai)
- Kanokkarnjana, P., Chiwiboontham, S., & Sri-on, J. (2022). Evaluation of Clinical Nursing Practice Guidelines of Extremity Injury Pain Management in Emergency Room. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 9(1), 88-107. (in Thai)
- Meepap, L., Saensom, D., & Methakanjanasak, N. (2017). Clinical Nursing Practice Guideline for Acute Pain Management in Critically Ill Patients. *Srinagarind Medical Journal*, 32(6), 561-570. (in Thai)
- Ochum, K. (2006). *The effect of pain management program with music listening on pain of post emergency abdominal surgical patients*. Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai)
- Puakya, J., & Thanaslip, S. (2013). Effects of a symptom management program on postoperative ileus among patients after emergency surgery. *Journal of Bureau of Alternative Medicine*, 6(1), 3-19. (in Thai)
- Rossukhumalchat, J., Chenchob, P. (2021). Development A Pain Management Guideline in Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital. *Chiangrai Medical Journal*, 13(1), 182-199. (in Thai)
- Royal College of Anesthesiologists of Thailand in collaboration with The Thai Association for the Study of Pain. (2019). Clinical Practice Guideline for Acute Pain (2nd ed.). Retrieved from https://www.tasp.or.th/news_files (in Thai)
- Sawangchai, J., Ngamkham, S.(2017). Postoperative pain in patients after abdominal surgery at Sawanpracharak Hospital. *Journal of Health Science Research*, 11, 1-11. (in Thai)
- Somchock White, J., Chularee, S., & Chiaranai, C. (2020). The Role of Nurses in Caring for Patients Undergoing Abdominal Surgery. *Journal of Health and Nursing Education*, 26(1), 231-250. (in Thai)
- Waipurinta, N. (2017). *Process and outcomes of postoperative pain management at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*. Anesthesia Division, Nursing Department, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Yuvanich, N., Chatchamni, M., & Latthitanatham, N. (2021). Pain Management Guidelines on Pain Level of Patient with Post Abdominal Surgery: An Integrative Review. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 4(3), 135-151. (in Thai)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุรินทร์

ปณิกา เหมะหมาย¹, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล^{2*}, กาญจนา ศรีสวัสดิ์²

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

²มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1)ระดับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุรินทร์ และ 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสุรินทร์ คำนวณขนาดตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 93 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน 3) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร และ 4) สมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน แบบสอบถามส่วนที่ 2-4 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับ .84, .82 และ .86 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .84, .84 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า 1) สมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุรินทร์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.08$, $SD=.56$) โดยด้านการมีความอ่อนน้อมถ่อมตนเชิงวัฒนธรรมมีคะแนนสูงสุด ($M=4.47$, $SD=.60$) รองลงมาได้แก่ด้านการตระหนักรู้เชิงวัฒนธรรม ($M=4.13$, $SD=.60$) และการมีความต้องการที่จะเสริมสร้างเชิงวัฒนธรรม ($M=4.25$, $SD=.67$) 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ($Beta=0.36$) และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ($Beta=0.40$), ($p<.05$) โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมได้ร้อยละ 40.8

ข้อเสนอแนะ ในการเสริมสร้างสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถให้การดูแลผู้มารับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความพึงพอใจมากขึ้น ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถให้การสนับสนุนจากองค์กร และเสริมพยาบาลวิชาชีพให้มีค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: สมรรถนะเชิงวัฒนธรรม, พยาบาลวิชาชีพ

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

วันที่รับ 3 ก.ค. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 29 พ.ย. 2568, วันที่ตอบรับ 1 ธ.ค. 2568

Factors Influencing the Cultural Competency of Professional Nurses In Surin Hospital

Punika Mormai¹, Somjai Puttapitukpol^{2*}, Kanjana Srisawad²

¹Student of Master of Nursing Science in Nursing Administration, Sukhothai Thammathirat Open University

²Sukhothai Thammathirat Open University

Abstract

This descriptive research aimed to investigate: 1) the level of cultural competence among professional nurses at Surin Hospital, and 2) the factors influencing the cultural competence of professional nurses at Surin Hospital.

The sample consisted of 93 professional nurses working at Surin Hospital. The data collection instrument was a four-part questionnaire. 1) personal information, 2) values toward different cultures, 3) perceived organizational support, and 4) cultural competence of professional nurses. The content validity was verified by five experts. The Content Validity Index (CVI) for parts 2-4 of the questionnaire were 0.84, 0.82, and 0.86, respectively. Cronbach's Alpha coefficients for these sections were 0.84, 0.84, and 0.95, respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research findings revealed that: 1) the overall cultural competence of professional nurses at Surin Hospital was at a high level ($M=4.08$, $SD=.56$). The dimension of cultural humility scored the highest ($M=4.47$, $SD=.60$), followed by cultural awareness ($M=4.13$, $SD=.60$) and cultural desire ($M=4.25$, $SD=.67$). 2) The factors that significantly influenced cultural competence were values toward different cultures ($Beta=0.36$) and perceived organizational support ($Beta=0.40$) ($p<.05$). These factors explained 40.8% of the variance in cultural competence.

The suggestions for enhancing cultural competence, enabling professional nurses to effectively care for culturally diverse service recipients and increase their satisfaction, are that nursing administrators can provide organizational support and promote professional nurses' positive values toward different cultures.

Keywords: Cultural Competence, Professional Nurses

Corresponding E-mail: pusomjai@gmail.com

Received: July 3, 2025; Revised: November 29, 2025; Accepted: December 1, 2025

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 8 No.2 July - December 2025 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องทั้งทางเศรษฐกิจ เทคโนโลยี สังคม สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการเมือง การเชื่อมโยงระหว่างเทคโนโลยีและประชาชนเป็นไปอย่างกว้างขวาง ทำให้สังคมมนุษย์มีการปรับเปลี่ยนจากสังคมเดียวไปเป็นสังคมที่หลากหลายเชิงวัฒนธรรมกันมากขึ้น ซึ่งในระบบสุขภาพอาจนำมาซึ่งพฤติกรรม ภาษา และความเชื่อที่แตกต่างกัน และทำให้เกิดความไม่เข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการได้ จากแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579 มุ่งยกระดับคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ ให้ทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพ ทำให้พยาบาลต้องเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงานเพื่อรองรับการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพวิชาชีพการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางด้านเชื้อชาติ ภาษา และวัฒนธรรมมากขึ้น (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2018)

จังหวัดสุรินทร์ มีประวัติศาสตร์ และความเป็นมายาวนาน เป็นที่อยู่ของชนหลายเผ่าพันธุ์ทั้ง ไทย เขมร ลาว กวย หรือกวย ซึ่ง ต่างมีวัฒนธรรม ประเพณี ภาษาของตน (Surin Provincial Statistical Office, 2021) โรงพยาบาลสุรินทร์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ มีศักยภาพสูงสุดตาม Service Plan คือ ระดับ A (Advance Level Referral System) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ให้บริการระดับตติยภูมิ มีบทบาทหน้าที่ รับส่งต่อการดูแลในโรงพยาบาลเครือข่าย รวมทั้งประชากรของประเทศเพื่อนบ้าน ผู้รับบริการพยาบาลของโรงพยาบาลสุรินทร์จึงมีความหลากหลายเชิงวัฒนธรรมสูง นอกจากนี้ยังมีผู้รับบริการจากประเทศเพื่อนบ้านและชาวต่างชาติอื่น ๆ ด้วย จากสถิติชาวต่างชาติมารับบริการในโรงพยาบาลสุรินทร์ในช่วงปี 2562-2564 พบว่ามีจำนวน 9,867, 6,645, 1,508 ส่วนใหญ่เป็นชาวกัมพูชา พม่า ลาว ตามลำดับ (Foreigner Health Service Center, 2022)

ความหลากหลายเชิงวัฒนธรรมเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการของพยาบาล เช่น การร้องเรียนที่เกิดจากความไม่เข้าใจในความต้องการระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการ จากภาษา ความเชื่อทางวัฒนธรรม ซึ่งนำไปสู่ความต้องการและความคาดหวังและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน นอกเหนือจากอุปสรรคด้านการสื่อสาร ทำให้บุคลากรในองค์กรระบบบริการสุขภาพต้องเร่งพัฒนาปรับปรุงระบบบริการให้มีคุณภาพได้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการที่มีความหลากหลายเชิงวัฒนธรรมและมีความคาดหวังในระบบสุขภาพมากขึ้น ดังที่ แคมพินฮา-บาโคเต (Campinha-Bacote, 2018) ได้ให้ความหมายของสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมว่าเป็น การแสดงออกถึงการบูรณาการความรู้ ทักษะและความสามารถในการบริหารความหลากหลายเชิงวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการที่เป็นชาวต่างชาติ ต่างศาสนา และต่างวัฒนธรรม ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะ และทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล เพื่อให้การดูแลและการบริการที่เหมาะสมกับลักษณะเชิงวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ซึ่งจำเป็นต้องมีสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม เพื่อให้บรรลุผลของการให้บริการด้านสุขภาพ และนำไปสู่การลดช่องว่างระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม มีหลายปัจจัย ได้แก่ ประสพการณ์การทำงาน เนื่องจากในช่วงเวลาของการปฏิบัติงานอาจช่วยให้พยาบาลวิชาชีพได้รับประสบการณ์จากการให้การพยาบาลผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมทำให้เรียนรู้และเข้าใจในแตกต่างของความเชื่อ คุณค่า ศาสนาและวัฒนธรรมได้ดียิ่งขึ้น (Chaosuansreecharoen et al, 2016) พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการให้บริการกับผู้รับบริการจะมีสมรรถนะการพยาบาลต่างวัฒนธรรมสูงกว่าพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์

ค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่าง อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม เนื่องจากการมีอคติหรือมีค่านิยมทางบวกหรือทางลบ ต่อวัฒนธรรมอื่นส่งผลต่อการดูแล เช่น ผู้ที่มีความรัก และเห็นชาติพันธุ์อื่นดีกว่า จะให้การดูแลที่ดี ถ้ารู้สึกทางลบต่อชาติพันธุ์อื่นจะละเลย หรือให้การดูแลที่ไม่ดี ดังที่ ฮอฟสตีต(Hofstede et al, 2010) กล่าวว่าวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกันส่งผลให้รูปแบบความคิด ทักษะคติ ตลอดจนพฤติกรรมของมนุษย์มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ซึ่งคือความเชื่อว่างค์การให้ความสำคัญกับความทุ่มเทในการทำงานของตนเองจะดูแลช่วยเหลือทั้งด้านวัตถุและจิตใจ ซึ่งทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกว่างค์กรเป็นที่พึ่งและพร้อมที่จะดำเนินการในด้านต่างๆเพื่อให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ปฏิบัติงานต้องการ เกิดความผูกพันและทุ่มเทกับการทำงาน (Rhoades & Eisenberger, 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะศึกษาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุรินทร์ ตามแนวคิดแคมพินฮา-บาโคตร (Campinha-Bacote, 2018) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อวางแผนพัฒนาสมรรถนะและเห็นแนวทางในการที่จะต้องพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสุรินทร์ในการพัฒนาสมรรถนะที่สูงขึ้นเพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรมและโลกปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลง

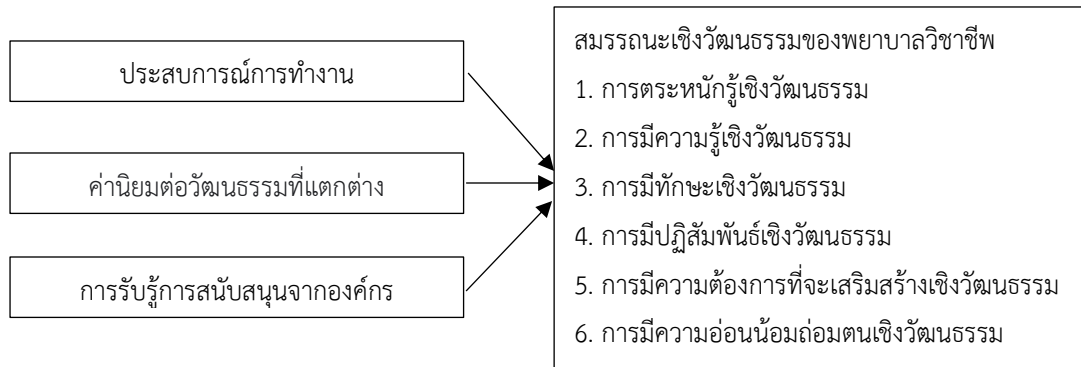
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุรินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป็นขอบเขตงานวิจัย สมรรถนะเชิงวัฒนธรรมที่ผู้วิจัยใช้แนวคิด คือ สมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของ แคมพินฮา-บาโคตร (Campinha-Bacote, 2018) ซึ่งเป็นกระบวนการประกอบด้วยแนวคิดหลัก 6 ประการ ที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ได้แก่ 1) การตระหนักรู้เชิงวัฒนธรรม (Cultural Awareness) 2) การมีความรู้เชิงวัฒนธรรม (Cultural Knowledge) 3) การมีทักษะเชิงวัฒนธรรม (Cultural Skill) 4) การปฏิสัมพันธ์เชิงวัฒนธรรม (Cultural Encounter) 5) การมีความต้องการที่จะเสริมสร้างเชิงวัฒนธรรม (Cultural Desire) และ 6) การมีความอ่อนน้อมถ่อมตนเชิงวัฒนธรรม (Cultural Humility)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงาน (Chaosuansreecharoen et al, 2016) ค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่าง (Rhoades & Eisenberger, 2002) และ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร(Hofstede et al, 2010) ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 974 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสุรินทร์ โดยมีการกำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ มีประสิทธิภาพการทำงานในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไปกำหนดเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power 3.1.9.7 (Faul et al, 2009) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จำนวนขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากงานวิจัยของ Jaradrattanapaiboon Yosita (2019) เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแพร่ ได้ขนาดอิทธิพล .15 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 77 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 93 คน (Polit & Beck, 2017)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา ประสิทธิภาพการทำงาน ข้อคำถามแบบเติมคำ และตรวจสอบรายการ จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร การทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ และ ส่วนที่ 4 สมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ได้รับอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามของ (Jaradrattanapaiboon Yosita, 2019) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของแคมปินฮา-บาโคตร (Campinha-Bacote, 2018) จำนวน 30 ข้อ แบบสอบถามส่วนที่ 2-4 เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ของลิเคิร์ต (Likert Scale) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-5 จากระดับน้อยที่สุดถึงระดับมากที่สุดตามลำดับ จากนั้นนำคะแนนเฉลี่ยมาแบ่ง

ระดับโดยใช้หลักการแปลคะแนนค่าเฉลี่ย (Silanoi, 2017, as cited in Jaradrattanapaiboon, 2019) ดังนี้ 4.50-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด 3.55-4.49 หมายถึง ระดับมาก, 2.50-3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง, 1.50-2.49 หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00-1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (I-CVI) อยู่ระหว่าง .80-1.00 และความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2-4 เท่ากับ .84, .82 และ .86 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84, .84 และ .95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ และได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ หลังได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพบหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลสุรินทร์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ส่งมอบเอกสารใบประชาสัมพันธ์ คิวอาร์โค้ด ที่มีเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย เอกสารแสดงความยินยอม และแบบสอบถามสำหรับพยาบาลที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยหัวหน้าพยาบาลจะกระจายเอกสารเหล่านี้ไปยังหัวหน้ากลุ่มงานในแต่ละแผนกเพื่อประชาสัมพันธ์ให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ อายุงานไม่น้อยกว่า 1 ปี ในกลุ่มงานของตน

พยาบาลกลุ่มเป้าหมายที่สนใจเข้าร่วมการวิจัย ทำการสแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อเข้าถึงเอกสารชี้แจง และให้คำยินยอม เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจจะเลือกป้อนคลิกรับรองจึงจะเริ่มทำแบบสอบถาม โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 30 นาที

ผู้วิจัยได้รับข้อมูลกลับจากการตอบแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ จำนวน 93 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์สามารถนำไปวิเคราะห์ได้ จำนวน 91 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ เลขที่ 112/67 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยกำหนดมาตรการ ป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างและโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของแบบสอบถาม สิทธิในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีรับผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลที่ต้องใช้รหัสของผู้วิจัยเท่านั้นในการเข้าถึง และจะทำลายเอกสาร/ไฟล์ ทั้งหมดเมื่อสิ้นสุดการวิจัย และการนำเสนอผลการวิเคราะห์จะนำเสนอในภาพรวม ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 91 คน มีอายุเฉลี่ย 37.58 ปี อยู่ในช่วงระหว่าง 20-30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.97 เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.60 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และ ระดับการศึกษาคือ ปริญญาตรี มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 1-10 ปี มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 46.15 เกินกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 57.14 ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุรินทร์ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=91)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Mean=37.58, Median=37.00, Mode=26, SD.=10.04, Min=24, Max=59)		
20-30	30	32.97
31-40	23	25.27
41-50	28	30.77
51-60	10	10.99
เพศ		
ชาย	4	4.40
หญิง	87	95.60
ประสบการณ์การทำงาน (Mean=14.59, Median=13.00, Mode=3, SD.=10.07, Min=1, Max=36)		
1-10	42	46.15
11-20	15	16.49
21-30	28	30.77
31-40	6	6.59
แผนกที่ปฏิบัติงาน		
แผนกผู้ป่วยนอก	5	5.49
แผนกผู้ป่วยใน	52	57.14
แผนกหน่วยงานพิเศษ	34	37.36

