

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

Vol. 5 No.2 May - August 2025



Journal of Nursing and Public Health Research

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

วารสารวิจัยการพยาบาล และการสาธารณสุข

Journal of Nursing and Public Health Research

ISSN: 2985-0916 (Online)



วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข Journal of Nursing and Public Health Research

วัตถุประสงค์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการในด้าน การพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเภทบทความ

- บทความวิจัย (Research Article)
- บทความวิชาการ (Academic Article)
- บทความปริทัศน์ (Review Article)

กระบวนการพิจารณา

ทุกบทความจะผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหา นั้น ๆ การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double-Blind Peer Review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน

ประเภทบทความ

- ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน
- ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม
- ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน - ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
201 หมู่ 4 ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม เชียงใหม่ 50180
โทร. 053-121121 ต่อ 203, 063-7988805 โทรสาร 053-121125
E-mail: jnphr@bcnc.ac.th

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร	ศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัตน์
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สรรเสริญ	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ศาสตราจารย์ ร.อ. พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว	รองศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมาวาสี อัมพันศิริรัตน์	รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.เอกรัฐ ภัทรธราธิป	คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินิตา ดุรงค์ฤทธิชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัลย์ ขมิ้นรัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสุดา รัศมีพงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัสนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณญ.เบญจวรรณ	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
	พูนธนาวิวัฒน์กุล	
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชลธิชา อมาตยคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	ดร.นงษา สิงห์วีธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	แพทย์หญิงสุภาวรัตน์ กาญจนะวนิชย์	โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
	เภสัชกรหญิง ดร.อรรัตน์ หวังประดิษฐ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	ดร.พิมลพรรณ เนียมหอม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช
	ดร.เกศราภรณ์ ชูพันธ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	ดร.มนตรี คำรังษี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	Mr.William Leslie	นักวิชาการอิสระ (ที่ปรึกษาด้านภาษาอังกฤษ)

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัมมิชา นาไว้อย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปุลวิชัย ทองแดง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

กองจัดการ

นางสาวปณิสยา พรหมดี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

Journal of Nursing and Public Health Research

Vol.5 No.2 May - August 2025

Editorial advisor	Editorial Board	
Professor Dr. Vichai Tienthavorn President of Praboromarajchanok Institute	Professor Dr.Areewan Klanklin	School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management
Professor Wanicha Chuenkongkaew Vice President of Praboromarajchanok Institute	Assoc.Prof. Dr.Rachanee Sunsern	School of Health Science, Mae Fah Luang University
Assist.Prof Dr.Amavasee Ampansirirat Director of Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	Assoc.Prof. Dr.Aatit Paungmali	Faculty of Associated Medical Science, Chiang Mai University
	Assoc.Prof. Dr.Siripant Siripant	Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University
	Assoc.Prof.Ekarat Phattaratatip	Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University
	Assist.Prof. Dr.Vanida Durongritichai	Faculty of Nursing, Phetchaburi Rajabhat University
	Assist.Prof. Dr.Wilawan Chomnirat	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
	Assist.Prof. Dr.Srisuda Ratsameepong	Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University
	Assist.Prof. Dr.Sutthida Phongphanngam	Faculty of Nursing, University of Phayao
	Assist.Prof. Dr.Ausanee Wanchai	Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj
	Assist.Prof. Dr.Kittiporn Nawsuwan	Boromarajonani College of Nursing, Songkhla
	Assist.Prof. Dr.Phayong Thepaksorn	Sirindhorn College of Public Health, Trang
	Assist.Prof. Dr.Benjawan Poonthananiwatkul	Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology
	Assist.Prof. Dr.Chonticha Amattayakong	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Dr.Noppcha Singweratham	Faculty of Public Health, Chiang Mai University
	Dr.Suparat Kanjanavanit	Nakornping Hospital
	Dr.Orarat Wangpradit	Sirindhorn College of Public Health Chonburi
	Dr.Pimonpan Niamhom	Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj
	Dr.Kesaraporn Choopun	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Dr.Montri Khumrungee	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Mr.William Leslie	Independent Scholar (English Language Consultant)
Editor Assist.Prof. Dr.Ampicha Nawai Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai		
Assistant Editor Assist.Prof. Dr.Pulawit Thongtaeng Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai		
Journal Manager Ms.Panutsaya Promdee Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai		
	Publish 3 issues per year No.1 January - April No.2 May - August No.3 September - December	
	Copyright Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	

บทบรรณาธิการ (Editor Note)

เรียน ผู้พิมพ์ และผู้อ่านวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขทุกท่าน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข (Journal of Nursing and Public Health Research (JNPHR)) ฉบับนี้เป็นปีที่ 5 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - เดือนสิงหาคม 2568 แล้ว โดยยังคงมุ่งมั่นการทำหน้าที่เป็นพื้นที่เปิดทางวิจัยและวิชาการสำหรับคณาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ รวมถึงผู้ที่สนใจได้ใช้เป็นเวทีในการนำเสนอผลงานการศึกษาค้นคว้าด้านการพยาบาล และการสาธารณสุข

สำหรับเนื้อหาบทความในวารสารฉบับนี้ มีบทความวิจัย จำนวน 13 เรื่อง และ บทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิจัยการพยาบาล และการสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่านให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ในนามคณะกรรมการกองบรรณาธิการฯ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อผู้เขียนผลงานคณะกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาผลงาน และผู้ประสานงาน ในนามตัวแทนกองบรรณาธิการและกรรมการท่านอื่น ๆ ที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้หมด ตลอดจนผู้ให้การสนับสนุนหลายฝ่ายด้วยกัน และในโอกาสนี้ทางวารสาร ขอเชิญชวน นักวิจัย นักวิชาการ รวมทั้งผู้สนใจทั่วไปส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์กับวารสาร โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และสามารถส่งผลงานวิชาการผ่าน ทางระบบออนไลน์ได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/index>

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัมมิษา นาไว้ย

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย :

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย
อำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา.....e274135

*Factors Associated with Cervical Cancer Screening Service Utilization Among At-Risk Women in La-ai
Subdistrict, Chawang District, Nakhon Si Thammarat Province*

ศรிகิจ ศิริสมบัติ, บุญประจักษ์ จันทรวิน

Srikit Sirisombat, Boonprajuk Junwin

การพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษในการศึกษาพยาบาล: แนวทางการเรียนรู้แบบมุ่งเน้นงานเพื่อสร้างแรงจูงใจ
และทักษะแห่งศตวรรษที่ 21.....e272797

*Fostering Motivation and 21st Century Skills in Nursing Education: A Task-Based Approach to English
Proficiency*

กฤษณกมล รักญาติสกุล, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, ศศิธร ชิดนาย

Krissanakamon Rugyatisakul, Amavasee Ampunsirirat, Sasidhorn Chidnayee

การวิเคราะห์อภิมานเชิงบูรณาการ: กลยุทธ์ระดับโลกในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และ
การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพยุคใหม่.....e271846

*Integrated Meta-Analysis: Global Strategies for Promoting Rational Drug Use and Driving Modern
Health Policy*

ดุษฎีเดือน เขียวเหลือง, สืบตระกูล ตันตลานุกุล, สิตานันท์ ศรีใจวงศ์, ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา,
ชลกนกธนา ภควัตกุล, ชุลีพร ภูโสภา

Dujduean Khiolueang, Seubtrakul Tantalankul, Sitanan Srijaiwong, Phitinan Isarangura Na Ayudhaya,
Chonkanok Thanaphakawatkul, Chuleeporn Pusopa

การประยุกต์ใช้รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย.....e271116

กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, ชลการ ทรงศรี, ศรีไชย โพธิ์ศรี, เพชรา ทองแผ้ว, วริดา นิลราช, ภันธิรชา เฟื่องทอง

Kamonthip Tanglakmankhong, Chonlakam Songsri, Srichai Posri, Petchara Thongphao,
Warida Nilrach, Panthiracha Fuongtong

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อเจตคติ ความรู้และทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ
ขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุมชนโนนบก จังหวัดอุดรธานี.....e273016

*The Effects of a Basic Life Support Training Program on Attitudes, Knowledge, and Practical Skills in
Basic Life Support among Village Health Volunteers in Phon Bok Community, Udon Thani Province*

ปิตินุช ราชภักดี, กนกพร ศรีไม้, ศศิวิมล เกษมสุข, ศุภาวรรณ ศรีกุล, พุฒิพงศ์ สุวรรณศรี,
เกศสุดา คานเพชรทา, อรอนงค์ สุ่มังคะ, กุลธิดา ดวงดูลัน

*Pitinut Ratchapakdee, Kanokphorn Srimai, Sasiwimol Kasemsuk, Suphawan Srikul,
Puttiphong Suwansri, Kedsuda Kanphettha, Onanong Sumangka, Kunthida Duangdusan*

การพัฒนาบทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพสำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบ
ปริญญาตรีสาขาอื่น).....e273316

*Development of an Instructional Module on Professional Foundations for the Bachelor of Nursing
Science (for Graduates with a Bachelor's Degree in Another Field)*

ธิติพร สุวรรณอำภา, พงศธร มหาวิจิตร, อุดมลักษณ์ กุลศรีโรจน์

Thitiphorn Suwanampa, Pongsatorn Mahavijit, Udomluk Koolsriroj

การศึกษาความชุกและผลของการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพสารเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วย
เมทาโดนระยะยาว.....e272128

*A Study of the Prevalence and Effects of Antidepressant Treatment in Patients with Opioid Use
Disorder Undergoing Long-Term Methadone Maintenance Therapy*

ฐิติพงศ์ ศิริลักษณ์, กัญยรัตน์ พรหมคำแดง, เรวดี เจนร่วมจิต

Thitipong Sirilak, Kanyarat Phromkamdang, Rewadee Jenraumjit

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่ได้รับออกซิเจนอัตราการไหลสูงต่อความสำเร็จในการบำบัด
และการใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้าในผู้ป่วยอายุรกรรม.....e272438

*The Effects of Implementing a Nursing Practice Guideline for Patients Receiving High-Flow Oxygen
Therapy on Treatment Success and Delayed Endotracheal Intubation in Medical Patients*

จิรนนท์ สุทธิวรานนท์, วิมลทิพย์ พวงเข็ม, สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม

Cheeranunt Sutthivaranunt, Wimonthip Phuangkhem, Sutthida Phongphanngam

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดเชียงใหม่.....e273340

The Relationship Between Health Beliefs and COVID-19 Prevention Behaviors among Pregnant Women Attending Antenatal Services at Hospitals in Chiang Mai Province

สุปราณี โฆว้ชกรกุล, สุพัตรา สินธุบัว, ประไพศรี กาบมาลา, เยาวลักษณ์ มาก่า

Supranee Kowatcharakul, Supattra Sinthubua, Prapaisri Kabmala, Yaowaluck Maka

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายหลังภาวะการระบาดโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ.....e273439

Factors Affecting Self-Management of Older Persons After the COVID-19 Epidemic to the Next Normal, Mueang District Chaiyaphum Province

ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์, วรวิทย์ มหามิตร

Pankarin Hoyrat, Warawut Mahamit

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19.....e273866

The Effects of a Maneevej Exercise Program Combined with Music on Depression in Older Adults After the COVID-19 pandemic

มณีนรัตน์ เอี่ยมอนันต์, อุไร นิโรธนันท์, วรรัตน์ มากเทพพงษ์

Maneerat Aiamanan, Urai Nirotnun, Wararat Magteppong

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง.....e273507

Effects of a Family-Centered Care Promotion Program on Self-Management Behaviors in Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

พิมพวรรณ เรืองพุทธ, ดาลิมา ลำแดงสาร, วรัญญา จิตบรรทัด

Pimpawan Rueangphut, Dalima Samdaengsarn, Waranya Jitbantad

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น.....e271428

A Systematic Review of Non-Pharmacological Management Approaches for Hypertension in Older Adults at Risk of or in the Early Stages of Hypertension

วิภาวรรณ สีหาคม, นาฏนภา อารยะศิลป์ธร, อรุณา แก้วเกิด, รัตติยา ทองอ่อน

Vipawan Sehakom, Nadnapa Arayasinlapathon, Onuma Kaewkerd1, Rattiya Thong-on

บทความวิชาการ :

บทบาทพยาบาล 4 มิติในการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน.....e271580

The Four-Dimensional Role of Nurses in Caring for People with Alcohol Use Disorder in the Community