ส่วนที่ 2 สมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุรินทร์

จากการศึกษา พบว่าสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.08$, $SD.=.56$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การมีความอ่อนน้อมถ่อมตนเชิงวัฒนธรรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก ($M=4.47$, $SD.=.60$) รองลงมาได้แก่การมีความต้องการที่จะเสริมสร้างเชิงวัฒนธรรมและการตระหนักรู้เชิงวัฒนธรรมอยู่ในระดับมาก ($M=4.25$, $SD.=.67$, $M=4.13$, $SD.=.60$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลสุรินทร์ (n=91)

สมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุรินทร์	M	SD.	ระดับ
1. การตระหนักรู้เชิงวัฒนธรรม	4.13	.60	มาก
2. การมีความรู้เชิงวัฒนธรรม	3.76	.78	มาก
3. การมีทักษะเชิงวัฒนธรรม	3.87	.81	มาก
4. การปฏิสัมพันธ์เชิงวัฒนธรรม	4.02	.61	มาก
5. การมีความต้องการที่จะเสริมสร้างเชิงวัฒนธรรม	4.25	.67	มาก
6. การมีความอ่อนน้อมถ่อมตนเชิงวัฒนธรรม	4.47	.60	มาก
รวม	4.08	.56	มาก

ส่วนที่ 3 ค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่าง

จากการศึกษา พบว่าค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่าง โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M=4.61, SD.= .43) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พยาบาลให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางด้านศาสนาเท่าเทียมกันและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน อยู่ในระดับมากที่สุด (M=4.75, SD.= .48, M=4.75, SD.= .46) รองลงมาได้แก่พยาบาลปฏิบัติตามในสิ่งที่บรรพบุรุษปฏิบัติสืบทอดกันมาอยู่ในระดับมาก (M=4.40, SD.= .71) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่าง

ค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่าง	M	SD.	ระดับ
1. ท่านเข้าใจและยอมรับในผู้รับบริการที่มีความเชื่อทางศาสนาที่แตกต่างจากท่าน	4.52	.62	มากที่สุด
2. ท่านให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางด้านศาสนาเท่าเทียมกัน	4.75	.48	มากที่สุด
3. ท่านประพฤติและปฏิบัติตามจารีตประเพณีหรือวัฒนธรรมของสังคม	4.62	.53	มากที่สุด
4. ท่านให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้รับบริการ	4.55	.60	มากที่สุด
5. ท่านมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้รับบริการและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนโดยไม่เลือกเชื้อชาติ	4.58	.70	มากที่สุด
6. ท่านเข้าใจและยอมรับในผู้รับบริการที่มีค่านิยมที่แตกต่าง	4.64	.60	มากที่สุด
7. ท่านให้ความสำคัญกับการดูแลผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน	4.75	.46	มากที่สุด
8. ท่านเข้าใจและเคารพในความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ	4.67	.51	มากที่สุด
9. ท่านให้ความสำคัญและให้ความเคารพในสิ่งที่คนในสังคมยึดถือ	4.66	.56	มากที่สุด
10. ท่านปฏิบัติตามในสิ่งที่บรรพบุรุษปฏิบัติสืบทอดกันมา	4.40	.71	มาก
รวม	4.61	.43	มากที่สุด

ส่วนที่ 4 การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร

จากการศึกษา พบว่าการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.95$, $SD=.65$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า องค์กรมีนโยบายการส่งเสริมให้บุคลากรและผู้รับบริการ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันบนพื้นฐานของการยอมรับในความแตกต่างและความหลากหลายเชิงวัฒนธรรมอยู่ในระดับมาก ($M=4.27$, $SD=.71$) รองลงมาได้แก่องค์กรมีการระบุเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างเชิงวัฒนธรรมและได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับมาก ($M=4.22$, $SD=.82$, $M=4.22$, $SD=.69$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร

การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร	M	SD.	ระดับ
1. ลักษณะองค์กรที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน	4.16	.70	มาก
2. ท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน	4.22	.69	มาก
3. ผู้นำองค์กรให้การสนับสนุนและให้กำลังใจท่านอยู่เสมอ	3.93	.75	มาก
4. องค์กรของท่านมีแนวปฏิบัติในการพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่มีความแตกต่างเชิงวัฒนธรรม	4.15	.78	มาก
5. องค์กรของท่านมีนโยบายการส่งเสริมให้บุคลากรและผู้รับบริการ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันบนพื้นฐานของการยอมรับในความแตกต่างและความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม	4.27	.71	มาก
6. องค์กรของท่านมีการระบุเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างเชิงวัฒนธรรม	4.22	.82	มาก
7. องค์กรของท่านมีป้ายบอกทางหรือคำแนะนำที่มีหลากหลายภาษา	3.71	1.07	มาก
8. องค์กรของท่านมีล่าม หรือผู้สื่อสารทางภาษาเพื่อช่วยในการสื่อสารแก่ผู้รับบริการ	3.79	1.03	มาก
9. องค์กรของท่านมีแนวปฏิบัติ หรือคู่มือในการให้การดูแลผู้รับบริการที่มีความแตกต่างเชิงวัฒนธรรม	3.58	1.08	มาก
10. องค์กรของท่านมีสภาพแวดล้อมทางด้านสถานที่ ที่ช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการที่มีความแตกต่างเชิงวัฒนธรรม เช่น ห้องพระ เป็นต้น	3.53	1.18	มาก
รวม	3.95	.65	มาก

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอย

จากการศึกษา พบว่าผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณพบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร และค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่างมีอิทธิพลต่อสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยมีค่าคะแนนมาตรฐานสูงสุดคือด้านการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ($Beta=0.404$) รองลงมาคือด้านค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่าง ($Beta=0.363$) โดยตัวแปรทั้งสองสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมได้ร้อยละ 40.8 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์สมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลสุรินทร์ (n=91)

ตัวพยากรณ์	B	Std. Error	Beta	t	p-value
การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร	.456	.101	.404	4.498	<.001
ค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่าง	.408	.101	.363	4.039	<.001

Constant= 3.676 R = .649 R² = .408 SEE= .434 F = 31.981

สมการ

คะแนนดิบ (y) = 3.676 + .456 การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร + .408 ค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่าง
คะแนนมาตรฐาน (Y) = .404 คะแนนมาตรฐานการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร + .363 คะแนนมาตรฐาน
ค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่าง

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำประเด็นที่ได้จากข้อค้นพบในการวิจัยครั้งนี้มาอภิปรายดังนี้

1. ระดับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M=4.08, SD.= .56) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การมีความอ่อนน้อมถ่อมตนเชิงวัฒนธรรมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านการมีความต้องการที่จะเสริมสร้างเชิงวัฒนธรรม การตระหนักรู้เชิงวัฒนธรรม การปฏิสัมพันธ์เชิงวัฒนธรรม การมีทักษะเชิงวัฒนธรรมและ การมีความรู้เชิงวัฒนธรรม มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaradrattanapaiboon (2019) ซึ่งพบว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการมีความต้องการที่จะเสริมสร้างด้านวัฒนธรรม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาเป็นด้านการตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม (M=4.07, SD.= .63, M=4.04, SD.= .56 ตามลำดับ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Treethipwanich Oranuch (2017) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพกรณีศึกษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า สมรรถนะทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M=3.52, SD.= .52) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับมาก (M=3.82, SD.= .70) รองลงมาได้แก่ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการที่ต่างวัฒนธรรมอยู่ในระดับมาก (M=3.68, SD.= .65) อภิปรายได้ว่า การที่ผู้รับบริการจากพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุรินทร์มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมสูง อันเนื่องมาจากเชื้อชาติ และวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในท้องถิ่น รวมทั้งผู้รับบริการจากประเทศเพื่อนบ้านจำนวนมาก ทำให้พยาบาลวิชาชีพ มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพได้มาตรฐานวิชาชีพ ในการนำความรู้ ทักษะมาปฏิบัติปรับใช้กับผู้ใช้บริการที่มีความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม ให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ ให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจในบริการ และบริการนั้นตอบสนองความต้องการที่สอดคล้องตามวิถีชีวิต สังคม และวัฒนธรรมของผู้รับบริการ

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร และค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่างมีอิทธิพลต่อสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 ค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่าง สามารถทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลกับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุรินทร์ได้รองลงมา มีค่าคะแนนมาตรฐาน (Beta= .363) อธิบายได้ว่าค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่าง เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุรินทร์และพบว่าพยาบาลให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางด้านศาสนาเท่าเทียมกันและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน อยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.75$, $SD=.48$, $M=4.75$, $SD=.46$) รองลงมาได้แก่พยาบาลปฏิบัติตามในสิ่งที่บรรพบุรุษปฏิบัติสืบต่อกันมาอยู่ในระดับมาก ($M=4.40$, $SD=.71$) ฉะนั้นผลต่อผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม วิธีการดำรงชีวิต สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติและถิ่นฐาน ค่านิยมของแต่ละสังคมเป็นแนวความคิด ทศนคติ ร่วมกันของคนส่วนใหญ่จึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญ เกิดบรรทัดฐานทางสังคม เป็นตัวกำหนดกฎเกณฑ์หรือระเบียบในการปฏิบัติต่อกันทางสังคมตามแนวทางที่ยอมรับร่วมกันสอดคล้องกับ Hatairat (2018) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการพยาบาลต่างวัฒนธรรมของพยาบาลศึกษาสมรรถนะการพยาบาลต่างวัฒนธรรมของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้รับบริการมุสลิมผลการวิจัยพบว่าค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่างเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะทางวัฒนธรรมและสอดคล้อง Nima & Tohpa (2022) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะการพยาบาลต่างวัฒนธรรมในการให้บริการสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลเขต 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการวิจัยพบว่าบริการสุขภาพด้านการพยาบาลต่างวัฒนธรรมของโรงพยาบาลเขต 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้สามารถจัดได้ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในหน่วยพยาบาลชุมชนและหน่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแก่ผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมในพื้นที่และสมรรถนะการพยาบาลต่างวัฒนธรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลทั้ง 5 จังหวัดอยู่ในระดับสูง ($M=3.61$, $SD=.38$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการพยาบาลต่างวัฒนธรรมคือค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่าง ($r=0.287$, $p<.05$) ค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่าง เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม เนื่องจากการมีอคติหรือมีค่านิยมทางบวกหรือทางลบ ต่อวัฒนธรรมอื่นส่งผลต่อการดูแล เช่น ผู้ที่มีความรัก และเห็นชาติพันธุ์อื่นดีกว่า จะให้การดูแลที่ดี ถ้ารู้สึกทางลบต่อชาติพันธุ์อื่นจะละเลย หรือให้การดูแลที่ไม่ดี ดัง ฮอฟสตีด (Hofstede et al, 2010) กล่าวว่าวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกันส่งผลให้รูปแบบความคิด ทศนคติ ตลอดจนพฤติกรรมของมนุษย์มีความแตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า โรงพยาบาลสุรินทร์ พยาบาลวิชาชีพให้ความสำคัญกับการดูแลผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน ให้ความสำคัญในการดูแลผู้รับบริการและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โดยไม่เลือกชาติพันธุ์อื่น เข้าใจและเคารพผู้รับบริการที่มีค่านิยมที่แตกต่างเชิงวัฒนธรรม ยอมรับในผู้รับบริการที่มีความเชื่อทางศาสนาที่แตกต่าง

2.2 ด้านการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร สามารถทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลกับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุรินทร์ได้มากที่สุด มีค่าคะแนนมาตรฐานสูงสุด (Beta= .404) อธิบายได้ว่าการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อบุคลากร พยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลสุรินทร์จากการศึกษาพบว่าองค์กรมีนโยบายการส่งเสริมให้บุคลากรและผู้รับบริการ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันบนพื้นฐานของการยอมรับในความแตกต่างและความหลากหลายเชิงวัฒนธรรมอยู่ในระดับมาก ($M=4.27$, $SD=.71$) รองลงมาได้แก่องค์กรมีการระบุเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างเชิงวัฒนธรรมและได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับมาก ($M=4.22$, $SD=.82$, $M=4.22$, $SD=.69$) ตามลำดับ เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้บริหารที่ให้การสนับสนุน ให้ความสำคัญรวมถึงมีการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานให้ผลตอบแทน และสวัสดิการที่เป็นประโยชน์ สร้างความมั่นคงในการทำงาน และปฏิบัติต่อพนักงานด้วยความเป็นธรรม ซึ่งมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพสอดคล้องกับ Prawat Ramita (2021) พบว่าการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อสมรรถนะบุคลากรส่งผลกระทบให้เกิดกระบวนการที่ทำให้พนักงานเต็มใจที่จะทำงานด้วยความเต็มใจให้บรรลุเป้าหมาย และ Khongsamai, Intarakamhang, & Tuntivat (2020) ศึกษา อิทธิพลเชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้าน วัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชน นานาชาติเขต กรุงเทพมหานคร พบปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมคือ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร มีค่าอิทธิพลทางตรงเท่ากับ .11 ซึ่งความเชื่อว่างค์กรให้ความสำคัญกับความทุ่มเทในการทำงานของตนเองจะดูแลช่วยเหลือทั้งด้านวัตถุและจิตใจ ซึ่งทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกว่างค์กรเป็นที่พึ่งและพร้อมที่จะดำเนินการในด้านต่างๆเพื่อให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ปฏิบัติงานต้องการ เกิดความผูกพันและทุ่มเทกับการทำงาน (Rhoades & Eisenberger, 2002) อภิปรายได้ว่า โรงพยาบาลสุรินทร์เป็นองค์กรที่มีการให้ความสนับสนุนผู้ให้บริการในการผู้รับบริการที่มีความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม เช่นการทำพิธีกรรมต่างๆในโรงพยาบาล การประชาสัมพันธ์ตามสายด้านภาษาเขมร การใช้ล่ามในการสื่อสารให้ความรู้และการติดป้ายบอกทางต่างๆ รวมถึงการอบรมด้านภาษาแก่บุคลากร การตั้งหน่วยพิเศษในการบริการให้แก่ผู้รับบริการที่มีความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม ทำให้พยาบาลเกิดความเข้าใจวัฒนธรรมของผู้รับบริการและพร้อมในการให้บริการ

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร และค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่างมีอิทธิพลต่อสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรโดยเสริมสร้างความตระหนักต่อค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่าง และให้การสนับสนุนจากองค์กรแก่พยาบาลวิชาชีพในการเสริมสร้างสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยและพัฒนาเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะแก่พยาบาลวิชาชีพ

References

- Campinha-Bacote, J. (2018) . *The Process of Cultural Competemility*. Retrieved November 26, 2021, From <https://transculturalcare.net/the-process-of-cultural-competence-in-the-delivery-of-healthcare-services/>
- Chaosuansreecharoen, K. R., Chaosuansreecharoen, P., & Dumtip, P. (2016). Community nurse competencies of professional nurses working in sub-district health promoting hospitals in the three southern border provinces. *Journal of Nursing, Ministry of Public Health*, 26(3), 52–65. (in Thai)
- Chonjaroen, H. (2018). *Factors Related to Transcultural Nursing Competence of Nurse Practitioners Working with Muslim Clients* (Master's thesis). Graduate School, Thammasat University. (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- Foreigner Health Service Center. (2022). *Statistics of foreign service recipients*. Surin Hospital. (in Thai)
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). *Cultures and organizations: Software of the mind* (3rded.). United States: McGraw-Hill.
- Jaradrattanapaiboon, Y. (2019). *Factors influencing cultural competency of professional nurses at Phrae Hospital* (Master's Thesis). Naresuan University, Faculty of Nursing Administration, Naresuan University. (in Thai)
- Khongsamai, T., Intarakamhang, U., & Tuntivivat, S. (2020). Effectiveness of a Cultural Competence Enhancement Program Using Experiential Learning on Cultural Care Behavior among Nurses in an International Hospital. *Journal of Behavioral Science for Development*, 12(1), 1-17. (in Thai)
- Nima, P., & Tohpa, H. (2022). *Factors Related to Transcultural Nursing Competencies for Health Care Services of Nurses in Hospitals located in 5 Southern Border Provinces*. Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Prawat, R. (2021). Factors Affecting Organizational Engagement of Personnel at Queen Savang Vadhana Memorial Hospital. Master of Business Administration Thesis. Burapha University. (in Thai)
- Rhoades, L, & Eisenberger, R. (2002). Perceived Organizational Support: A review of the Literature. *Journal of Applied Psychology*, 87, 698-714.
- Silanoi, L. (2017). Correct use of statistical formulas for determining sample size in quantitative research in humanities and social sciences. *Buriram Rajabhat University Research and Development Journal*, 12(2), 50-61. (in Thai)
- Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2018). *National health strategy: 20-year plan (2017-2036), 2nd revision*. Nonthaburi, Thailand: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Surin Provincial Statistical Office. (2021). *Surin Province Tourism Statistics, 2017-2019*. Retrieved November 26, 2021, from <http://surin.nso.go.th/images/report.pdf> (in Thai)
- Oranuch, T. (2017). *Factors Predicting Cultural Competency of Registered Nurses A Case Study at a Private Hospital in Bangkok (Master's Thesis)*. Sukhothai Thammathirat Open University, Faculty of Nursing Administration, Thammathirat Open University. (in Thai)