เกสรดา ทองประไพ, ھرรรษา เศรษฐบุปผา

Kessara Tongprapai, Hunsu Sethabouppha

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโต.....e274659

The Role of Nurses in Promoting Self-Management Among Older adults with Benign Prostatic Hyperplasia

จินตนา เด่นสันติกุล, ทศนีย์ กลิ่นหอม, ภารณี แก้วลี

Jintana Densuntikul, Tasanee Klinhom, Paranee Kaewlee

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง
ตำบลละอาย อำเภอนางัว จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Associated with Cervical Cancer Screening Service Utilization

Among At-Risk Women in La-ai Subdistrict, Chawang District,

Nakhon Si Thammarat Province

ศรীগิ ศิริสมบัติ¹, บุญประจักษ์ จันทรวิวิน^{2*}

Srikit Sirisombat¹, Boonprajuk Junwin^{2*}

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทอนวังปราง จังหวัดนครศรีธรรมราช¹,

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก^{2*}

Ban Thon Wang Pang Health Promoting Hospital, Nakhon Si Thammarat Province¹,

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute^{2*}

(Received: March 9, 2025; Revised: May 2, 2025; Accepted: May 6, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอนางัว จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี จำนวน 418 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาเองจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิด PRECEDE - PROCEED Model ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Multiple Logistic Regression

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำในระดับสูง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง ส่วนที่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และอุปสรรคในการตรวจ ปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่มีระดับต่ำ ขณะที่ปัจจัยเอื้ออย่างการได้รับข้อมูลข่าวสาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เมื่อควบคุมตัวแปร พบว่า สตรีที่มีอายุ ≥ 45 ปี มีโอกาสเข้ารับการตรวจมากกว่ากลุ่มอายุ ≤ 44 ปี 1.65 เท่า ผู้ที่จบระดับอนุปริญญา/ปวส. มีโอกาสเข้ารับการตรวจลดลง 64% เมื่อเทียบกับระดับประถมศึกษา อาชีพค้าขาย มีโอกาสตรวจลดลง 70% เมื่อเทียบกับข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูงกลับมีโอกาสดำเนินการตรวจลดลง 46% ขณะที่ผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจในระดับสูงมีโอกาสดำเนินการตรวจเพิ่มขึ้น 1.60 เท่า ดังนั้น ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมากขึ้น และพัฒนารูปแบบการคัดกรองเชิงรุกโดยใช้ อสม. เป็นสื่อกลางในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

คำสำคัญ: ปัจจัย, การรับบริการ, ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, สตรีกลุ่มเสี่ยง

*ผู้ให้การติดต่อ บุญประจักษ์ จันทรวิวิน e-mail: boonprajuk2518@gmail.com

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study the factors associated with cervical cancer screening service utilization among at-risk women in La-ai Subdistrict, Chawang District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 418 at-risk women aged 30-60 years, selected through systematic sampling. The data collection instrument was a questionnaire developed by the researcher based on a literature review and the PRECEDE-PROCEED Model. The questionnaire included personal information, predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors related to cervical cancer screening service utilization. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The study found that among predisposing factors, a high level of perceived susceptibility and benefits of cervical cancer screening was observed, while perceived severity of the disease and perceived barriers to screening were low. For reinforcing factors, social support was generally low, whereas enabling factors such as access to health information were mostly high. After controlling for variables, women aged 45 years or older were 1.65 times more likely to undergo screening than those aged 44 or younger. Women with an associate degree or vocational certificate were 64% less likely to be screened compared to those with primary education, and those working as vendors had a 70% lower likelihood of screening compared to government officers or state enterprise employees. Interestingly, women with a high perception of susceptibility were 46% less likely to undergo screening, whereas those with a high perception of screening benefits were 1.60 times more likely to be screened. These findings suggest the need for health personnel to provide more education on the risks and benefits of cervical cancer screening and to develop proactive screening strategies using village health volunteers (VHVs) as intermediaries to reach the target population.

Keywords: Factors, Service Utilization, Cervical Cancer Screening, At-Risk Women

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อยใน 4 ลำดับแรกของโรคมะเร็งที่พบบ่อยในสตรี โดยแต่ละปี มีผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่า 600,000 ราย และประมาณครึ่งหนึ่งเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสาเหตุของมะเร็งชนิดนี้เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดฮิวแมนแพปพิโลมาไวรัส (Human Papillomavirus (HPV)) (World Health Organization, 2023) และมีแนวโน้มที่พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยในปี ค.ศ. 2020 มีจำนวน

{2/19}

ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 604,127 คน จากปี ค.ศ. 2018 ซึ่งคิดเป็นอัตราการเกิดโรคประมาณ 15.60 ต่อแสนประชากร (World Health Organization, 2020) สำหรับประเทศไทย มีรายงานข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2564 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ร้อยละ 13.80 เพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 11.10 มะเร็งปากมดลูกพบมากในสตรีเป็นลำดับที่ 2 รองลงมาจากมะเร็งเต้านม และพบมากในสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี ทั้งนี้ เพื่อการลดอุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกควรมีการตรวจคัดกรองสตรีอายุ 30-60 ปีให้มากที่สุด (World Health Organization, 2014) โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็นปีละประมาณ 13,082 ราย เสียชีวิต 7,871 ราย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565) จากสถิติดังกล่าว ถือได้ว่าโรคมะเร็งปากมดลูกมีผลต่อภาวะสุขภาพของสตรี และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต และรัฐบาลจะต้องมีงบประมาณในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากกว่าปีละ 250 ล้านบาท (อาทิตยา วังวนสินธุ์ และมะลิ จารึก, 2564)

ปัจจุบันการดำเนินงานควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูก คือ การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาความผิดปกติ หรือรอยโรคที่ปากมดลูกให้พบก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็ง วิธีการตรวจคัดกรองที่นิยมใช้ คือ การตรวจแพพสมียร์ (Pap Smear) และการตรวจโดยใช้น้ำส้มสายชู หรือ Visual Inspection with Acetic Acid (VIA) ซึ่งการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap Smear ทุก 5 ปี เป็นการลงทุนที่คุ้มค่าเมื่อเทียบกับการไม่ได้ตรวจคัดกรองโรคเลย ยังมีการศึกษาที่พบว่า หากทำ Pap Smear 1 ครั้ง ทุกปี, 1 ครั้ง ทุก 2 ปี หรือ 1 ครั้ง ทุก 3 ปี อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกจะลดลงร้อยละ 91-93 และหากทำ 1 ครั้ง ทุก 5 ปี อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกจะลดลงร้อยละ 84 (สุดาฟ้า วงศ์หาริมาศย์, 2556) และอีกวิธีหนึ่งซึ่งกำลังดำเนินการ คือ การคัดกรองแบบ HPV DNA test ซึ่งเป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจ คือ เก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกของคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างส่งตรวจ แนะนำให้เขารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก 5 ปี (World Health Organization, 2014)

จังหวัดนครศรีธรรมราช พบสตรีที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ปี พ.ศ. 2566-2567 ร้อยละ 0.02 และ 0.09 สำหรับอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 0.01 และ 0.07 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2567) ซึ่งมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกับภาพรวมของจังหวัดนครศรีธรรมราช ในส่วนของการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้ง 3 วิธี พบว่า มีความครอบคลุมร้อยละ 45.34 และ 58.09 ในขณะที่อำเภอฉวาง ความครอบคลุมลดลงจากร้อยละ 40.06 ในปี พ.ศ. 2566 และร้อยละ 37.16 ในปี พ.ศ. 2567 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2567) สำหรับตำบลละอาย อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทอนวังปราง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะปรางงาม รับผิดชอบประชากรทั้งหมด 17 หมู่บ้าน ผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความครอบคลุมเพียง ร้อยละ 12.00 เท่านั้น (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอฉวาง, 2567) ซึ่งต่ำกว่าภาพรวม

ของจังหวัดนครศรีธรรมราชและอำเภอฉวาง จะเห็นได้ว่า อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของตำบลละอาย ยังไม่ถึงร้อยละ 20 ซึ่งน้อยมากเมื่อเทียบกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงและไม่บรรลุตามแผนยุทธศาสตร์การตรวจคัดกรอง และค้นหาหะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) ที่ต้องได้รับการคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2566) ฉะนั้น หากมีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุมเป้าหมาย เมื่อพบผู้ที่เป็ นมะเร็งปากมดลูกและมีการรักษาระยะเริ่มแรกก็จะมีอัตราหายสูง จะลดภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และ ภาวะทางเศรษฐกิจ ภาวะจิตใจของผู้ป่วยได้อีกด้วย

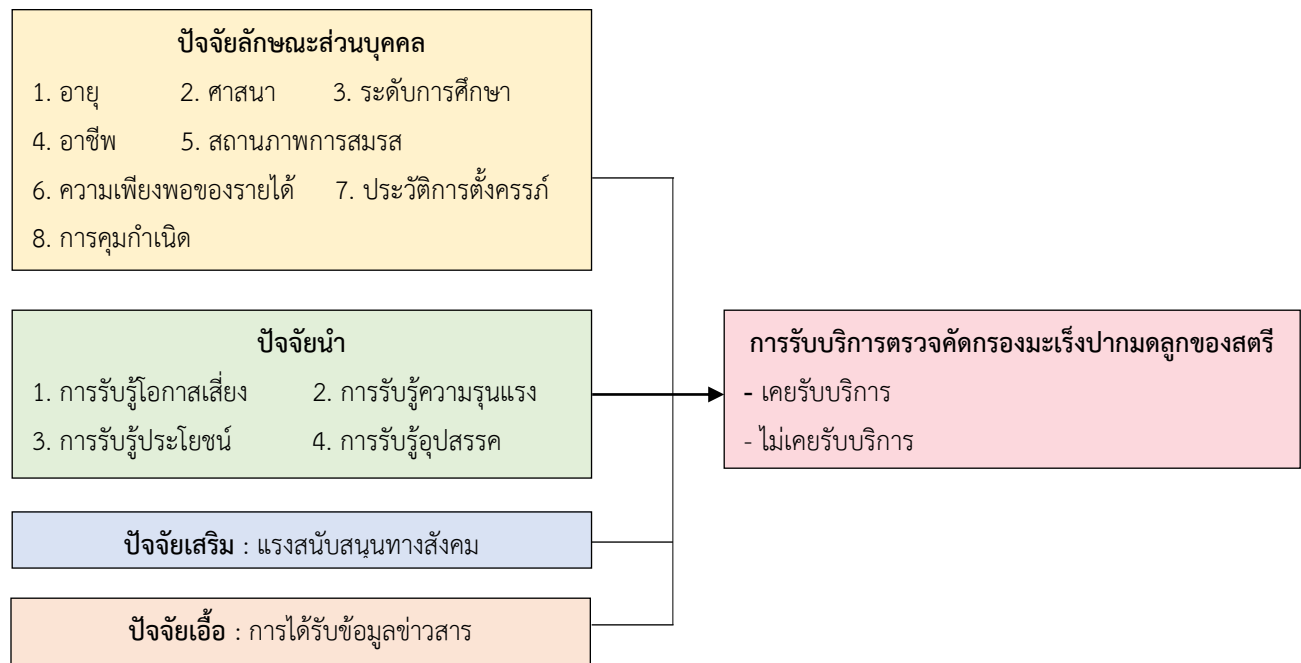
แนวคิด PRECEDE - PROCEED Model ของ Green & Kreuter (2005) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคคลว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ การรับรู้ เป็นต้น 2) ปัจจัยเสริม เป็นสิ่งที่บุคคลจะได้รับ จากบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมนั้น และ 3) ปัจจัยเอื้อ เป็นสิ่งที่เป็ นแหล่งทรัพยากรที่จะนำเป็ น ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งถ้าสามารถหาได้ง่ายและสามารถเข้าถึงได้ จะช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น เป็ นไปได้ง่าย จากแนวคิดดังกล่าวเป็ นการค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในแก้ปัญหาพฤติกรรม PRECEDE - PROCEED Model จึงเป็ นเครื่องมือในการวินิจฉัยสาเหตุพฤติกรรมที่มีความสำคัญ ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ร่วมกับ ที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลนอก ครอบครัว และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูก (กรกฎ วิเชียรเทียบ, รังสันต์ ไชยคำ, ลัดดาวัล พองค์ และชญญ์ภาณุ วงษ์ษา, 2566; นันทิดา จันตะวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุคนธา ศิริ และชาญวิทย์ ตรีเดช 2560; ญนรินทร์ สีกุด, มะลิวัลย์ บางนัมน้อย และ ชาลินี มานะยิ่ง, 2564) ถึงแม้ม้งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี แต่ยังไม่พบการศึกษาในบริบทของตำบลละอาย อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยตรง และจากสภาพ ปัญหาของการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของตำบลละอาย กล่าวคือ สตรีกลุ่มเสี่ยงไม่เข้ารับ การตรวจมะเร็งปากมดลูก ในขณะที่ได้มีการณรงค์เชิงรุก โดยการติดตามทั้งเจ้าหน้าที่ และ อสม. รวมถึงการจัด กิจกรรมให้ของขวัญต่าง ๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการมาตรวจ ก็ยังพบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงยังมาตรวจจำนวนน้อย จึงมีความจำเป็ นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเชื่อว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ต่อเมื่อมีการรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง เมื่อมีการรับรู้ที่ถูกต้อง และสตรีกลุ่มเป้าหมายได้ประเมินแล้วว่า จะเกิดประโยชน์ หรือผลดีต่อตนเองจะส่งผลและแสดงพฤติกรรมนั้นมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการ รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จะสามารถนำไปใช้เป็ นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอนางรอง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอนางรอง จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Green & Kreuter (2005) ที่ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย โดยพิจารณาตัวแปรต้นในการศึกษา 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และ 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอนางรอง จังหวัดนครราชสีมาได้ ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ดำเนินการศึกษา ณ ตำบลละอาย อำเภอนางรอง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี ตำบลละอาย อำเภอดงหลวง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 2,292 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี ตำบลละอาย อำเภอดงหลวง จังหวัดนครศรีธรรมราชคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1987) สูตร คือ $n = 10k + 50$ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษาจำนวน 14 ตัวแปร ดังนั้น จึงต้องเก็บกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 190 ตัวอย่าง และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% จำนวน 19 คน จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 209 คน ทั้งนี้ในการศึกษาได้ศึกษา 2 กลุ่ม และเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เท่า ๆ กัน จึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 209 ตัวอย่าง รวม 418 ตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ดังนี้

1. นำรายชื่อสตรีอายุ 30 - 60 ปี ของแต่ละหมู่บ้าน แยกเป็น 2 กลุ่ม มาเรียงลำดับตามบ้านเลขที่จากน้อยไปหามาก

2. คำนวณหาระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรในการคำนวณ ดังนี้ $I = N/n$ ได้ระยะห่าง เท่ากับ 10.97 หรือประมาณ 11

3. จากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยทำการสุ่มบ้านเลขที่ ที่เรียงลำดับจากน้อยไปหามากแล้ว 10 อันดับแรกของแต่ละหมู่บ้าน ใช้วิธีเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม หยิบฉลากอย่างง่ายจากบ้านเลขที่ 10 อันดับแรก เพื่อหากลุ่มตัวอย่างรายแรก และนับวนไปตามระยะห่างที่คำนวณได้จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนตัวอย่าง ทั้งหมด 209 คน

4. สำหรับบ้านที่มีกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป ให้เรียงลำดับตามพยัญชนะของแต่ละบ้านนั้น

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อาศัยอยู่ในตำบลละอาย อำเภอดงหลวง จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่น้อยกว่า 5 ปี ติดต่อกัน 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจในภาษาไทย และ 3) ยินดีตอบแบบสอบถามการวิจัยและเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาเองจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิด PRECEDE - PROCEED Model ซึ่งมีจำนวน 5 ส่วน ดังนี้

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) อายุ 2) สถานภาพสมรส 3) ศาสนา 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพหลัก 6) ความเพียงพอของรายได้ 7) ประวัติการตั้งครรภ์ และ 8) การคุมกำเนิด

2. แบบสอบถามปัจจัยนำ ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก 5 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 5 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 5 ข้อ และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูก 5 ข้อ โดยลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดของ Likert (1932) มีคำตอบแบบ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน), มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) สำหรับคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน

3. แบบสอบถามปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดของ Likert (1932) มีคำตอบแบบ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน), มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) สำหรับคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน

4. แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ โดยลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดของ Likert (1932) มีคำตอบแบบ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน), มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) สำหรับคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน

ทั้งนี้คำถามส่วนที่ 2-4 กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ย (สุริพันธ์ วรพงศธร, 2558) ดังนี้

มากกว่าและเท่ากับค่าเฉลี่ย	หมายถึง	อยู่ในระดับสูง
น้อยกว่าค่าเฉลี่ย	หมายถึง	อยู่ในระดับต่ำ
โดยแสดงค่าเฉลี่ยในตารางที่ 1		

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ (สุริพันธ์ วรพงศธร, 2558)

ตัวแปร	Mean	ระดับต่ำ	ระดับสูง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก	3.80	1.00-3.79	3.80-5.00
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	3.69	1.00-3.68	3.69-5.00
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.91	1.00-3.90	3.91-5.00
การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.71	1.00-3.70	3.71-5.00
แรงสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.86	1.00-3.85	3.86-5.00
การได้รับข้อมูลข่าวสารการได้รับข้อมูลข่าวสาร	3.92	1.00-3.91	3.92-5.00

5. แบบสอบถามการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 1 ข้อ คือ การเคยไปรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 2 ท่าน และ

ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์และสถิติ จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องของวัตถุประสงครายข้อ (Index of Item Objective Congruence (IOC)) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

จากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับสตรีอายุ 30-60 ปี ณ ตำบลจันดี อำเภอดง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach' Alpha Coefficient) มีค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลละอาย อำเภอดง จังหวัดนครราชสีมา ใช้ระยะเวลาประมาณ 2 เดือน ช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2567 มีขั้นตอนดังนี้

1. จัดทำหนังสือถึงประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลละอาย จัดส่งหนังสือด้วยตัวเอง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ติดต่อประสานงานกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยให้ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ เป็นผู้แจกแบบสอบถามระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ.2567 เป็นเวลา 2 เดือน
3. ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย
4. รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไปนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วนลงตามรหัสตัวแปรที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษา
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอดง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีตัวแปรตาม คือ การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นชนิดเชิงนับ (Categorical Variable) ชนิด 2 กลุ่ม (Dichotomous Variable) จำแนกเป็นเคยมาตรวจ (1) และไม่เคยมาตรวจ (0) วิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ (Univariate Analysis) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี กลุ่มเสี่ยง ด้วยสถิติอย่างง่าย (Simple Logistic Regression) เพื่อพิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value ของ Wald's test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 ในการวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสมการถดถอย

โลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression) และทำการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value มากกว่า 0.05 ออกจากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอผลการศึกษาค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Odds Ratio (OR)) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงความเชื่อมั่น (95%CI Confidence Interval (95%CI)) การแปลโดยพิจารณาจากค่า OR ในกรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง และในกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยในเชิงป้องกันต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาในการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา รหัสโครงการ NSTPH 96/2567 วันที่ 28 พฤษภาคม 2567 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่ส่งแบบสอบถามตอบกลับและกลุ่มตัวอย่างสามารถไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้ หรือสามารถหยุดตอบแบบสอบถามได้ และการไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทอนวังปราง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะปรางงาม และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ฉวาง แต่อย่างใด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 45 ปี (ร้อยละ 67.44) (Mean = 46.01, S.D. = 7.89) เกือบ 3 ใน 4 มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.64) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100) เกือบ 1 ใน 3 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 29.19) มากกว่าครึ่งมีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 58.85) ประมาณ 2 ใน 3 มีรายได้พอใช้จ่าย (ร้อยละ 67.94) เกือบร้อยละ 90 มีการคุมกำเนิด และมีประวัติเคยตั้งครรภ์ (ร้อยละ 89.47) เกือบ 2 ใน 3 ไปตรวจมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 73.21) สาเหตุที่ไปตรวจมากที่สุด คือ กลัวเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 18.56) รองลงมา คือ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 17.21) และเจ้าหน้าที่ให้บริการดี (ร้อยละ 15.85) ตามลำดับ

ส่วนสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยไปตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า มากกว่าครึ่งมีอายุตั้งแต่ 45 ปี (ร้อยละ 54.55) เกือบ 3 ใน 4 มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.64) นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.09) มากกว่า 2 ใน 5 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 21.05) มากกว่าครึ่งมีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 55.98) ประมาณ 2 ใน 3 มีรายได้พอใช้จ่าย (ร้อยละ 68.42) มากกว่าครึ่งมีการคุมกำเนิด (ร้อยละ 59.33) มากกว่า 4 ใน 5

มีประวัติเคยตั้งครุฑ (ร้อยละ 84.21) เหตุผลที่ไม่ไปตรวจมากที่สุด คือ ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ (ร้อยละ 38.61) รองลงมาคือ ไม่มีเวลาไปตรวจ (ร้อยละ 27.03) และอายุ (ร้อยละ 24.71) ตามลำดับ

2. ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของโรคมะเร็งปากมดลูก

พบว่า ปัจจัยนำ ด้านที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 62.68) และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 50.96) ส่วนด้านที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 50.96) และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 53.11) ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 53.35) และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 56.46) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และระดับปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อในการมารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก (n=418)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Mean (S.D.)
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก			3.80 (0.58)
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.79)	156	37.32	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.80-5.00)	262	62.68	
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก			3.69 (0.56)
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.68)	213	50.96	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.69-5.00)	205	49.04	
3. การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก			3.91 (0.55)
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.90)	205	49.04	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.91-5.00)	213	50.96	
4. การรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก			3.71 (0.54)
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.70)	222	53.11	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.71-5.00)	196	46.89	
5. แรงสนับสนุนทางสังคมในการตรวจมะเร็งปากมดลูก			3.86 (0.42)
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.85)	223	53.35	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.86-5.00)	195	46.65	
6. การได้รับข้อมูลข่าวสารในการตรวจมะเร็งปากมดลูก			3.92 (0.61)
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.91)	182	43.54	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.92-5.00)	236	56.46	

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอดงข้าง จังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อมีการควบคุมตัวแปร

พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ ≥ 45 ปี จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 1.65 เท่า (OR=1.65, 95%CI= 1.05-2.59) เมื่อเทียบกับอายุ ≤ 44 ปี, สตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 64 (OR=0.36, 95%CI= 0.16-0.83) เมื่อเทียบกับระดับประถมศึกษา, สตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอาชีพค้าขายจะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลง ร้อยละ 70 (OR=0.30, 95%CI= 0.09-0.99) เมื่อเทียบกับข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ, สตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลดลงร้อยละ 46 (OR=0.54, 95%CI= 0.34-0.83) เมื่อเทียบกับระดับต่ำ, สตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 1.60 เท่า (OR=1.01, 95%CI= 1.01-2.54) เมื่อเทียบกับระดับต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์พหุตัวปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง

ปัจจัย	การรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก		Crude OR (95%CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P-value
	ไม่เคยตรวจ	เคยตรวจ				
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
อายุ (ปี)						
≤ 44 ปี	95 (58.28)	68 (41.72)	Ref.	-	Ref	-
≥ 45 ปี	114 (44.71)	141 (55.29)	1.73 (1.16-2.57)	0.01*	1.65 (1.05-2.59)	0.03**
สถานภาพการสมรส						
โสด	25 (64.10)	14 (35.90)	Ref	-	Ref.	-
คู่	156 (50.00)	156 (50.00)	1.79 (0.90-3.56)	0.10	1.25 (0.56-2.79)	0.59
หม้าย	13 (39.39)	20 (60.61)	2.75 (1.06-7.15)	0.04	1.61 (0.55-4.72)	0.39
หย่า	8 (36.36)	14 (63.64)	3.13 (1.05-9.27)	0.04*	2.07 (0.63-6.79)	0.23
แยก	7 (58.33)	5 (41.67)	1.28 (0.34-4.78)	0.72	0.90 (0.22-3.07)	0.89