ผลการใช้แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามรูปแบบ APIE Model ต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดและปริมาณการสูญเสียเลือด ในหญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลสุรินทร์

นารัก จุฑาบุตร^{1*}, ธนิตา สติอุตสาทร², ปารณีย์ มีแก้ว³

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์,

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา, ³โรงพยาบาลสุรินทร์

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามรูปแบบ APIE Model ต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดและปริมาณการสูญเสียเลือด ในหญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่าง 1 พฤษภาคม ถึง 30 มิถุนายน 2568 จำนวน 34 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแนวทางการพยาบาลตามรูปแบบ APIE Model แบบประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอด และแบบบันทึกปริมาณการสูญเสียเลือด ซึ่งได้ค่าความเที่ยงตรงตามวัตถุประสงค์ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ค่าดัชนีความเที่ยงตรง เท่ากับ 1.00 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .75 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังใช้แนวทางการพยาบาลตามรูปแบบ APIE Model หญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลสุรินทร์พบภาวะตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร ร้อยละ 100
2. หลังใช้แนวทางการพยาบาลตามรูปแบบ APIE Model หญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลสุรินทร์มีปริมาณการสูญเสียเลือดน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการวิจัยยืนยันได้ว่า การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกรูปแบบ APIE Model สำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดสามารถเพิ่มผลลัพธ์ที่มีคุณภาพได้ สามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง เกิดประโยชน์ต่อหญิงคลอดโดยตรง เนื่องจากได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน ลดปริมาณการสูญเสียเลือดระหว่างคลอด ทำให้พยาบาลห้องคลอดลดความวิตกกังวล ด้านหน่วยงานไม่ต้องเตรียมปริมาณเลือดสำรองในห้องคลอดมากเกินไป และลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการมารดาที่มาคลอดได้

คำสำคัญ : ภาวะตกเลือดหลังคลอด, รูปแบบการพยาบาล APIE Model, ปริมาณการสูญเสียเลือด

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: narakpronurse@hotmail.com)

วันที่รับ 5 ส.ค. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 6 ธ.ค. 2568, วันที่ตอบรับ 9 ธ.ค. 2568

The Effects of Nursing Care Guidelines Based on the APIE Model for the Prevention of Postpartum Hemorrhage on the Incidence of Postpartum Hemorrhage and Blood Loss among Normal Vaginal Delivery Women at Surin Hospital

Naruk Judabood^{1*}, Thanida Saitutsahakorn², Paranee Meekaew³

¹Faculty of Nursing, Surindra Rajabhat University,

²Faculty of Nursing Chulermkarnchana University, ³Surin Hospital

Abstract

This quasi-experimental research with a one-group posttest design aimed to study the effects of nursing care guidelines for the prevention of postpartum hemorrhage based on the APIE Model on the incidence of postpartum hemorrhage and blood loss among normal vaginal delivery women at Surin Hospital. The study was conducted between May 1 to June 30, 2025, with a purposive sample of 34 participants. The sample size was calculated using the G*Power program. The research instruments included the nursing care guidelines based on the APIE Model, a postpartum hemorrhage assessment form, and a blood loss recording form. The content validity was verified by three experts, yielding an IOC value of 1.00, while the reliability was determined using Cronbach's alpha coefficients of .75 and .89, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test. The results revealed that:

1. After the implementation of the nursing care guidelines based on the APIE Model, 100% of normal vaginal delivery women at Surin Hospital did not experience postpartum hemorrhage.
2. After the implementation of the nursing care guidelines based on the APIE Model, the amount of blood loss among normal vaginal delivery women was significantly less than 500 milliliters ($p < .001$).

The research results confirmed that using the ALPIE nursing model for preventing early postpartum hemorrhage in the delivery room can improve quality outcomes. The guidelines can be consistently applied and directly benefit laboring women because they receive standardized care. This reduces blood loss during labor, reduces labor room nurses' anxiety, and eliminates the need for agencies to prepare excessive blood reserves in the delivery room. This reduces the cost of providing services to maternal care costs.

Keywords: Postpartum hemorrhage, APIE nursing model, Volume of blood loss

Corresponding E-mail: narakpronurse@hotmail.com

Received: August 5, 2025; Revised: December 6, 2025; Accepted: December 9, 2025

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 8 No.2 July - December 2025 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอด ที่พบได้มากที่สุด ประมาณร้อยละ 1-5 ของการคลอด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกประมาณ 1 ใน 3 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่ามารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด 1:1,000 ของการคลอด ในทวีปเอเชียพบว่ามีร้อยละ 30.8 ของมารดาที่เสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรก สำหรับประเทศไทยจากสถิติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ.2565-2567 พบอัตราการเสียชีวิตของมารดาเป็น ร้อยละ 25.86, ร้อยละ 21.40, ร้อยละ 19.29 ตามลำดับ และสาเหตุการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด เท่ากับ ร้อยละ 19, ร้อยละ 12, ร้อยละ 14 โดยพบว่ามารดามากกว่าครึ่งหนึ่งเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด รองลงมาได้แก่ ความดันโลหิตสูง สมาคมสูตินรีแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา (The American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG, 2020) ได้ให้คำนิยามของการตกเลือดหลังคลอดว่าเป็นการเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไปภายใน 24 ชั่วโมง หลังการคลอดหรือการเสียเลือดจนทำให้เกิดอาการหรืออาการแสดงของสารน้ำในร่างกายไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดที่พบได้มากและบ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 90 มีสาเหตุมาจากการหดตัวไม่ดีของมดลูก (Uterine Atony) ซึ่งการตกเลือดหลังคลอด ส่งผลเสียต่อความสามารถของมารดาในการดูแลทารก เพิ่มอัตราการได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด และอัตราการตัดมดลูกหลังคลอด การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจึงเป็นสิ่งจำเป็น (Department of Mother and Child Health, Department of Health, 2024)

จากสถิติมารดาที่มารับบริการคลอดในงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่าง ปี พ.ศ. 2565-2567 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกมีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 1.80 ร้อยละ 2.12 และร้อยละ 2.27 ตามลำดับ (Surin Hospital, 2024) ทั้งที่ห้องคลอดได้มีการใช้แนวทางปฏิบัติป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่าสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกนั้น คือ 1)มดลูกไม่หดตัว ร้อยละ 16,ร้อยละ 2, และร้อยละ 3 2)ภาวะรกค้าง ร้อยละ 6, ร้อยละ 2, และร้อยละ 3 และ 3) การฉีกขาดช่องทางคลอด ร้อยละ 5, ร้อยละ 9, และร้อยละ 7 ตามลำดับ ส่งผลให้มารดาหลังคลอดบางรายมีภาวะช็อก ต้องได้รับเลือดทดแทน ตัดมดลูก และนอนโรงพยาบาลนานขึ้น อีกทั้งแนวปฏิบัติดังกล่าว นั้นเป็นแนวทางปฏิบัติที่ให้การดูแลแก้ไขเมื่อมีการตกเลือดหลังคลอดเกิดขึ้นแล้ว ยังขาดแนวทางการป้องกันและเฝ้าระวังการตกเลือดของมารดาหลังคลอด

แม้ว่าอัตราการตกเลือดหลังคลอดที่เกิดในห้องคลอดจะอยู่ในเกณฑ์ขีดของโรงพยาบาลสุรินทร์ และศูนย์สุขภาพที่ 9 คือไม่เกินร้อยละ 5 และไม่มีมารดาเสียชีวิต แต่ตามเกณฑ์ขีดคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (Health Promotion Division, Department of Health, Ministry of Public Health, 2020) กำหนดเกณฑ์ขีดคุณภาพการพยาบาลทางสูติกรรม ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล บริการคลอด โดยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ดังนั้นการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่สามารถป้องกันได้ขณะเจ็บครรภ์คลอด การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เนื่องจากรกค้างหรือมดลูกหดตัวไม่ดี จึงเป็นประเด็นคุณภาพบริการพยาบาล

ที่จำเป็นต้องพัฒนา เพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจของทีมพยาบาลและหน่วยงานห้องคลอดในการดูแลมารดาในห้องคลอดให้ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จนเป็นสาเหตุทำให้พหุภาพหรือเสียชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของ The California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC, 2022) และการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก คือ การจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดอย่างรวดเร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of Labour: AMTSL (AMTSL, 2020) โดยหลักในการปฏิบัติประกอบด้วย 1) การบริหารยา Uterotonic Drugs เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก 2) การทำ Controlled Cord Traction เพื่อคลอดรก และ 3) Uterine Massage ภายหลังการคลอดรก สามารถลดปริมาณเลือดที่เสียไปจากการคลอด และลดอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้มากถึงร้อยละ 60 รวมทั้งลดความต้องการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเมื่อมีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้มากถึงร้อยละ 50 และมีหลายการศึกษาที่นำ AMTSL มากำหนดเป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด แล้วพบว่าสามารถช่วยลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด/ความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดได้ (Janthong, 2023; Churot, 2019) รวมทั้งการศึกษาของ Rattanacho (2024) พบว่ารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดคือ APIE ประกอบด้วย 1) การประเมิน :Assessment ขั้นตอนแรกที่สำคัญ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบจากการซักประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด การเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การตรวจร่างกายตามระบบ การตรวจทางหน้าท้อง วัดระดับยอดมดลูก(High of Fundus) หาส่งเสียงหัวใจทารก (Fetal Heart Sound) ตรวจสุขภาพทารก (Non Stress Test) และตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) การเจาะค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือด (Hematocrit) เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด 2) ค้นหาปัญหาและความต้องการ: Problem list ของผู้รับบริการครอบคลุมทุกด้านปัญหาและภาวะเสี่ยงที่พบจากการประเมิน เป็นการรวบรวมปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ เพื่อทราบแนวทางการวางแผน และปฏิบัติการพยาบาล ในการแก้ไขและส่งเสริมสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ และรายงานแพทย์ทราบ 3) การปฏิบัติการพยาบาล: Implementation/Nursing Care เป็นขั้นตอนของการวางแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แผนการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์และถูกต้อง ตามการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ในแต่ละระยะของการคลอดตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน และเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และ 4) การประเมินผล: Evaluation การประเมินคุณภาพและผลการปฏิบัติการพยาบาล ประสิทธิภาพของกิจกรรมพยาบาล และประเมินผลลัพธ์การตกเลือดหลังคลอดของมารดาผู้คลอด

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการใช้แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามรูปแบบ APIE Model ร่วมกับ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของ The California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC, 2022) และนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกตามหลัก AMTSL มาปรับใช้เพื่อจะนำไปสู่การพัฒนา

คุณภาพการบริการทางสูติกรรม เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลของห้องคลอดโรงพยาบาลสุรินทร์เป็นแบบประเมิน ตามระยะของการคลอด เมื่อนำมาประชุมพิจารณาปรับและจัดระบบตามรูปแบบ APIE MODEL จะสามารถช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานให้จำได้ง่ายและสะดวกต่อความเข้าใจการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลส่งผลให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องรวดเร็วปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบท เกิดความคุ้มค่าของระบบสุขภาพ และช่วยยกระดับวิชาชีพพยาบาลให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น โดยคาดหวังว่าจะสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

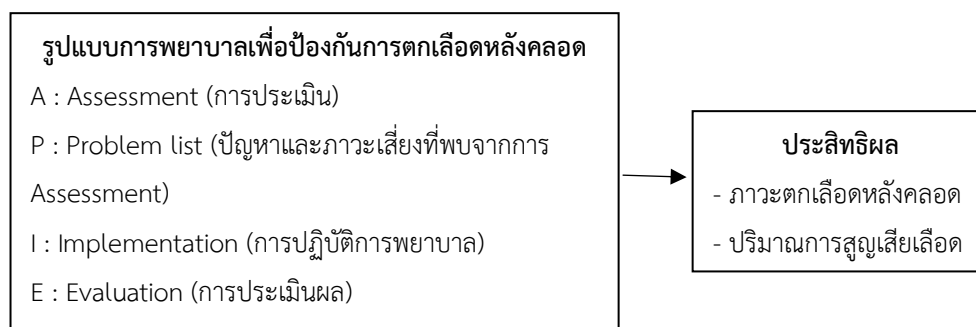
เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามรูปแบบ APIE Model ต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดและปริมาณการสูญเสียเลือด ในหญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลสุรินทร์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาภาวะตกเลือดหลังคลอดของหญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลสุรินทร์หลังใช้แนวทางการพยาบาลตามรูปแบบ APIE Model
2. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดของหญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลสุรินทร์ หลังใช้แนวทางการพยาบาลตามรูปแบบ APIE Model กับเกณฑ์ 500 มิลลิลิตร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโรงพยาบาลบางแก้ว จังหวัดพัทลุง ของ Rattanacho (2024) ซึ่งพัฒนามาจากแนวปฏิบัติการประเมินและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดของ Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists (2020) ประกอบด้วย Assessment (การประเมิน) Problem list (ปัญหาและภาวะเสี่ยงที่พบจากการ Assessment) Implementation/Nursing Care (การปฏิบัติการพยาบาล) และ Evaluation (การประเมินผล) และแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลสุรินทร์



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Groups Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นหญิงตั้งครรภ์คลอดปกติ ที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ มีอายุระหว่าง ≥ 20 ปี ขึ้นไปและอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป สำหรับเกณฑ์การคัดออกคือมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ได้แก่เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ หัวใจ และมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ได้แก่ ทารกตายในครรภ์(DFIU) คลอดครรภ์แฝด (TWINS)รกเกาะต่ำ (Placenta Previa) รกลอกตัวก่อนกำหนด (Abruptio Placenta) การคลอดล่าช้า (Prolong of Labor)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และคลอดปกติ อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่าง วันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 30 มิถุนายน 2568 จำนวน 34 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences from constant (one sample case) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power= .8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คนทั้งนี้ผู้วิจัยป้องกันการออกกลางคัน (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่างจึงเผื่อร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 34 คน ดังสูตร (Chirawatkul, 2013)

$$n = \frac{27}{(1-.1)^2} = 33.33$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด APIE MODEL โรงพยาบาลบางแก้ว จังหวัดพัทลุง (Rattanacho, 2024) ประกอบด้วย Assessment (การประเมิน) Problem List (ปัญหาและภาวะเสี่ยงที่พบจากการ Assessment) Implementation/Nursing Care (การปฏิบัติการพยาบาล) และ Evaluation (การประเมินผล)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อาชีพ อายุครรภ์ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ เป็นต้น

2.2 แบบประเมินและบันทึกปริมาณการสูญเสียเลือด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ และฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสุรินทร์

2. ผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือต่อหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลสุรินทร์ ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบการดำเนินงาน เพื่อเป็นผู้ร่วมวิจัย

3. ผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด APIE MODEL ของโรงพยาบาลบางแก้ว จังหวัดพัทลุง ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เสนอต่อหัวหน้างานเพื่อปรับให้ตรงกับบริบทของห้องคลอดโรงพยาบาลสุรินทร์ และทำความเข้าใจในแต่ละขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบAPIE MODEL ให้มีความเข้าใจตรงกันชัดเจนในการปฏิบัติจริง

4. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหากกลุ่มตัวอย่าง ในห้องคลอดระยะรอคลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และมีความสนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

5. เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการตามเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของผู้คลอดจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ โดยให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุล หรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

6. ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดผู้ได้รับมอบหมาย สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

7. พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยประสานข้อมูลทางไลน์กรณีมีข้อคำถาม และเข้าไปตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกับหัวหน้างานห้องคลอดด้วยตนเอง สัปดาห์ละ 3 วัน จนครบกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบ APIE Model