ปัจจัย	การรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก		Crude OR (95%CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P-value
	ไม่เคยตรวจ					
	เคยตรวจ					
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	40 (43.96)	51 (56.04)	Ref.	-	Ref.	-
มัธยมศึกษา	44 (47.83)	48 (52.17)	0.86	0.60	0.83	0.54
ตอนต้น			(0.48-1.53)		(0.45-1.52)	
มัธยมศึกษาตอน	52 (46.02)	61 (53.98)	0.92	0.77	0.96	0.90
ปลาย/ปวช.			(0.53-1.60)		(0.53-1.74)	
อนุปริญญา/ ปวส.	29 (69.05)	13 (30.95)	0.35	0.01**	0.36	0.02*
			(0.16-0.76)		(0.16-0.83)	
ปริญญาตรี	43 (57.33)	32 (42.67)	0.58	0.09	0.75	0.42
			(0.32-1.08)		(0.38-1.49)	
ตั้งแต่ปริญญาโท ขึ้นไป	1 (20.00)	4 (80.00)	3.14	0.32	4.59	0.20
			(0.34-29.18)		(0.44-47.44)	
อาชีพ						
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	10 (47.62)	11 (52.38)	Ref.	-	Ref.	-
เกษตรกร	117 (48.75)	123 (51.25)	0.96	0.92	0.75	0.58
			(0.39-2.33)		(0.28-2.06)	
รับจ้าง	23 (43.40)	30 (56.60)	1.19	0.74	1.01	0.99
			(0.43-3.27)		(0.33)	
ค้าขาย	27 (71.05)	11 (28.95)	0.37	0.08	0.30	0.05*
			(0.12-1.12)		(0.09-0.99)	
ธุรกิจส่วนตัว	14 (51.85)	13 (48.15)	0.84	0.77	0.77	0.68
			(0.27-2.64)		(0.22-2.66)	
แม่บ้าน	18 (46.15)	21 (53.85)	1.06	0.91	0.98	0.87
			(0.37-3.07)		(0.83-1.17)	
การมีรายได้						
พอใช้จ่าย	143 (50.18)	142 (49.82)	Ref	-	Ref.	-
ไม่พอใช้จ่ายแต่ ไม่มีหนี้สิน	15 (51.72)	14 (48.28)	0.94	0.87	0.87	0.74
			(0.44-2.02)		(0.38-1.97)	
พอใช้และมีใช้ไว้ เหลือเก็บ	9 (45.00)	11 (55.00)	1.23	0.66	1.37	0.51
			(0.50-3.06)		(0.53-3.52)	

ปัจจัย	การรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก		Crude OR (95%CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P-value
	ไม่เคยตรวจ	เคยตรวจ				
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน	42 (50.00)	42 (50.00)	1.01 (0.62-1.64)	0.98	0.95 (0.57-1.59)	0.84
การคุมกำเนิด						
ไม่ได้คุมกำเนิด	95 (58.28)	68 (41.72)	Ref.	-	Ref.	-
คุมกำเนิด	124 (48.06)	134 (51.94)	1.23 (0.83-1.82)	0.32	1.24 (0.79-1.92)	0.35
ประวัติการตั้งครรภ์						
ไม่เคยตั้งครรภ์	33 (60.00)	22 (40.00)	Ref.		Ref.	-
เคยตั้งครรภ์	176 (48.48)	187 (51.52)	1.59 (0.90-2.84)	0.11	1.35 (0.70-2.63)	0.35
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก						
ระดับต่ำ	67 (42.95)	89 (57.05)	Ref.	-	Ref.	-
ระดับสูง	142 (54.20)	120 (45.80)	0.64 (0.43-0.95)	0.03*	0.54 (0.34-0.83)	0.01**
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก						
ระดับต่ำ	107 (50.23)	106 (49.77)	Ref.	-	Ref.	-
ระดับสูง	102 (49.76)	103 (50.24)	1.02 (0.70-1.50)	0.92	0.95 (0.62-1.45)	0.81
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก						
ระดับต่ำ	111 (54.15)	94 (45.85)	Ref.	-	Ref.	-
ระดับสูง	98 (46.01)	115 (53.99)	1.39 (0.94-2.04)	0.10	1.60 (1.01-2.54)	0.05*
การรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก						
ระดับต่ำ	111 (50.00)	111 (50.00)	Ref.	-	Ref.	-
ระดับสูง	98 (50.00)	98 (50.00)	1.00 (0.68-1.47)	1.00	0.89 (0.58-1.37)	0.60
แรงสนับสนุนทางสังคมในการตรวจมะเร็งปากมดลูก						
ระดับต่ำ	117 (42.47)	106 (47.53)	Ref.	-	Ref.	-
ระดับสูง	92 (47.18)	103 (52.82)	1.24 (0.84-1.82)	0.28	1.16 (0.75-1.87)	0.47

ปัจจัย	การรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก		Crude OR (95%CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P-value
	ไม่เคยตรวจ	เคยตรวจ				
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
การได้รับข้อมูลข่าวสารในการตรวจมะเร็งปากมดลูก						
ระดับต่ำ	97 (53.30)	85 (46.70)	Ref	-	Ref.	-
ระดับสูง	112 (47.46)	124 (52.54)	1.26	0.24	1.29	0.25
			(0.84-1.86)		(0.84-1.98)	

Abbreviation: OR: Odd Ratio; CI: Confidence Interval

หมายเหตุ ตัวแปรศาสนา ไม่นำมาวิเคราะห์เนื่องจากมีช่องเซลล์เท่ากับ 0.00

*p-value < 0.05, **p-value < 0.01

การอภิปรายผล

จากผลการการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง อาจจะเป็นเพราะว่า ปัจจุบันในการตรวจคัดกรองมีวิธีการตรวจคัดกรองที่นิยมใช้หลายวิธี ซึ่งได้แก่ การตรวจแพปสเมียร์ (Pap Smear) และการตรวจโดยใช้น้ำส้มสายชู หรือ Visual Inspection with Acetic Acid (VIA) และอีกวิธีหนึ่งซึ่งกำลังดำเนินการ คือ การคัดกรองแบบ HPV DNA test ซึ่งตามแผนยุทธศาสตร์การตรวจคัดกรองและค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) ที่ต้องได้รับการคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2566) ทำให้สตรีมีทางเลือกในการตรวจคัดกรอง โดยผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สตรีทุกคนที่แต่งงานแล้ว ไม่ว่าจะมิบุตร หรือไม่มีบุตรสามารถป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกได้ (Mean = 4.20, S.D. = 0.89) รองลงมา คือ สตรีที่ทำความสะอาดอวัยวะเพศสามารถลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ (Mean = 4.03, S.D. = 1.03) ส่วนด้านการรับรู้ประโยชน์ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากจะช่วยค้นหามะเร็งแล้ว ยังสามารถตรวจดูความผิดปกติอื่น ๆ ของช่องคลอดได้ด้วย (Mean = 4.33, S.D. = 0.76) รองลงมาคือ สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ โดยการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี (Mean = 4.27, S.D. = 0.87) แสดงให้เห็นการรับรู้ตามแนวคิด PRECEDE - PROCEED Model ของ Green & Kreuter (2005) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงได้บุคคลนั้น มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ การรับรู้ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร คำแสนราช, รุ่งตะวัน เมืองมูล, กนกอร สมบัติ และฤทัยรัตน์ บุรณะพันธ์ (2565) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยกว่า 45 ปี แตกต่างกับการศึกษาของภูวนรินทร์ สีกุด, มะลิวัลย์ บางนิ่มน้อย