รูปแบบAPIE Model	รายละเอียดกิจกรรม
A : Assessment การประเมิน	การประเมินแรกรับ 1. ชักประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด การเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 2. ตรวจร่างกาย ตรวจหน้าท้อง High Fundus ส่วนน้ำ FHS, NST, U/S (ROUTINE ANC) 3. ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด 4. เจาะเลือดตรวจ Hct แรกรับ (ROUTINE CARE)
P : Problem List ปัญหาและภาวะเสี่ยงที่พบจากการ Assessment	รวบรวมปัญหาที่ได้จากการประเมิน รายงานแพทย์รับทราบทุกราย
I : Implementation การปฏิบัติการพยาบาล	1. การพยาบาลระยะรอคลอด ระยะที่ 1 ของการคลอด 1) การพยาบาลในระยะเฉื่อย (Latent PHASE) 1.1 การประเมินการหดตัวของมดลูก ฟังเสียงหัวใจทารก ทุก1-2 ชั่วโมง 1.2 ประเมินความก้าวหน้าการคลอด โดยการตรวจภายใน ดูการขยายของปากมดลูก ความบางของมดลูก การตรวจถุงน้ำคร่ำ และระดับส่วนน้ำ ทุก 4 ชั่วโมง 1.3 กระตุ้นให้มารดาปัสสาวะ และประเมินภาวะBladder full ทุก 2 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบ APIE Model (ต่อ)

รูปแบบAPIE Model	รายละเอียดกิจกรรม
	1.4 รายงานแพทย์เมื่อพบภาวะ Prolong latent phase ครรภ์แรก > 20 ชม. ครรภ์หลัง > 14 ชม
	2) การพยาบาลในระยะเร่ง (Active phase)
	2.1 ประเมินการหดตัวของมดลูก ฟังเสียงหัวใจทารก ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง
	2.2 งดอาหารและน้ำ
	2.3 เปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาด้วย Medicut เบอร์ 18-20
	2.4 กระตุ้นให้มารดาปัสสาวะ และประเมินภาวะ Bladder full ทุก 2 ชม.
	2.5 ใช้ partograph ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด
	2.6 มารดาเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเตรียมความพร้อม PPH box และ ประสานทีม
	2.7 รายงานแพทย์เมื่อพบว่าเส้นกราฟการคลอดของมารดาไปตัดเส้นเตือนให้ ระมัดระวัง (Alert line)
	3. การพยาบาลระยะคลอด ระยะที่ 2 ของการคลอด
	3.1 ประเมินความก้าวหน้าการคลอด โดยการตรวจภายใน ดูการขยายของปาก มดลูก ความบางของมดลูก และสังเกตระดับการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ
	3.2 ประเมิน ฟังเสียงหัวใจทารก ทุก 5-15 นาที กรณีย้ายเข้าห้องคลอด ทุก 5 นาที
	3.3 สอนแบ่งและกระตุ้นผู้คลอดเป็นอย่างดีทุกครั้งที่มดลูกหดตัว
	3.4 ตัดฝีเย็บเมื่อเห็นส่วนนำทารกโผล่มาที่ปากช่องคลอด (Head crown)
	3.5 ทำหัตถการคลอดทารก
	3.6 ประเมินการเสียเลือดด้วยการสอดถุงตวงเลือด
	3.7 รายงานแพทย์เมื่อระยะที่ 2 การคลอดยาวนาน (Prolong 2 nd stage: ครรภ์ แรก > 1ชม.ครรภ์หลัง > 1/2 ชม)
	4. การพยาบาลระยะหลังคลอด ระยะที่ 3 ของการคลอด
	4.1 เมื่อทารกคลอดไหล่หน้า ให้ Oxytocin IV ตามแผนการรักษา
	4.2 ผูกและตัดสายสะดือหลังทารกคลอดภายใน 1-3 นาที
	4.3 สอนปัสสาวะมารดาก่อนทำคลอดรก
	4.4 ตรวจสอบ Sign รกออกตัว ก่อนช่วยทำคลอดรก ด้วยวิธี Controlled cord traction รายงานแพทย์เมื่อรกไม่คลอดภายใน 20 นาที
	4.5 หลังรกคลอด คลึงมดลูกทันทีจนมดลูกแข็งตัวดี อย่างน้อย 1 นาที และตรวจ ความสมบูรณ์ของรกและเยื่อหุ้มรก
	4.6 ตรวจสอบแผลฝีเย็บและเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ
	4.7 กรณีปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 350 มิลลิลิตร รายงานแพทย์เฝ้ารับทราบ

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบ APIE Model (ต่อ)

รูปแบบAPIE Model	รายละเอียดกิจกรรม
	5. การพยาบาลระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด (ระยะที่ 4 ของการคลอด) 5.1 ประเมินปริมาณการเสียเลือด ทุก 30 นาที และบันทึก Total blood loss รายงานแพทย์ทันที เมื่อ Total blood loss 350 มล. 5.2 คลึงมดลูก และประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาที รวม 8 ครั้ง โดยใช้นาฬิกาตั้งเวลาเตือน (Alert Clock) 5.3 ตรวจประเมินสัญญาณชีพ ชั่วโมงแรกทุก 15 นาที ชั่วโมงที่สองทุก 30 นาที ทุก 1 ชั่วโมง 1 ครั้ง ต่อไปทุก 4 ชั่วโมง 5.4 ประเมิน Bladder full และกระตุ้นมารดาปัสสาวะ 5.5 ดูแลช่วยเหลือมารดาและกระตุ้นมารดาให้บุตรดูดนมจากเต้า 5.6 สอนการนวดคลึงมดลูกจนมารดาปฏิบัติได้ 5.7 ครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด เค้น Blood clot สรุปและบันทึก Total blood loss ก่อนย้ายไปแผนกหลังคลอด
E : Evaluation การประเมินผลการพยาบาล	ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีแบบ Check list การปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์การตกเลือดหลังคลอดของมารดาคลอดโดยใช้ถุงตวงเลือด ประเมินการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพจากแบบบันทึกสัญญาณชีพร่วมกับอาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือด

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินการตกเลือดหลังคลอดและปริมาณการสูญเสียเลือด (Posttest) โดยการใช้ถุงตวงเลือด ประเมินสัญญาณชีพ การประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดหลังคลอด ตามแบบการบันทึกข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้คลอด ของห้องคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ภาวะตกเลือดหลังคลอดของมารดาที่มารับการคลอดในโรงพยาบาลสุรินทร์หลังใช้รูปแบบโดยใช้ความถี่และร้อยละ
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดของมารดาที่มารับการคลอดในโรงพยาบาลสุรินทร์หลังใช้รูปแบบกับเกณฑ์ 500 มิลลิลิตรโดยใช้สถิติ One sample t-test ทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้รับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสุรินทร์ ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 25 เมษายน 2568 เอกสารรับรองเลขที่ 55/2568 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่

ได้รับการจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน หลังจากที่ได้รับผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล มารดาที่มาคลอดที่แผนกห้องคลอดโรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 มิถุนายน 2568 มีจำนวนทั้งสิ้น 34 ราย อายุเฉลี่ย 26.97 ปี (SD.=3.98) โดยมีช่วงอายุระหว่าง 21-35 ปี อาชีพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน และรับจ้าง (ร้อยละ 38.24) มารดาดังครรภ์ครั้งแรก กับตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 มีจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 35.29 และ 41.18 ตามลำดับ) จำนวนครั้งการตั้งครรภ์สูงสุด 4 ครั้ง (ร้อยละ 5.88) อายุครรภ์การคลอดเฉลี่ย 38.62 สัปดาห์ อายุครรภ์ต่ำสุด 37 สัปดาห์ อายุครรภ์สูงสุด 40+6 สัปดาห์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาที่มาคลอดแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลสุรินทร์ วันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 30 มิถุนายน 2568 (n=34)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	Mean=27 ปี, SD.=3.98 Max=35 ปี, Min=21 ปี	
อาชีพ		
แม่บ้าน	13	38.24
ธุรกิจส่วนตัว	2	5.88
รับจ้าง	13	38.24
รับราชการ	3	8.82
ทำนา	2	5.88
ค้าขาย	1	2.94
ครรภ์ที่		
ครรภ์แรก	12	35.29
ครรภ์ที่ 2	14	41.18
ครรภ์ที่ 3	6	17.65
ครรภ์ที่ 4	2	5.88
อายุครรภ์เมื่อคลอด	Mean=38 ⁺⁴ สัปดาห์, SD.=1.01, Max=40 ⁺⁶ , Min=37	

ที่มา: ทะเบียนการคลอด งานห้องคลอดโรงพยาบาลสุรินทร์ 1 พฤษภาคม ถึง 30 มิถุนายน 2568

2. ภาวะตกเลือดหลังคลอดของหญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลสุรินทร์หลังใช้แนวทางการพยาบาลตามรูปแบบ APIE Model

ตารางที่ 3 ภาวะตกเลือดหลังคลอดของหญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลสุรินทร์หลังใช้แนวทางการพยาบาลตามรูปแบบ APIE Model

ภาวะตกเลือดหลังคลอด	จำนวน (คน)	ร้อยละ (100)
ไม่ตกเลือดหลังคลอด	34	100
ตกเลือดหลังคลอด	0	0.00

จากตารางพบว่าหลังใช้แนวทางการพยาบาลตามรูปแบบ APIE Model หญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลสุรินทร์ไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตร ร้อยละ 100 (โดยการใช้อย่างถูกต้อง)

3. เปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดของหญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลสุรินทร์ หลังใช้แนวทางการพยาบาลตามรูปแบบ APIE Model กับเกณฑ์ 500 มิลลิลิตร

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดของหญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลสุรินทร์ หลังใช้แนวทางการพยาบาลตามรูปแบบ APIE Model กับเกณฑ์ 500 มิลลิลิตร โดยใช้สถิติ One Sample t-test

การสูญเสียเลือด	เกณฑ์	$\bar{x}$	SD.	t	df	p-value (1-tailed)
ปริมาณการสูญเสียเลือด	500 มล.	111.76	59.11	38.299	33	<.001

จากตารางพบว่าหลังใช้แนวทางการพยาบาลตามรูปแบบ APIE Model หญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลสุรินทร์มีปริมาณการสูญเสียเลือดน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผล

หลังใช้แนวทางการพยาบาลตามรูปแบบ APIE Model หญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลสุรินทร์ไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 100 และปริมาณการสูญเสียเลือดน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เนื่องจาก รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (APIE MODEL) (Rattanacho, 2024) เป็นรูปแบบที่พัฒนามาจากแนวปฏิบัติการประเมินและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, 2020) ประกอบด้วย Assessment (การประเมิน) Problem list (ปัญหาและภาวะเสี่ยงที่พบจากการประเมินผล) Implementation/Nursing Care (การปฏิบัติการพยาบาล) และ Evaluation (การประเมินผล) ซึ่งรูปแบบดังกล่าวเป็นการช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาตั้งแต่ระยะคลอดจนถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ในการคัดกรอง ประเมินและจัดการความเสี่ยง

ของผู้คลอดได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้มารดาได้รับการดูแลอย่างเป็นไปในแนวเดียวกัน เกิดความปลอดภัยจากการคลอด จากการศึกษาแนวทางการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม ด็กพิเศษ สูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา คือ PPSS Model ที่เกิดจากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากประสบการณ์ และแนวทางในการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ใช้ในปัจจุบัน ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติของการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งจัดรวมอยู่ในขั้นตอนของ Assessments ได้แก่ มิติด้านร่างกาย (Physical Dimension) ซึ่งใช้แนวคิดการประเมินด้านร่างกายเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามหลัก คือ BUBBLE มิติด้านจิตใจ (Psychological Dimension) โดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) มิติด้านสังคม (Social Dimension) ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และมิติด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Dimension) ใช้แบบประเมินจิตวิญญาณ FICA tool ซึ่งเป็นการพยาบาลที่ครอบคลุมแบบองค์รวมในการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอด (Suwanumpa, & Waichompu, 2023) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Maneechan & Jamnam (2017) ที่พบว่าความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกพบในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ส่วนการดูแลแบบองค์รวมเป็นสิ่งสำคัญและควรปลูกฝังในตัวตนของพยาบาลซึ่งอาจเริ่มตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลเพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลแบบองค์รวม

นอกจากนี้ในการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร Sirimas, Somsripang, Padklang, & Jaksujinda, (2014) ซึ่งให้ความสำคัญด้านความรู้บุคลากร กระบวนการพยาบาลปรับปรุงแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะฝากครรภ์ ใช้แบบประเมินของกรมอนามัยแบบเดิมเมื่อพบความเสี่ยงจะให้พบแพทย์เพื่อประเมินอาการซ้ำและวางแผนการดูแลในขณะตั้งครรภ์และการคลอดต่อในระยะรอคลอด และหลังคลอดอย่างเป็นระบบสามารถให้ผลลัพธ์ที่ดี ในการป้องกันการตกเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่า ภายหลังจากการพัฒนาแนวปฏิบัติแล้วเสร็จ และนำมาใช้ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด อัตราการตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มลดลง และไม่พบอุบัติการณ์มารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด นอกจากนี้จากการศึกษาของ Yuming, Suennee, Chewae, Waree (2024) และการศึกษาของ Wongwatthanakarn, & Promtat (2022) พบว่าแนวทางปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลในการวางแผนงานร่วมกันช่วยให้การประเมินและวินิจฉัยความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดครอบคลุมและรวดเร็วยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดได้

งานวิจัยนี้ มีข้อจำกัดการวิจัย เนื่องจาก งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบหนึ่งกลุ่มวัดหลังการทดลอง (One-Group Posttest Design) ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบได้อย่างชัดเจนว่าผลลัพธ์ที่ดีขึ้นนั้นมาจากการใช้ APIE Model โดยตรง หรือเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น การที่ผู้เข้าร่วมได้รับการดูแลที่เพิ่มขึ้น (Hawthorne Effect) การที่พยาบาลปฏิบัติงานตามแนวทางใหม่อย่างตั้งใจโดยมีผู้สังเกตการณ์ร่วม หรือการที่ผู้วิจัยเข้ามาสังเกตการณ์ อัตราการตกเลือดหลังคลอด (Baseline Rate) แม้ว่าอัตราการตกเลือดหลังคลอดเดิมของโรงพยาบาลสุรินทร์จะอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (ไม่เกินร้อยละ 5) แต่ผู้วิจัยไม่ได้มีการวัดอัตราของกลุ่มตัวอย่างชุดนี้ก่อนใช้แนวทางปฏิบัติมาเปรียบเทียบโดยตรง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติการพยาบาล ตามรูปแบบ APIE MODEL เพื่อประเมินผลของการใช้งานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป
2. ควรพัฒนาการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล APIE MODEL ฉบับนี้ไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด เพื่อประเมินผลของการใช้งานในเป็นภาพการเชื่อมโยงระดับเครือข่ายในจังหวัดต่อไป
 - 2.1 ควรศึกษาวิจัยเพื่อสำรวจและติดตามผลกระทบจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เช่น การตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง การติดเชื้อหลังคลอด รวมทั้งศึกษาปัจจัยร่วมอื่นด้วยเช่น ระยะเวลาการคลอดในแต่ละระยะ ระดับการฝึกหัดของแพทย์ผู้เฝ้า น้ำหนักตัวของทารกแรกเกิด เป็นต้น
 - 2.2 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติม ทั้งในส่วนข้อมูลความเสี่ยงของหญิงหลังคลอดที่ตกเลือด การดูแลที่ได้รับในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด เพื่อให้การศึกษารุ่นต่อไปมีความสมบูรณ์มากขึ้น

References

- Baramée, C. (2023). *Statistics for Health Research and Data Analysis Using SPSS (5th ed.)*. Chiang Mai: Chiang Mai University Press. (In Thai)
- Boonyakiat, S., Somchue, P., & Panyapinijkun, C. (2022). *Nursing Care in High-Risk Pregnant Women 1 (4th ed.)*. Bangkok: Sinthana Copy Center. (In Thai)
- Bureau of Maternal and Child Health, Department of Health. (2024). *Situation Analysis and Performance Results of the Indicator “Maternal Mortality Ratio per 100,000 Live Births”: Results from October 2023 - March 2024*. Retrieved April 8, 2025, from <https://hp.anamai.moph.go.th/th/opdc-2567-mihd/?reload> (In Thai)
- Chaisin, A. (2023). Effects of Clinical Practice Guidelines Toward the Prevention of Postpartum Hemorrhage Within Two Hours After Delivery During Normal Vaginal Delivery in Chokchai Hospital. *Journal of Nursing and Health Sciences, Nakhon Phanom University*, 1(1), 1-11. (In Thai)
- Churos, S. (2019). Prevention of Postpartum Hemorrhage: The Role of Nurses. *Regional Medical Journal* 11, 33(1), 181–192. (In Thai)
- Cohen, J. (2020). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Routledge. . Retrieved June 28, 2025, from <https://doi.org/10.4324/9780203771587> (Original work published 1988)
- Delivery Room Unit, Health Promotion Center 5 Ratchaburi. (2019). *Statistical Report on Childbirth and Postpartum Hemorrhage Cases*. Ratchaburi: Health Promotion Center 5 Ratchaburi. (In Thai)

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for Correlation and Regression Analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Health Promotion Division, Department of Health, Ministry of Public Health. (2020). *Guidelines for Maternal Death Surveillance System Implementation in Thailand*. Retrieved April 8, 2025, from <https://hp.anamai.moph.go.th/th/maternal-mortality-ratio/> (In Thai)
- Jirawatkul, A. (2023). *Health Science Statistics for Research (7th ed.)*. Bangkok: Aroonkanphim Publishing. (In Thai)
- Plodrit, L., Vipavakarn, L., & Kinglek, A. (2016). Development of Clinical Nursing Practice Guidelines to Prevent Early Postpartum Hemorrhage in the Labor Room, Krabi Hospital. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(3), 127-141. (In Thai)
- Rattanacho, W. (2024). *Development of a Nursing Model for the Prevention of Postpartum Hemorrhage at Bangkaeo Hospital, Phatthalung Province*. Retrieved March 23, 2025, from <https://ptho.moph.go.th/hr/?cgr=7#> (In Thai)
- Rueangkanchanaseth, S., et al. (2022). *Principles of Diagnosis and Management of Obstetric Emergencies for Physicians, Nurses, and Medical Personnel (3rd ed.)*. Khon Kaen: Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. (In Thai)
- Sirimas, N., Somsripang, P., Padklang, S., & Jaksujinda, J. (2014). Development of a Care System for Pregnant Women to Prevent Postpartum Hemorrhage in Sakon Nakhon Hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 32(2), 37–46. (In Thai)
- Srisupandit, K. (2019). *Obstetric & Gynecologic Emergencies (3rd ed.)*. Chiang Mai: Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University. (In Thai)
- The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. (2020). *Care and Management of Postpartum Hemorrhage Due to Uterine Atony*. Retrieved March 20, 2025, from https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/OB-63-020_summary.pdf (In Thai)
- The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. (2020). *Clinical Practice Guideline: Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage*. Retrieved March 9, 2025, from <http://www.rtcog.or.th/home/wpContent/uploads/2020/09/OB-63-020-Prevention-and-Management-of-Postpartum-hemorrhage.pdf> (In Thai)
- Yuming, R., Suenee, N., Chewae, R., & Waree, N. (2024). The Effect of “Raman PPH Model” to Prevent Postpartum Hemorrhage in Raman Hospital. *TUH Journal online*, 9(1), 68–80. (In Thai)

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่างาม อำเภอมะนัง นครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมณฑา แก้วกิม
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่างาม

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่างาม อำเภอมะนัง นครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 64 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ 2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวม หลังได้รับโปรแกรมฯ ทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการดูแลเท้า ด้านการรับประทานยา และด้านการมาตรวจตามนัด ดีวก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) หลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ ได้แก่ นำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไปใช้ต่อยอดให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

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

วันที่รับ 18 พ.ค. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 30 พ.ย. 2568, วันที่ตอบรับ 8 ธ.ค. 2568

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 8 No.2 July - December 2025 ISSN 2822-034X (Online)

Effects of a support and education program on self-care behavior to control blood sugar levels. In patients with type 2 diabetes, Ban Tha Ngam Subdistrict Health Promoting Hospital Mueang Nakhon Si Thammarat District Nakhon Si Thammarat Province

Sumonta Kaewkim

Ban Thang Ngam Subdistrict Health Promoting Hospital

Abstract

This single-group, pre-test-post quasi-experimental study aimed to examine the effects of a support and education program on self-care behaviors and glycemic control in patients with type 2 diabetes who received services at Ban Thangam Subdistrict Health Promotion Hospital, Mueang Nakhon Si Thammarat District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample group consisted of 64 type 2 diabetes patients. The research tools consisted of: 1) Support and education program; 2) Self-care manual for type 2 diabetes patients; and 3) data collection tools, which were validated by three experts. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired Sample t-test.

The results of the study found that the overall self-care behavior scores of type 2 diabetes patients after receiving the program in all 6 areas, including eating, exercising, preventing complications, foot care, taking medication, and attending appointments It was significantly better than before receiving the program ($p < .05$) and the blood sugar level (HbA1C) after receiving the program was significantly decreased ($p < .05$).

Recommendations from this research include further implementation of the support and education program for self-care behavior and blood sugar control in patients with type 2 diabetes to cover all areas.

Keywords: Support and Education Program, Self-Care Behavior, Type 2 Diabetes Patients

*Corresponding e-mail: sumontakaewkim@gmail.com

Received: May 18, 2025; Revised: November 30, 2025; Accepted: December 8, 2025

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 8 No.2 July - December 2025 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้รายงานจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวน 422 ล้านคน คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2579 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่า 592 ล้านคน และจะเพิ่มมากขึ้นหากไม่มีการดำเนินการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ ในทุกๆ ปีมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้น 1.4 ล้านคนต่อปี (American Diabetes Association, 2014) สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2557 และพ.ศ. 2562 อัตราการป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคอ้วน และโรคความดันโลหิตสูง เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นในรอบ 10 ปีเมื่อเทียบกับ ปี พ.ศ. 2552 พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 37.9 โรคอ้วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20.7 และโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.5 (Diabetes Association of Thailand, 2025) ถ้าผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ดีตั้งแต่เริ่มทราบว่าตนเป็นเบาหวาน จะสามารถช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ไตวายเรื้อรัง พิการจากการถูกตัดอวัยวะ โรคหัวใจและหลอดเลือด (World Health Organization, 2016) ปัจจุบันมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยสมาคมโรคเบาหวาน (Diabetes Association of Thailand, 2023) ซึ่งแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เหล่านี้ส่วนใหญ่ประกอบด้วย การตรวจประเมินผู้ป่วยเบาหวาน การจัดระบบการดูแลการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติต้องมีการรักษาด้วยยา โภชนบำบัดทางการแพทย์ การออกกำลังกาย การประเมินภาวะแทรกซ้อน และการดูแลด้านจิตสังคม เหล่านี้สามารถควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดี สมาคมโรคเบาหวานในประเทศไทยและในต่างประเทศได้ให้ความสำคัญกับการปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับเกณฑ์ปกติ ดังนั้น ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การดูแลเท้า การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในระยะยาวและการมาตรวจตามนัด เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ด้วยตนเอง ให้เกิดความเข้าใจ ผักผ่อน ทักไข้เพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น และปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคเบาหวานนับเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (American Diabetes Association, 2014)

การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่างาม ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 18 ราย และปีงบประมาณ 2567 จำนวน 21 ราย (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2021) ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลรายบุคคล และจากการซักประวัติพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่น้อยที่ยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง มีผลทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ บางรายก็เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา โดยในปีงบประมาณ 2567 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน มีอาการชาปลายมือปลายเท้า ร้อยละ 4.47 มีภาวะแทรกซ้อนทางตา

ร้อยละ 6.67 และภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 6.31 ทั้งนี้ หากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองก็จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่างาม ยังไม่ได้ดำเนินการจัดทำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน มีเพียงการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานตามบริบทของแนวทางกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีแนวคิดในการจัดทำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยจัดกิจกรรมสอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) และนำในส่วนของทฤษฎี Nursing System โดยที่โอเร็มมีความเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ หลีกเลี่ยงจากโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความพร้อมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จึงทำให้พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง มีผลทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ โดยที่ตัวผู้ป่วยเองยังสามารถช่วยเหลือตนเองในการแสวงหาความรู้มาใช้ให้เป็นประโยชน์กับตนเอง เพื่อมุ่งหวังให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่างาม เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง สามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่างาม

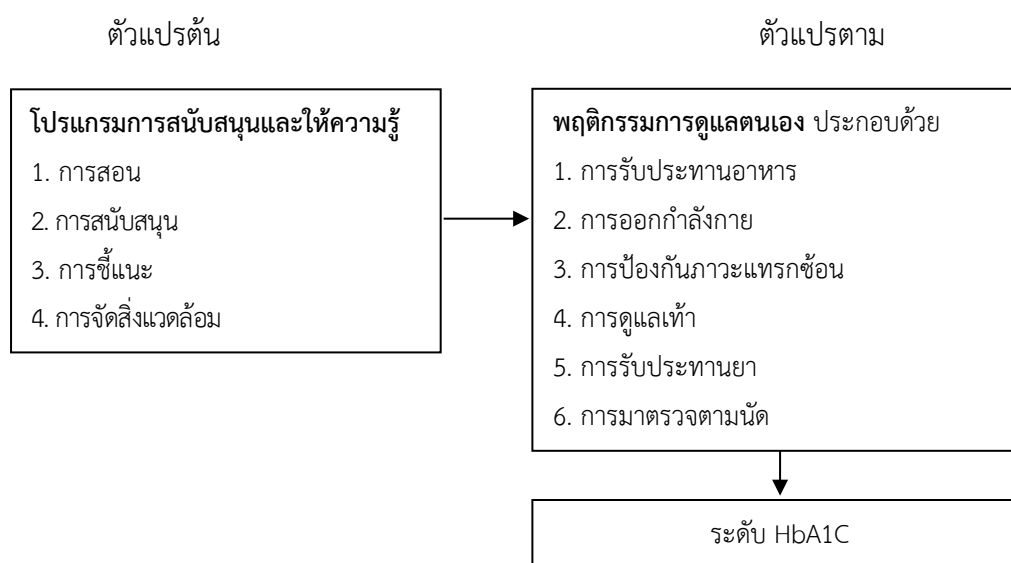
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่างาม ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่างาม ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้

สมมติฐานวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่างามหลังได้รับโปรแกรมฯ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่างามหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ผู้วิจัยใช้แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Educative Supportive Nursing System Orem, 2001) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย และได้สร้างโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้โดยมีพื้นฐานมาจากระบบพยาบาลบนแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถเรียนรู้พัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมได้ หากมีความรู้และได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ประกอบด้วย 1) การสอนเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลเท้า การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรีและความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเอง ร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้โดยจัดเตรียมสื่อประเภท วีดิทัศน์ โมเดลอาหาร ตัวอย่างอาหารจริง 2) การสนับสนุน ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองที่ดี และแก้ไขในส่วนที่มีการดูแลตนเองบกพร่อง มีการจัดประสานกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพักและมีเวลาเพียงพอที่จะเรียนรู้ 3) การชี้แนะ การให้ข้อมูล บอกรับกลับในการเรียนรู้ การให้ทางเลือกในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละคนมากที่สุด ช่วยชี้แนะแนวทางที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยและให้แนวทางในการดูแลตนเอง การโทรศัพท์ติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และความพร้อมในการดูแลตนเอง เพื่อชี้แนะ สนับสนุน ช่วยพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 4) การจัดสิ่งแวดล้อม โดยการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มผู้ป่วย บรรยากาศของการเป็นมิตร การยินดีให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มใจและเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ระดับ HbA1C เป็นตัววัดพฤติกรรมในการดูแลตนเอง นั่นคือหาก ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่องอันเป็นผลมาจากโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ก็จะส่งผลให้ระดับ HbA1C อยู่ในระดับปกติ สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ตามภาพ



ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 ISSN 2822-034X (Online)
Vol. 8 No.2 July - December 2025 ISSN 2822-034X (Online)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre – Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่างาม อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 232 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) 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 และ ค่า Power เท่ากับ .95 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 20 เป็น Attrition Rate เนื่องจากป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษา จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 คน ดังสูตร (Jirawatkul, 2013)

$$n = \frac{45}{(1-.2)^2} = 70.31$$

ทั้งนี้ ระหว่างการใช้โปรแกรม มีกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเข้ารับการรักษามาจากโรคเบาหวานและโรคร่วมจำนวน 6 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 64 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้า ไม่มีโรคแทรกซ้อนร้ายแรง ที่ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองประจำวันไม่ได้ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 31 มีนาคม 2568

1. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- 1.1 เป็นผู้ป่วยเบาหวานทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 1.2 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
- 1.3 มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ 6 mg% ในช่วงเดือนธันวาคม 2567
- 1.4 ไม่มีโรคแทรกซ้อนร้ายแรง ที่ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองประจำวันไม่ได้
- 1.5 ต้องเป็นผู้ที่มีการรับรู้รับฟังด้วยคำพูดและเสียงได้ปกติและสามารถอ่านและเขียนได้อย่างปกติ

1.6 สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย โดยลงนามในใบยินยอม

2. เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

- 2.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อนร้ายแรง ที่ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองประจำวันไม่ได้ อยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ เช่น มีภาวะไตวายระยะสุดท้าย มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานและต้องได้รับการรักษา
- 2.2 ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการศึกษาวิจัย
- 2.3 เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้
- 2.4 ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ประกอบด้วย

1.1.1 การสอน เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเอง ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลเท้า การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด

1.1.2 การสนับสนุน ด้วยสื่อการเรียนรู้ วีดิทัศน์ โมเดลอาหาร เอกสารประกอบการบรรยายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สนับสนุนให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง การแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน

1.1.3 การชี้แนะ เป็นการชี้แนะแนวทางเลือกที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษาในการปรับพฤติกรรม และการให้ความช่วยเหลือทางโทรศัพท์ที่เป็นปัญหาในการปรับพฤติกรรม

1.1.4 การจัดสิ่งแวดล้อม โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มผู้ป่วย บรรยากาศของการเป็นมิตร การยินดีให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มใจและเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย มีระยะเวลาดำเนินการ 16 สัปดาห์

1.2 คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลเท้า การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษารายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน โรคร่วม และผู้ดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทบทวนวรรณกรรม ประยุกต์ใช้แนวคิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) และพัฒนาจาก Chuemthong, Kimsungnern, Namchanthra (2020) แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ การใช้ยา จำนวน 5 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 5 ข้อ การดูแลเท้า จำนวน 5 ข้อ และการมาตรวจตามนัด จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีเนื้อหาทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย กำหนดให้ค่าคะแนนเท่ากับ 4, 3, 2, 1 และ 0 คะแนน สำหรับข้อความเชิงบวก และ 0, 1, 2, 3 และ 4 คะแนน สำหรับข้อความเชิงลบ มีระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองมีค่าอยู่ระหว่าง 0-120 คะแนน โดยใช้เกณฑ์แบ่งแบบอันตรายมากขึ้น

2.3 เครื่องตรวจระดับ HbA1C เป็นเครื่องตรวจวิเคราะห์ที่ใช้หลักการ HPLC คือเครื่อง TOSOHG11 เป็นเครื่อง Bio-Rad D - 100 ผ่านการควบคุมตามมาตรฐานของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช ทุกเดือนโดยช่างบริษัทแอฟฟินเทค

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แบบสอบถามทั้งฉบับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และเภสัชกรผู้รับผิดชอบระบบสุขภาพปฐมภูมิ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) ใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence; IOC) ได้ค่าทุกข้อคำถาม เท่ากับ 1

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) มีดังนี้

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ .73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ดังนี้

1. ขั้นก่อนทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลส่วนบุคคลและทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลเท้าและการมาตรวจตามนัด หลังจากนั้นเจาะเลือดส่งตรวจเพื่อหาค่า HbA1C ก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. ขั้นทดลอง

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการสอนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ระยะเวลา 1 วัน เนื้อหารายละเอียดในการสอนแบ่งเป็น 6 เรื่องๆ ละ 45-60 นาที แลกเปลี่ยนความคิดเห็น 10-15 นาที เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ตนเองเคยปฏิบัติ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ช่วยชี้แนะแนวทางเลือก ทุกตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกัน บรรยากาศของการเป็นมิตร การยินดีให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มใจและเคารพในการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ประกอบด้วย

2.1 ด้านการรับประทานอาหาร โดยนักโภชนาการ ใช้โมเดลอาหารร่วมกับวิถีทัศน์

2.2 ด้านการใช้ยา โดยเภสัชกร ใช้ตัวอย่างยาจริงร่วมกับวิถีทัศน์

2.3 ด้านการออกกำลังกาย โดยพยาบาลวิชาชีพ ใช้วิธีทัศนร่วมกับการให้กลุ่มตัวอย่างทำตาม

2.4 ด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ใช้วิธีทัศนและยกตัวอย่างภาพประกอบ

2.5 ด้านการดูแลเท้า โดยนักกายภาพบำบัด ใช้วิธีทัศนและให้กลุ่มตัวอย่างทำพร้อมกัน

2.6 ด้านการมาตรวจตามนัด โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

สัปดาห์ที่ 3-15 ผู้วิจัยนัดติดตามเยี่ยมบ้าน พบกลุ่มย่อยโดยใช้คำถามปลายเปิด ขณะอยู่ที่บ้านมีปัญหาการปรับพฤติกรรมอะไรบ้าง วิธีแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร และโทรศัพท์ติดตามอาการในรายที่ไม่สะดวกมาพบกลุ่มย่อย โดยใช้คำถามเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ตามนัดทุก 8 สัปดาห์ ก่อนพบแพทย์ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง 15-20 นาที โดยใช้คำถามปลายเปิดแบบเดียวกันดังนี้ ขณะอยู่ที่บ้านมีปัญหาการปรับพฤติกรรมอะไรบ้าง วิธีแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร ตามแนวคิดระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001)

3. ขั้นตอนการทดลอง

สัปดาห์ที่ 16 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพฤติกรรม การดูแลตนเองและเจาะเลือดส่งตรวจ HbA1C หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลัง โดยการวัดซ้ำจากกลุ่มเดียวกันในการจัดโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยสถิติ Paired Samples t- test

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้หมายเลขรับรอง NSTPH 188/2567 ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=64)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	20.31
หญิง	51	79.69

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=64) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
<35 ปี	1	1.56
35-45 ปี	3	4.69
46-59 ปี	17	26.56
≥60 ปี	43	67.19
Mean=63.28, SD.=10.87, Min=34, Max=87		
สถานภาพสมรส		
โสด	2	3.12
สมรส	48	75.00
หม้าย/หย่า/แยก	14	21.88
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13	20.31
รับราชการ	1	1.56
เกษตรกรรม (ทำสวน)	42	65.62
ค้าขาย	3	4.69
ธุรกิจส่วนตัว	5	7.81
การศึกษา		
ประถมศึกษา	48	75.00
มัธยมศึกษา	11	17.19
ปวส./อนุปริญญา	2	3.12
ปริญญาตรี	3	4.69
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	5	7.81
น้อยกว่า 5,000 บาท	22	34.38
5,000-10,000 บาท	29	45.31
มากกว่า 10,000 บาท	8	12.50
ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน		
≤ 5ปี	27	42.19
6-10 ปี	19	29.69
> 10 ปี	18	28.12
Mean=7.73, SD.=5.62, Min=1, Max=20		
โรคประจำตัว (เป็นร่วมกับเบาหวาน)		
ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	39	60.93
ป่วยเป็นโรคไขมันในเลือดสูง	51	79.68
ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม รูมาตอยด์	1	1.56
อื่นๆ (ไทรอยด์, หอบหืด, เก๊าท์)	3	4.68

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=64) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน		
มีผู้ดูแล	61	95.32
ไม่มี/ดูแลตนเอง	3	4.68

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านท่างาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.69 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 67.19 อายุเฉลี่ย 63.28 ปี อายุสูงสุด 87 ปี อายุต่ำสุด 34 ปี สภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ทำสวน) ร้อยละ 65.62 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.00 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 45.31 ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 42.19 ระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 7.73 ปี น้อยที่สุด 1 ปี สูงที่สุด 20 ปี มีโรคประจำตัว (เป็นร่วมกับเบาหวาน)ป่วยเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 79.68 ผู้ดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน ส่วนใหญ่มีญาติหรือมีผู้ดูแล ร้อยละ 95.32

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยรวม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

การสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=64)

พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม		ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ	
	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	ร้อยละ 80-100	8	12.50	34	53.12
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79	45	70.31	30	46.88
ระดับไม่ดี	ร้อยละ 0-59	11	17.19	0	0.00
รวม		64	100	64	100

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ก่อนได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมระดับปานกลาง ร้อยละ 70.31 และหลังได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมระดับดี ร้อยละ 53.12

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมก่อนและหลังได้รับ

โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=64)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	84.31	10.41	-10.57	.001
หลังได้รับโปรแกรม	95.76	4.65		

จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 84.31 และหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 95.76 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 (n=64)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ Mean $\pm$ SD.	หลังได้รับโปรแกรมฯ Mean $\pm$ SD.	t	p-value
ด้านการรับประทานอาหาร	15.07 $\pm$ 2.68	18.15 $\pm$ 1.22	- 11.19	.001
ด้านการรับประทานยา	18.84 $\pm$ 1.49	19.90 $\pm$.34	- 6.01	.001
ด้านการออกกำลังกาย	14.85 $\pm$ 5.60	17.98 $\pm$ 2.72	- 5.79	.001
ด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน	14.09 $\pm$ 3.45	16.48 $\pm$ 2.30	- 6.52	.001
ด้านการดูแลเท้า	18.18 $\pm$ 2.83	19.90 $\pm$.29	- 4.90	.001
ด้านการมาตรวจตามนัด	19.51 $\pm$ 1.14	19.98 $\pm$.12	- 3.28	.001

จากตารางที่ 4 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ เฉลี่ยต่ำที่สุด ด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 14.09 และสูงที่สุดด้านการมาตรวจตามนัด เท่ากับ 19.51 และหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ เฉลี่ยต่ำที่สุด ด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 16.48 และสูงที่สุดด้านการมาตรวจตามนัด เท่ากับ 19.98 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนและหลังได้รับก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=64)

ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)	ค่าน้ำตาลสะสมเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	7.61	1.32	3.13	.001
หลังได้รับโปรแกรม	7.13	1.31		

จากตารางที่ 5 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ เท่ากับ 7.61 และหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ เท่ากับ 7.13 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่างาม อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช มีคะแนนความรู้ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดีวก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีประเด็นที่น่าสนใจ คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 67.19 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 59 ปี เพียงร้อยละ 32.81 และระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 42.19 แสดงให้เห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมาเป็นโรคเบาหวานช่วงวัยทำงานตอนปลายและวัยผู้สูงอายุ ดังนั้น โปรแกรมนี้เหมาะสมกับกลุ่มวัยทำงานหรือวัยผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งสามารถแยกพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายด้าน ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องอาหาร และอาหารแลกเปลี่ยนที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน การดูโมเดลอาหาร ตัวอย่างอาหารจริง การให้เลือกอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการหลีกเลี่ยงอาหารหวาน ขนมหวาน เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Phiraphrutthiphong, Phakdivong, Namwongphrom (2013) ที่พบว่า การใช้โมเดลอาหาร และตัวอย่างอาหารจริงในการสอน ช่วยให้พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมฯ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมฯ

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน ≤ 5 ปี หลังได้รับโปรแกรมฯ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยาโดยใช้ยาจริง การดูวิธีดื่มน้ำ และเภสัชกรอธิบายคุณสมบัติและผลข้างเคียงของยา อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chuemthong, Kimsungnern, Namchanthra (2020) พบว่าการใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้พบว่าพฤติกรรมการรับประทานยาดีก่อนได้รับโปรแกรมฯ

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน ≤ 5 ปี หลังได้รับโปรแกรมฯ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องการออกกำลังกายร่วมกันการฝึกออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายขณะออกกำลังกาย และการดูวิธีดื่มน้ำชนิดการออกกำลังกายตามความชอบ เช่น การเต้นแอโรบิก เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ ชี่จักรยาน ออกกำลังกายโดยการออกแรงทำกิจกรรมต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นให้เกิดความ

ตระหนักถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ketsilp, Wirachchakul, Lonil (2013) ที่พบว่าการใช้การฝึกออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายขณะออกกำลังกาย และการดูวิดีโอช่วย ให้คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี หลังได้รับโปรแกรมฯ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการอธิบายโดยภาพนิ่ง การยกตัวอย่างภาวะแทรกซ้อนและการดูวิดีโอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา Chuemthong, Kimsungnern, Namchanthra (2020) พบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้ในการปรับพฤติกรรม การดูแลตนเอง จะช่วยการควบคุมระดับน้ำตาลได้ และจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดี

พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการดูแลเท้า ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี หลังได้รับโปรแกรมฯ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องการดูแลเท้าโดยภาพนิ่ง การดูวิดีโอ การสาธิตและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการดูแลเท้า ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการดูแลเท้าดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chuemthong, Kimsungnern, Namchanthra (2020) พบว่าการใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้พบว่าพฤติกรรม การดูแลเท้าดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการมาตรวจตามนัด ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี หลังได้รับโปรแกรมฯ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องการมาตรวจตามนัดโดยการดูวิดีโอ และยกตัวอย่างบุคคลที่มาตามนัดสม่ำเสมอ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการมาตรวจตามนัด ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการมาตรวจตามนัดดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Chuemthong, Kimsungnern, Namchanthra (2020) ที่พบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญในการติดตามควบคุมเบาหวานด้วยตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยยาโดยดูจากผลเลือดในแต่ละครั้ง

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงวก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เกิดจากผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ (American Diabetes Association, 2014) สอดคล้องกับ Phiraphrutthiphong, Phakdivong, Namwongphrom (2013) และสอดคล้องกับ Sutthitham, Wittayaphan, Klampakorn (2016) ที่ใช้ระบบการพยาบาลแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงวก่อนได้รับโปรแกรมฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

โดยสรุปการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative Nursing System) ของโอริเม มาประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดีขึ้น และส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เหมาะกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่ในวัยทำงานหรือวัยสูงอายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปีที่หลังจากใช้โปรแกรมแล้วมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลง ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งที่มีกลุ่มประชากรใกล้เคียงกัน ควรนำโปรแกรมนี้อไปใช้และขยายผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการลดลงของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 6-12 เดือน เพื่อติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง และการลดลงของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) อย่างยั่งยืน

References

- American Diabetes Association. (2014). Standards of Medical Care in Diabetes 2014. *Diabetes Care journals*, 37(1), S14-S80.
- Chuemthong, P., Kimsungnern, N., & Namchanthra, R. (2020). Effects of a Support and Education Program on Self - Care Behavior and Blood Sugar Levels in New Type 2 Diabetic Patients. *Journal of Nursing Science and Health 2020*, 43(1), 78-86. (in Thai)
- Diabetes Association of Thailand. (2023). *Guidelines for Diabetes Treatment 2023 (1100 volumes)*. Bangkok: Srimuang Printing Co., Ltd. (in Thai)
- Diabetes Association of Thailand. (2025). *Rates of Diabetes, Obesity, and Hypertension*. Retrieved November 14, 2025, from <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1/rayngan-kar-sarwc-sukhphaph-prachachn-thiy>
- Jirawatkul, A. (2013). *Health Science Statistics for Research*. Bangkok, Thailand: Witthaya Pat.
- Ketsilp, C., Wirachchakul, P., & Lonil, A. (2013). Self-Care Knowledge and Quality of Life of New Type 2 Diabetic Patients before and after entering the Self-Care Management Program in Type 2 Diabetic Patients in Muang District, Uthai Thani Province. *Journal of Nursing Division*, 40(1), 1-24. (in Thai)

- Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. (2021). *Summary of the Results of Operations according to the Inspection Issues of the Ministry of Public Health for the Year 2024*. (in Thai)
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practice (6th ed.)*. St.Louis: Mosby Yearbook.
- Phiraphrutthiphong, N., Phakdivong, N., & Namwongphrom, A. (2013). Effects of Self-Care Management Program on Knowledge, Self-Care Activities and Hemoglobin Values with Sugar in Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of the Nursing Association, Northeastern Branch*, 30(2), 1-8. (in Thai)
- Sutthitham, V., Wittayaphan, Y., & Klampakorn, S. (2016). The Effect of Self-Care Competence Development Program on Self - Care Behavior and Hemoglobin A1C Level in Type 2 Diabetes Patients. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(1), 1-10. (in Thai)
- Wongpanich, B. (2019). Health Behavior Modification in Self-Care of Diabetic Patients in the non -communicable Disease Clinic, Phra Chom Klao Hospital, Phetchaburi Province. *Journal of Disease Control Office 5, Ratchaburi 2019*, 3(2), 58-67. (in Thai)
- World Health Organization. (2016). Global Report on Diabetes. Retrieved May 9, 2025, from apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

วิยะดา รัตนสุวรรณ¹, โสณ เรืองมันคง^{2*}

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีแบบตามลำดับอธิบายผลนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม 2567 ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลทั่วไปในเขตจังหวัดสิงห์บุรี และจังหวัดอ่างทอง เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 62 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบสอบถามการสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระยะที่ 2 เป็นประเด็นคำถามปลายเปิดสำหรับการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์แกนหลัก

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการรักษา (Mean=4.24, SD=.58) รองลงมา คือ ด้านบทบาทในสังคม (Mean=3.73, SD=.94) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีส่วนร่วมในการวางแผนรักษา (Mean=4.26, SD=.61) รองลงมา คือ การสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ (Mean=4.14, SD=.77) การมีส่วนร่วมในการวางแผนรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมได้ร้อยละ 61.6 การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลเชิงบวกสูงสุด ($\beta=.515, p<.001$) ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง

สรุปและข้อเสนอแนะ การมีส่วนร่วมในการวางแผนรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงนี้ ดังนั้นควรมีการพัฒนาแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในการวางแผนรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิตควบคู่กับการสนับสนุนจากครอบครัว

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีอิทธิพล, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคความดันโลหิตสูง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sano.r@siu.ac.th)

วันที่รับ 4 ธ.ค. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 15 ธ.ค. 2568, วันที่ตอบรับ 19 ธ.ค. 2568

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 8 No.2 July - December 2025 ISSN 2822-034X (Online)

Factors Influencing Self-Management Behaviors for Stroke Prevention in Patients with Uncontrolled Hypertension

Wiyada Ratanasuwan¹, Sano Rueangmankhong^{2*}

Faculty of Nursing Shinawatra University

Abstract

This study employed a mixed-methods research design, specifically an explanatory sequential design, to examine factors influencing self-management behaviors for stroke prevention among patients with uncontrolled hypertension. The research was conducted from June to October 2024. The study population consisted of patients with uncontrolled hypertension who received services at the outpatient clinics of Ang Thong Hospital and Sing Buri Hospital. A purposive sampling technique was used, resulting in a sample of 62 participants. The research instruments were administered in two phases. Phase 1 included questionnaires on perceived self-efficacy, participation in treatment planning, social support from family, self-care support from the healthcare system, and self-management behaviors. Phase 2 consisted of open-ended questions for focus group discussions and in-depth interviews. Quantitative data were analyzed using stepwise multiple regression analysis, and qualitative data were analyzed using thematic analysis.

The findings revealed that the self-management behavior component with the highest mean score was adherence/maintenance (Mean=4.24, SD=.58), followed by social role (Mean=3.73, SD=.94). Among the influencing factors, participation in treatment planning had the highest mean score (Mean=4.26, SD=.61), followed by support from the healthcare system (Mean=4.14, SD=.77). Participation in treatment planning and target control of blood pressure, and family social support were significant joint predictors of overall self-management behavior, explaining 61.6% of the variance. Participation in treatment planning was the strongest positive predictor of self-management behavior ($\beta = .515, p < .001$).

Conclusion and Recommendations: Participation in treatment planning and target control of blood pressure, and social support from Family are Important Factors in promoting self-management for stroke prevention in this high-risk group. Therefore, a model to promote self-management behaviors should be developed that emphasizes participation in treatment planning and blood pressure target control, together with support from family members.

Keywords: Influencing factors, Self-management behavior, Stroke, Uncontrolled Hypertension

Corresponding E-mail: sano.r@siu.ac.th

Received: December 4, 2025; Revised: December 15, 2025; Accepted: December 19, 2025

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 8 No.2 July - December 2025 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลก ในปี 2024 พบผู้ป่วย 1.4 พันล้านทั่วโลก แต่มีเพียงกว่าหนึ่งในห้าเท่านั้นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ไม่ว่าจะด้วยยาหรือการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (World Health Organization, 2025) โดยเฉพาะความดันโลหิตซิสโตลิกสูงที่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยองค์การอนามัยโลกประมาณการว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิต 5 ล้านคน และพิการถาวร 5 ล้านคน โดย 2 ใน 3 ของผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (Thai Stroke Society, 2023) จากสถิติอัตราการป่วยของโรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ 4 ในปี พ.ศ. 2563-2567 จัดอยู่ใน 5 ลำดับแรกของประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2567 จังหวัดสิงห์บุรีและจังหวัดอ่างทอง มีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จัดอยู่ใน 4 ลำดับแรกของเขตสุขภาพที่ 4 โดยจังหวัดสิงห์บุรี เท่ากับ 469.71 รายต่อแสนประชากร และจังหวัดอ่างทอง เท่ากับ 360.16 รายต่อแสนประชากร (Health Data Center, Ministry of Public Health, 2025)

จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2567 ของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center; HDC) จังหวัดสิงห์บุรี พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 854 ราย และเสียชีวิตถึง 90 ราย ซึ่งสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีมากกว่าร้อยละ 20 จำนวน เท่ากับ ร้อยละ 58.33 และจังหวัดอ่างทอง พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1,059 ราย และเสียชีวิตถึง 101 ราย ซึ่งสัมพันธ์กับร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีมากกว่าร้อยละ 20 จำนวน ร้อยละ 57.81 (Health Data Center, Ministry of Public Health, 2025) ดังนั้นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังสามารถส่งผลกระทบต่อบุคคลในทุกเพศและทุกวัย โดยเฉพาะในกลุ่มในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย พบว่า ปัจจัยสาเหตุที่สำคัญของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เกิดจากไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (GACD Hypertension Research Program et al., 2015) ซึ่งมีตัวแปรหรือปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ที่หลากหลายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า การจัดการตนเองด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาท การจัดการด้านอารมณ์ (Chasuwan, Thamdee & Panutai, 2023) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Sharma, et al., 2025) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Panwilai, et al., 2022) การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต (O'Brien, et al., 2013) และการสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ (Hussien, et al., 2021) เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ดังกล่าว เนื่องจากการป้องกันปัจจัยเสี่ยงเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการวิจัยแบบผสมวิธีแบบตามลำดับอธิบายผล ซึ่งจะทำให้ทราบข้อค้นพบในการอธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุ รวมถึงได้

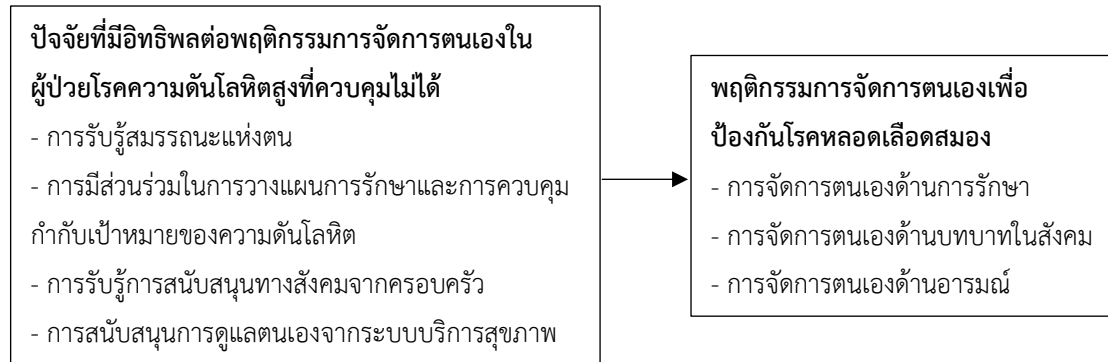
ข้อมูลในกลุ่มเล็กและสอดคล้องกับบริบทของคนไทย โดยเฉพาะในผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุที่พบว่า เป็นกลุ่มที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อเป็นข้อมูลและองค์ความรู้ที่สำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างเหมาะสมกับบริบทในสภาพการณ์จริง ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา และการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) และการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากำหนดเป็นแนวทางในการวัดและประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการตนเองด้านการรักษา 2) ด้านบทบาทในสังคม และ 3) ด้านอารมณ์ (Chasuwan, et al., 2023) และการทบทวนแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นแนวคิดของ Bandura (1986) ที่นำเสนอว่าความเชื่อของแต่ละบุคคลในความสามารถของตนเองที่จะดำเนินการตามพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เฉพาะเจาะจง คือความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะมีอิทธิพลต่อเหตุการณ์และควบคุมสภาพแวดล้อมของตนเอง (Williams, & Rhodes, 2016) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Khonsuan, 2014) การสนับสนุนการดูแลตนเองเมื่อมีความบกพร่องทางสุขภาพ (Orem, 2001)จากระบบบริการสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต (O'Brien, et al., 2013) โดยใช้การวิจัยแบบผสมวิธีแบบตามลำดับอธิบายผล โดยใช้กระบวนการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าว ซึ่งข้อมูลจากการศึกษาทั้งสองรูปแบบจะถูกบูรณาการเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีแบบตามลำดับอธิบายผล (Explanatory Sequential Mixed Methods Design) แบ่งเป็น 2 ระยะ ในช่วงเดือนมิถุนายน - ตุลาคม พ.ศ. 2567 ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Phase)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มาใช้บริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลทั่วไปในเขตจังหวัดสิงห์บุรี และจังหวัดอ่างทอง

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

1) คัดเลือกโรงพยาบาลเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากจำนวนโรงพยาบาลทั่วไปในเขตจังหวัดสิงห์บุรี 1 แห่ง และจังหวัดอ่างทอง มา 1 แห่ง

2) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) สำหรับสถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ .80 ขนาดอิทธิพลขนาดปานกลางเท่ากับ .15 โดยมีตัวแปรทำนาย จำนวน 4 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 57.27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเก็บตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 62 คน

3) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลทั่วไปในเขตจังหวัดสิงห์บุรี และจังหวัดอ่างทอง จังหวัดละ 1 แห่ง โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุ 50 ขึ้นไป และ 2) มีความดันโลหิตในครั้งหลังสุด ความดันซิสโตลิก (Systolic) ≥ 140 mmHg และ ไดแอสโตลิก (Diastolic) ≥ 90 mmHg

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) สุขภาพแข็งแรงดีไม่มีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงที่ส่งผลต่อความดันโลหิต เช่น โรคหัวใจ 2) มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ถูกต้อง 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และ 4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก ข้อ 3) เข้ากลุ่มโดยวิธีสุ่มอย่างเป็นระบบ จากระบบที่สปรดประจำตัวผู้ป่วยจนครบจำนวน

เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถตอบคำถามได้ครบตลอดการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐาน ของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพในปัจจุบัน รายได้ ระยะเวลาเป็นโรค และชนิดของยาที่รับประทาน

2.2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากเครื่องมือของ Khonsuan (2014) มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ซึ่งสร้างขึ้นตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) มีลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 5 คือ เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้ทุกครั้ง 4 คือ เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้เกือบทุกครั้ง 3 คือ เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้บางครั้ง 2 คือ เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้นานๆครั้ง และ 1 คือ เชื่อมั่นว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้สำเร็จ

2.3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 2001) ที่บุคคลมุ่งเน้นความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะบกพร่องทางสุขภาพพร้อมกับ การวางแผนควบคุมกำกับเป้าหมายความดันโลหิต (O'Brien, et al., 2013) มีข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 5 คือ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติมากที่สุด 4 คือ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติมาก 3 คือ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติปานกลาง 2 คือ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติน้อย และ 1 คือ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติน้อยที่สุด

2.4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ Khonsuan (2014) ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) มี ข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 5 คือ ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด 4 คือ ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมาก 3 คือ ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นปานกลาง 2 คือ ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นน้อย และ 1 คือ ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นน้อยที่สุด

2.5 แบบสอบถามการสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ Chankrachang (2022) มี ข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 5 คือ ทำเป็นประจำ ประมาณ สัปดาห์ละ 6-7 วัน 4 คือ ทำบ่อยครั้ง ประมาณ สัปดาห์ละ 4-5 วัน 3 คือ ทำไม่สม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3 วัน 2 คือ ทำประมาณ สัปดาห์ละ 1-2 วัน และ 1 คือ ไม่ได้ทำเลย

2.6 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ Utthiya, Viwut & Kruengchai (2023) มีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 5 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (ประมาณสัปดาห์ละ 3 ครั้ง) 4 คือ ปฏิบัติบ่อยครั้ง(ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง) 3 คือ ปฏิบัตินานๆครั้ง (ประมาณเดือนละ 2 ครั้ง) 2 คือ ปฏิบัติ

บางครั้ง (ประมาณเดือนละ 1 ครั้ง) และ 1 คือ ไม่ได้ปฏิบัติ แบบสอบถามข้อ 2.2 -2.6 แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ดังนี้ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาล 2) พยาบาลวิชาชีพแผนกอายุรกรรม และ 3) อาจารย์สาขาการวัดและประเมินผล หลังจากนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หาค่าความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of Item Objective Congruence: IOC) พบว่าอยู่ระหว่าง .67 -1.00 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบสอบถามการสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .78, .81, .76, .89 และ .87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง และเข้าพบหัวหน้าคลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนที่ได้กำหนดร่วมกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงโครงการวิจัยโดยละเอียด วัตถุประสงค์ในการศึกษา ขั้นตอนการเก็บข้อมูล รวมการอธิบายถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยตามรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ

2. เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแบบสอบถาม พร้อมชี้แจงคำอธิบายในการตอบแบบสอบถาม ให้เวลาในการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบสอบถามการสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ วิเคราะห์โดยใช้วิธีวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรอิสระ

แบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) เพื่อค้นหาตัวแปรทำนายที่สำคัญที่สุด และก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติก่อน ได้แก่ 1) ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) 2) ตรวจสอบความเป็น Linearity พบว่า ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น พิจารณาจากค่า VIF สูงสุดที่ได้มีค่าเท่ากับ 1.192 และพิจารณาค่า Tolerance พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.839 3) กราฟ Normal plot มีการแจกแจงแบบปกติ 4) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 โดยพิจารณาจากค่า Residual เท่ากับ 0 5) ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน พิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.537

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Phase)

การวิจัยเชิงคุณภาพเชื่อมโยงโดยอาศัยผลลัพธ์จากเชิงปริมาณเป็นตัวนำ (Follow-up Explanations) ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 2.1) ประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากวิจัยระยะที่ 1 และ 2.2) กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลักที่เลือกเป็นไปตามผลลัพธ์ที่สำคัญจากระยะที่ 1 จำนวน 24 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักดังนี้ กลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยระยะที่ 1 ที่มีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรักษา และการจัดการตนเองด้านบทบาทในสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเอง ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต ด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และด้านการสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ อยู่ในระดับสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งใช้ผลลัพธ์ที่สำคัญจากการวิจัยระยะที่ 1 เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จำนวน 24 คน และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กลุ่มละ 4-5 คน ใช้ประเด็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นต่าง ๆ อย่างกว้างขวางและลึกซึ้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้ 1) ตัวผู้วิจัย เป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลที่สำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยต้องเตรียมตัวทั้งความรู้เชิงวิชาการในด้านพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เตรียมความพร้อมด้านการทำการวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนี้ผู้วิจัยยัง必须有ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 30 ปี 2) เครื่องบันทึกเสียง สำหรับการบันทึกการสนทนากลุ่ม โดยจะบันทึกเสียงไว้ตลอดการสนทนา เพื่อเก็บข้อมูลรายละเอียดของการสนทนา ทั้งนี้การใช้เครื่องบันทึกเสียงผู้วิจัยจะขอความยินยอมจากผู้ร่วมวิจัยก่อนทุกครั้ง 3) บันทึกภาคสนาม ที่ดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัย สำหรับช่วยผู้วิจัยในการจดจำสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสนามวิจัย และ 4) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ที่เป็นประเด็นคำถามปลายเปิด ตัวอย่างข้อคำถาม ด้านการสนับสนุนทางสังคม 1) คำถามหลัก : ในช่วงที่ท่านต้องดูแลสุขภาพและควบคุมความดันโลหิต ท่านได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวอย่างไรบ้าง 2) คำถามเจาะลึก : สิ่งที่ทำให้ท่านรู้สึกมีกำลังใจมากที่สุดเกิดขึ้นในรูปแบบใดบ้าง ตรวจสอบคุณภาพของข้อคำถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรงของเนื้อหา กับนิยามของพฤติกรรมจัดการ

ตนเอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในแต่ละด้าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่า IOC แต่ละด้าน เท่ากับ .67 - 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงโครงการวิจัยอีกครั้ง รวมการอธิบายถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ตามรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ์ หลังจากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4-5 คน เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. การสนทนากลุ่ม กับกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประเด็นคำถามที่จะใช้ในการสนทนากลุ่ม และขออนุญาตการบันทึกการสนทนากลุ่ม โดยใช้แถบเสียงประกอบการสนทนากลุ่ม และให้เวลากลุ่มตัวอย่างได้อธิบายรายละเอียดในแต่ละประเด็น โดยให้เวลากลุ่มละประมาณ 30-40 นาที

2. ดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ในผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประเด็นการสัมภาษณ์ และขออนุญาตให้ผู้ช่วยวิจัยบันทึกเสียงประกอบการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลเชิงลึก คนละประมาณ 10-15 นาที จนครบจำนวนหรือจนกระทั่งได้ข้อมูลอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะทำการถอดเทปคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแบบคำต่อคำ หลังจากนั้นวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์แกนหลัก (Thematic Analysis)

การบูรณาการผลการวิจัย (Integration Phase)

ภายหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองวิธีเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยมาบูรณาการเพื่ออธิบายพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ซึ่งผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบความเหมือนความแตกต่างระหว่างผลการวิจัย อันนำไปสู่การเพิ่มความเข้าใจพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยชินวัตร เลขที่ IRB 24/01 ลงวันที่ 11 มกราคม 2567 และ โรงพยาบาลสิงห์บุรี เลขที่ 08/2024 ลงวันที่ 25 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (ความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 145.50 มิลลิเมตรปรอท) จำนวน 62 ราย โดยมีลักษณะทั่วไป คือ มีสัดส่วนชายและหญิงเท่ากัน มีอายุเฉลี่ย 67.29 ปี (SD.= 11.61) โดยมีช่วงอายุตั้งแต่ 58 ถึง 86 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.10 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.80 รองลงมา คือ ค้าขาย ร้อยละ 19.40 ระยะเวลาที่เป็นโรค เฉลี่ย 6.90 ปี

รับประทานยามากกว่า 4 ชนิด ร้อยละ 43.50 รองลงมา คือ รับประทานยา 3 ชนิด ร้อยละ 27.40 และอยู่กับ บุตรหลานร้อยละ 50

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง

2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง

รายการ	Mean	SD.	ระดับการแปลผล
1. พฤติกรรมการจัดการตนเอง			
- การจัดการตนเองด้านการรักษา	4.24	.58	สูง
- การจัดการตนเองด้านอารมณ์	3.55	.94	ปานกลาง
- การจัดการตนเองด้านบทบาทในสังคม	3.73	.82	สูง
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง			
- การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.51	.90	ปานกลาง
- การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุม	4.26	.61	สูง
กำกับเป้าหมายของความดันโลหิต			
- การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	3.99	1.05	สูง
- การสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ	4.14	.77	สูง

จากตารางที่ 1 พฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการรักษา (Mean=4.24, SD.= .58) รองลงมา คือ ด้านบทบาทในสังคม (Mean=3.73, SD.= .82) และ ด้านอารมณ์ (Mean=3.55, SD.= .94) ตามลำดับ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายความดันโลหิต (Mean=4.26, SD.= .61) รองลงมา คือ การสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ (Mean=4.14, SD.= .77) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Mean=3.99, SD.=1.05) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Mean=3.51, SD.= .90) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ตัวแปรอิสระ (พยากรณ์)	B	S.E.	Beta	t	p-value
การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต	.561	.088	.551	6.365	<.001
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.205	.046	.390	4.505	<.001

Constant = .935, R=.793, R²=.629, R² adj=.616 F=49.915, p <.001

สมการ

คะแนนดิบ (Y) = .935 + .561 การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา + .205 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

คะแนนมาตรฐาน (Y) = .551 คะแนนมาตรฐานการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา + .390 คะแนนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

จากตารางที่ 2 สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิตและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีคะแนนมาตรฐานสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต (Beta=.551) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม (Beta= .390) ตัวแปรทั้งสองสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมจัดการตนเองได้ร้อยละ 61.6

2.2 ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

1) พฤติกรรมจัดการตนเอง ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1.1) การจัดการตนเองด้านการรักษา มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การติดตามความดันโลหิตเช่น “ป้าวัดความดันโลหิตในตอนเช้าก่อนทานข้าวทุกวันเพื่อกันลืม” การจัดการปัจจัยเสี่ยง เช่น “ลุงจะจัดยาใส่กล่องยาประจำวัน สำหรับแต่ละสัปดาห์เพื่อป้องกันการลืม”

1.2) การจัดการตนเองด้านบทบาทในสังคม มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การสื่อสารในครอบครัว เช่น “ลุงบอกภรรยาและลูกๆให้ช่วยกันลดการปรุงเค็มในอาหารที่ทานทุกอย่าง” การปรับตัวทางสังคม เช่น “ป้าจะจัดเตรียมอาหารที่ทำเอง แทนการทานอาหารนอกบ้านเวลาไปร่วมงานต่างๆในชุมชน”

1.3) การจัดการตนเองด้านอารมณ์ มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การผ่อนคลายความเครียด เช่น “ป้าจะชอบไหว้พระและนั่งสมาธิสั้นๆ วันละ 10 นาที ก่อนนอนทุกวัน” การจัดการความเครียด เช่น “การสวดมนต์หรือฟังธรรมะในช่วงก่อนนอน”

2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเอง ประกอบด้วย

2.1) การวางแผนการมีส่วนร่วมในการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การร่วมตัดสินใจ เช่น “หมอถามว่าป้าสะดวกออกกำลังกายแบบไหนเลยช่วยกันเลือกการเดินเร็ววันละ 30 นาที เพราะทำได้ทุกวัน” การเลือกวิธีการรักษา เช่น “หมอไม่ได้แค่สั่งยา แต่ให้ทางเลือกลุงด้วยว่าจะทานแบบวันละ 1 ครั้ง หรือทานเช้า เย็น” การตีความผลลัพธ์ เช่น “เมื่อความดันลดลงเหลือ 126/70 ทำให้ลุงมีกำลังใจที่จะคุมอาหารและยาต่อไปเรื่อย ๆ”

2.2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาด เช่น “ทุกเช้า ลูกสาวจะนำผลไม้ที่ไม่มีรสหวานมาวางไว้บนโต๊ะทานข้าว เพื่อให้ลุงทานแทนพวกขนมหวาน” การให้กำลังใจเชิงการรับรู้ความสามารถ เช่น “เมื่อป้าท้อเรื่องไขมันในเลือดสูง ลูก

สาวก็จะบอกว่า หมอเคยชมว่าแม่คุมอาหารได้ดีมากเมื่อ 3 เดือนก่อน เพราะฉะนั้นหนูเชื่อว่าแม่ก็ต้องทำได้อีกแน่นอน”

2.3) การสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเข้าถึงบริการ เช่น “ที่โรงพยาบาลมีคลินิกโรคเรื้อรังแยกต่างหาก ทำให้ไม่ต้องรอนาน” คุณภาพการให้ความรู้ เช่น “เจ้าหน้าที่ อสม. มาเยี่ยมถึงบ้าน พร้อมกับมอบแผ่นพับที่อธิบายเรื่องอาหารลดเค็ม และสอนวิธีการวัดความดันที่ถูกต้อง”

2.3 การบูรณาการผลการวิจัย

จากผลการศึกษาทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำไปสู่การสรุปผลการวิจัยแบบผสมวิธี (Meta-Inferences) เกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ตารางที่ 3 การบูรณาการผลการวิจัย เพื่ออธิบายพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การจัดการตนเอง	ผลการศึกษา		
	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ	แบบผสมวิธี
การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต	มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.26, SD=.61) และเป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลเชิงบวกสูงสุด ($\beta=.551$, $p<.001$)	ประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การร่วมตัดสินใจ เช่น “หมอถามว่าปัสสาวะออกกำลังกายแบบไหน เลยช่วยกันเลือกการเดินเร็ววันละ 30 นาที เพราะทำได้ทุกวัน” การเลือกวิธีการรักษา เช่น “หมอไม่ได้แค่สั่งยา แต่ให้ทางเลือกลงด้วยว่าจะทานแบบวันละ 1 ครั้ง หรือทานเช้า เย็น” การตีความผลลัพธ์ เช่น “เมื่อความดันลดลงเหลือ 126/70 ทำให้ลุงมีกำลังใจที่จะคุมอาหารและยาต่อไปเรื่อย ๆ”	จากผลการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพสามารถยืนยัน (Confirmation) ผลการวิจัยได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	ปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลเชิงบวก ($\beta=.390$, $p<.001$)	ประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาด เช่น “ทุกเช้าลูกสาวจะนำผลไม้ที่ไม่มีรสหวานมาวางไว้บนโต๊ะทานข้าว เพื่อให้ลุงทานแทนพวกขนมหวาน” การให้กำลังใจเชิงการรับรู้ความสามารถ เช่น “เมื่อป้าท้อใจเรื่องไขมันในเลือดสูง ลูกสาวก็จะบอกว่า หมอเคยชมว่าแม่คุมอาหารได้ดีมากเมื่อ 3 เดือนก่อน เพราะฉะนั้นหนูเชื่อว่าแม่ก็ต้องทำได้ อีกแน่นอน”	จากผลการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพสามารถยืนยัน (Confirmation) ผลการวิจัยได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 3 การบูรณาการผลการวิจัย เพื่ออธิบายพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (ต่อ)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรม	ผลการศึกษา		
	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ	แบบผสมวิธี
การจัดการตนเอง			
การสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ	ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง		

อภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

1.1 พฤติกรรมจัดการตนเอง ตามแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Loric & Holman (2003) ซึ่งมุ่งเน้นการเปลี่ยนบทบาทของผู้ป่วยจาก "ผู้รับบริการ" เป็น "ผู้จัดการ" สุขภาพตนเอง โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่ช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง เมื่อเกิดภาวะบกพร่องในการดูแลตนเองทางสุขภาพ Orem (2001) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การจัดการตนเองด้านการรักษา ผลการศึกษพบว่า ผู้ป่วยมีระดับการจัดการตนเองด้านการรักษา (Mean=4.24, SD.= .58) อยู่ในระดับสูง เช่น "ปฎิบัติความดันโลหิตในตอนเช้าก่อนทานข้าวทุกวันเพื่อกันลิ้ม" (การติดตามความดันโลหิต) รองลงมา คือ การจัดการตนเองด้านบทบาทในสังคม (Mean=3.73, SD.= .82) อยู่ในระดับสูง เช่น "ลูกบอกภรรยาและลูกๆให้ช่วยกันลดการปรุงเค็มในอาหารที่ทานทุกอย่ง" สำหรับการจัดการตนเองด้านอารมณ์ (Mean=3.55, SD.= .94) อยู่ในระดับต่ำ เช่น "ป้าจะชอบไหว้พระและนั่งสมาธิสั้นๆ วันละ 10 นาที ก่อนนอนทุกวัน" และ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเอง พบว่า การมีส่วนร่วมในการวางแผนรักษา (Mean=4.26, SD.= .61) การสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ (Mean=4.14, SD.= .77) และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Mean=3.99, SD.=1.05) อยู่ในระดับสูง ซึ่งส่งเสริมการจัดการตนเองด้านการรักษาของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับสูง (Mean=4.24, SD.= .58) สอดคล้องกับการศึกษาของ Khamtan (2019) เกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันกลับเป็นซ้ำ ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวมีผลในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมป้องกันกลับเป็นซ้ำ ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คือ

1) การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลเชิงบวกสูงสุด ($\beta=.551, p<.001$) ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง จากการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายการรักษา ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ของตนเอง สามารถอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ซึ่งมุ่งเน้นความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Therapeutic Self-Care Demand) เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ เช่น “ที่โรงพยาบาลมีคลินิกโรคเรื้อรังแยกต่างหาก ทำให้ไม่ต้องรอนาน “(การเข้าถึงบริการ) “เจ้าหน้าที่ อสม. มาเยี่ยมถึงบ้าน พร้อมกับมอบแผ่นพับที่อธิบายเรื่องอาหารลดเค็ม และสอนวิธีการวัดความดันที่ถูกต้อง” (คุณภาพการให้ความรู้) ซึ่งช่วยสร้างเสริมความรู้และทักษะและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยตรงและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา เช่น “หมอไม่ได้แค่สั่งยา แต่ให้ทางเลือกเลยว่า จะทานแบบวันละ 1 ครั้ง หรือทานเช้า เย็น” (การเลือกวิธีการรักษา) และการควบคุมเป้าหมายด้านความดันโลหิต เช่น “เมื่อความดันลดลงเหลือ 120/75 ทำให้ป้ามีกำลังใจที่จะควบคุมอาหารและยาต่อไป”(การตั้งเป้าหมาย) ซึ่งแสดงว่าปัจจัยความต้องการมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายการรักษาและการควบคุมเป้าหมายของความดันโลหิต จะช่วยส่งเสริมแนวคิดการจัดการตนเอง ของ Loric & Holman (2003) โดยใช้วิธีการปฏิบัติและการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง (Orem (2001) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การจัดการตนเองด้านการรักษา เช่น “ลุงจะจัดยาใส่กล่องยาประจำวัน สำหรับแต่ละสัปดาห์เพื่อป้องกันการลืม” การจัดการตนเองด้านบทบาทในสังคม เช่น “ป้าจะจัดเตรียมอาหารที่ทำเอง แทนการทานอาหารนอกบ้านเวลาไปร่วมงานต่างๆในชุมชน” และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ladner et al. (2022) เกี่ยวกับ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสาธารณรัฐอาหรับเอมิเรตส์ พบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง

2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผลวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($\beta=.390, p<.001$) สามารถอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) ว่าเป็น การรับรู้ และความเป็นจริง ที่บุคคลรู้สึกว่าเขาได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากเครือข่ายสังคม เช่น “เมื่อป้าท้อเรื่องไขมันในเลือดสูง ลูกสาวก็จะบอกป้าว่า “หมอเคยชมว่าแม่คุมอาหารได้ดีมากเมื่อ 3 เดือนก่อน เพราะฉะนั้นหนูเชื่อว่าแม่ก็ต้องทำได้ อีกแน่นอน”(การให้กำลังใจเชิงการรับรู้ความสามารถ) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจะเพิ่มความมั่นใจในตนเองให้กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นตัวขับเคลื่อนพฤติกรรมการจัดการตนเองของ Loric & Holman (2003) เช่น “ลูกชายจะขับรถพาลุงไปส่งที่โรงพยาบาล ในวันนัดของหมอทุก 3 เดือน และเวลาลุงต้องไปร่วมกิจกรรมทำบุญในหมู่บ้าน” (สนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรักษาและบทบาทในสังคม) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chasuwan et al.(2023) เกี่ยวกับ ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความ

ดันโลหิตสูง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำนายนายการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ ($\beta = .516, p < .001$) และพบว่า การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองได้ร้อยละ 61.6 สามารถอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) คือ ครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้เสริมสร้างโอกาสให้ผู้ป่วยในการเข้าร่วมวางแผนการรักษากับทีมสุขภาพในการร่วมกำหนดเป้าหมายและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง Orem (2001) ที่มุ่งเน้นการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ทั้ง 2 ปัจจัยจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (O'Brien, et al., 2013, Panwilai, et al., 2022)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. เก็บข้อมูลเฉพาะโรงพยาบาลสิงห์บุรีและอ่างทอง จึงเป็นข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้โดยทั่วไป
2. เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง สามารถบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ณ จุดเวลาที่ศึกษาเท่านั้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 58 ปี อายุเฉลี่ย 67.29 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยพบว่า การมีส่วนร่วมในการวางแผนรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญ ดังนั้นควรเน้นการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา เช่น การสร้างกลไกสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน จัดอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับบทบาทที่เหมาะสมในการสนับสนุนผู้ป่วย ร่วมกับการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายความดันโลหิตและแผนการจัดการตนเองที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง เช่น ให้บันทึกความดันโลหิตที่บ้าน และนำข้อมูลมาใช้ร่วมกับแพทย์/พยาบาลในการปรับแผนการรักษาทุกครั้งที่มาตรวจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมในการวางแผนรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง ดังนั้นควรมีการออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง โดยบูรณาการปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด เช่น การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา และการสนับสนุนจากครอบครัว แล้วทำการทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เพื่อวัดประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ค่าความดันโลหิตที่ลดลง

References

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Chankrachang, W. (2022). *Factors influencing health literacy among people at risk of hypertension in a District of Phichit Province (Master's thesis)*. Naresuan University. (in Thai)
- Chasuwan, S., Thamdee, D., & Panutai, S. (2023). Factors predicting self-management in older adults with hypertension. *Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(1), 136-152. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- GACD Hypertension Research Programme, Writing Group, Peiris, D., Thompson, S. R., Beratarrechea, A., Cárdenas, M. K., Diez-Canseco, F. et al. (2015). Behaviour change strategies for reducing blood pressure-related disease burden: findings from a global implementation research programme. *Implementation Science: IS*, 10, 158.
- Health Data Center, Ministry of Public Health. (2025). *The mortality rate of patients with stroke*. Retrieved Sep 20, 2025, from <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/7ac059f4e4e3d08750d2ee236005556af> (in Thai)
- House, J. S. (1981). House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Hussien, M., Muhye, A., Abebe, F., & Ambaw, F. (2021). The role of health care quality in hypertension self-management: A qualitative study of the experience of patients in a Public Hospital, North-West Ethiopia. *Integrated Blood Pressure Control*, 14, 55–68.
- Khamtan, W. (2019). *Effects of the individual and family self-management program on recurrence prevention behaviors, clinical outcomes, and quality of life in stroke patients*. (Master's thesis). Thammasat University. (in Thai)
- Khonsuan, A. (2014). *The effects of the self-efficacy and social support promotion program on dietary control behavior and blood pressure level in patients with uncontrolled hypertension*. (Master's thesis). Songkhla University. (in Thai)
- Ladner, J., Al Awar, S., Al Marzooqi, H., & Al Marzooqi, M. (2022). Factors impacting self-management ability in patients with chronic diseases in the United Arab Emirates. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 11(3), 165-173.
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.

- O'Brien, C., Bray, E. P., Bryan, S., Greenfield, S. M., Haque, M. S., Hobbs, F. D., et al. (2013). Targets and self-management for the control of blood pressure in stroke and at risk groups (TASMIN-SR): protocol for a randomised controlled trial. *BMC cardiovascular disorders*, 13, 21.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Panwilai, J., Fongkaew, W., Soiwong, P., & Chaiard, J. (2022). Family caregivers' perceptions regarding stroke prevention for family members at risk. *Journal of Nursing Research*, 26(1) 90-104. (in Thai)
- Sharma, D. P., Aycock, D. M., Kelley, S. J., Gaillard, T., & Washington, P. L. (2025). Stroke-related predictors of hypertension self-management among African American Adults. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 10.1007/s40615-025-02659-4.
- Thai Stroke Society. (2023). *Stroke Situation*. Retrieved Dec 3, 2024, from <https://thaistrokesociety.org/purpose/>
- Utthiya, P., Viwut, P., & Kruengchai, S. (2023). The effects of autonomy support program on self-management behaviors and HbA1C among older persons with diabetes mellitus in Hangchat District, Lampang Province. *Journal of Health Science Scholarship*, 11(1), 36-49. (in Thai)
- Williams, D. M., & Rhodes, R. E. (2016). The confounded self-efficacy construct: conceptual analysis and recommendations for future research. *Health psychology review*, 10(2), 113-128.
- World Health Organization. (2025). *Uncontrolled high blood pressure puts over a billion people at risk*. Retrieved Sep 25, 2025, from <https://www.who.int/news/item/23-09-025-uncontrolled-high-blood-pressure-puts-over-a-billion-people-at-risk>

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) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกอยู่ท้ายชื่อ 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. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ " _ " แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.

1.1

1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีกัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น 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
 - References
- 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 และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า "et al.." สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสาร 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 วารสารวิจัยและนวัตกรรมการทางสุขภาพ ผ่านเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri> หรือ แลแนบบแบบฟอร์มตามที่วารสารฯ กำหนด

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

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

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

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

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

2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้พิจารณาบทความ 2 ใน 3 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์

3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด

4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารวิจัยและนวัตกรรมการทางสุขภาพ ด้วยระบบออนไลน์

5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสม และความคิดเห็นของผู้เขียน

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

7. ผู้เขียนต้องชำระค่าตีพิมพ์บทความ จำนวน 4,500 บาท

8. อาจารย์ นักศึกษา ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี ไม่ต้องชำระค่าตีพิมพ์ หรือหากมีข้อสงสัยติดต่อ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา (บรรณาธิการวารสาร)

งานวิจัย นวัตกรรมและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี

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.....

ดั่งรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ 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

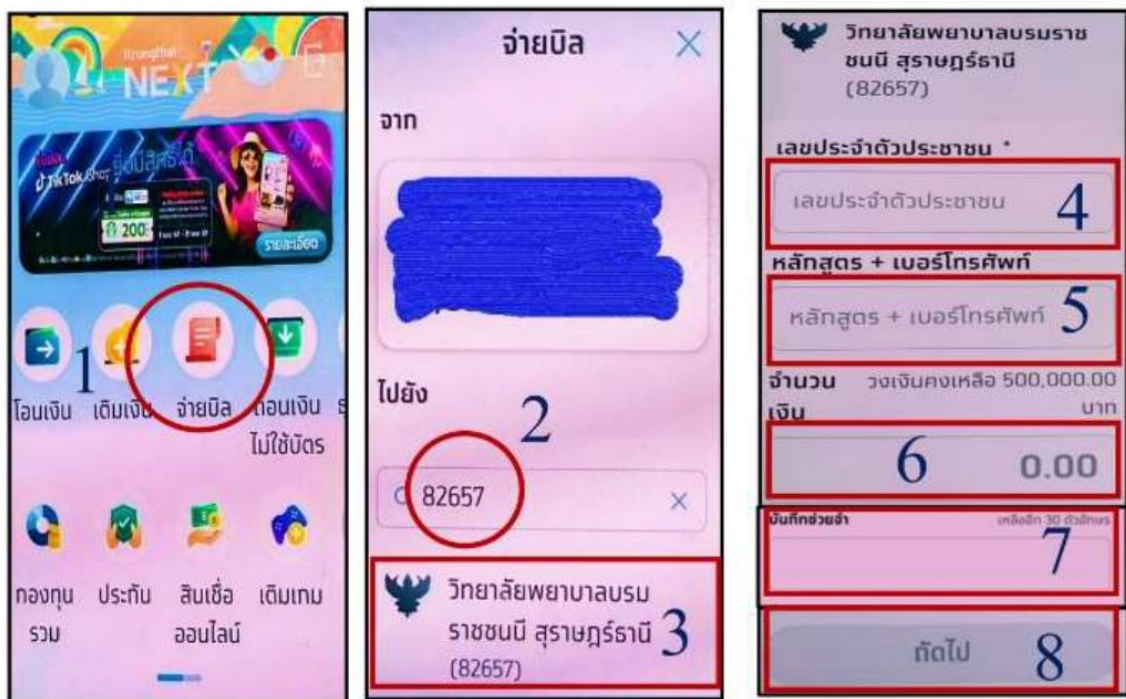
หมายเหตุ : * วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ไม่มีการตีพิมพ์เป็นรูปเล่ม

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 "วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี"
- 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 ทองแก้ว"
- ขั้นตอนที่ 8 กดถัดไป และกดยืนยันข้อมูล