และชาลินี มานะยิ่ง (2564) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 49.62 ปี

อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ อาจจะเป็นเพราะว่า ตำบลละอายยังไม่มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งถึงแม้ว่าการรับรู้ถึงความรู้ความรุนแรงว่า การเป็นมะเร็งปากมดลูกสามารถทำให้เสียชีวิตได้ (Mean = 4.13, S.D. = 0.91) ทั้งนี้ยังพบว่า การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่น่าอาย (Mean = 4.14, S.D. = 0.88) โดยในกลุ่มสตรีที่ไม่ไปรับการตรวจ มีสาเหตุมาจากการอายมาก (ร้อยละ 24.71) รองลงมาจาก ไม่มีเวลาไปตรวจ (ร้อยละ 27.03) (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอฉวาง, 2567) อีกประเด็นหนึ่ง อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย ประมาณ 1 ใน 3 ส่งผลให้มีการรับรู้ความรู้ความรุนแรงที่ต่ำ ทั้งนี้ อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ซึ่งอาจจะเป็นอุปสรรคในการมาตรวจปากมดลูก ซึ่งอาจจะมีเวลาที่ไม่ตรงกับกับให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของญุนรินทร์ สีภูค, มะลิวัลย์ บางนิ่มน้อย และชาลินี มานะยิ่ง (2564) ที่พบว่า การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ โดยจากผลการวิจัยพบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากมีของขวัญเป็นที่ระลึก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 2.68, S.D. = 1.20) ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า ในการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้จัดกิจกรรมที่มีของขวัญเป็นที่ระลึกเป็นประจำ โดยมี อสม. เป็นผู้ติดตามกลุ่มตัวอย่าง แสดงให้เห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว ไม่ใช่แรงสนับสนุนที่สตรีกลุ่มตัวอย่างต้องการ หรือสถานการณ์ที่ไม่พบผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกในชุมชน โดยการไปตรวจมะเร็งปากมดลูก ไม่ใช่เพราะมีบุคคลในหมู่บ้านที่เสียชีวิตมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 2.98, S.D. = 1.27) และอีกสาเหตุหนึ่งอาจจะเป็นเพราะว่า การบริการตรวจคัดกรองสามารถตรวจคัดกรองได้ตลอดทั้งปี และสตรีกลุ่มเสี่ยงสามารถที่จะไปเลือกใช้บริการตรวจได้ ณ สถานบริการทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน การแจกของที่ระลึกในการตรวจจึงมีค่าเฉลี่ยที่ต่ำสุด สอดคล้องกับการศึกษาของกรกฎ วิเชียรเทียบ, รังสรรค์ ไชยคำ, ลัดดาวัล พงศ์ และชัยญญักษ์ วงษ์ชา (2566) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย

3. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Mean = 4.30, S.D. = 0.69) รองลงมาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ข้อมูลการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จนทำให้ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก (Mean = 4.15, S.D. = 0.82) แสดงให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ช่วยกันรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งตำบลละอายได้มีการกิจกรรมรณรงค์ในทุก ๆ ปี รวมถึงมีการจัดบริการในทุก ๆ สัปดาห์อีกด้วย แตกต่างกับ

การศึกษาของพรรณิ ปันนาค (2563) ที่พบว่า โรงพยาบาลสื่อสารและประชาสัมพันธ์ทั้งเชิงรับและเชิงรุกไม่ทั่วถึง เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการไม่มีการอธิบายขั้นตอนและการปฏิบัติตัว และการบริการล่าช้า

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอนาง จัหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่

อายุ กล่าวคือ สตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ ≥ 45 ปี จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่า เมื่อเทียบกับอายุ ≤ 44 ปี โดยผลการวิจัยพบว่า สตรีที่มีอายุ ≥ 45 ปี ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55.29) ในขณะที่สตรีที่มีอายุ ≤ 44 ปี ไม่ไปตรวจมากกว่าครึ่งเช่นกัน (ร้อยละ 58.28) ซึ่งอาจจะเป็น เพราะว่าการกลุ่มที่มีอายุ ≤ 44 ปี ที่ไม่ไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากมาจากความอาย และ ช่วงเวลาที่ตรวจอาจจะมีภารกิจในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่ตรงกับช่วงเวลาที่เปิดให้บริการ ในขณะที่ผู้ที่อายุ ≥ 45 ปี อาจจะเป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 18.56) และไม่มีค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 17.21) สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิดา จันตะวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุนธธา ศิริ และชาญวิทย์ ตรีเดช (2560) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอมือง จัหวัดปทุมธานี

ระดับอนุปริญญา/ปวส. จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลงเมื่อเทียบกับระดับ ประถมศึกษา อาจจะเป็นเนื่องจากว่า ผู้ที่การศึกษาในระดับอนุปริญญา/ปวส. จำเป็นต้องไปประกอบอาชีพต่างพื้นที่ ทำให้ในช่วงเวลาที่สถานบริการเปิดให้บริการไม่สะดวก จึงไม่ได้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 69.05) แตกต่างกับการศึกษาของนันทิดา จันตะวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุนธธา ศิริ และชาญวิทย์ ตรีเดช (2560) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี กลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอมือง จัหวัดปทุมธานี

อาชีพค้าขายจะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลง เมื่อเทียบกับข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ อาจจะเป็นเพราะว่า อาชีพค้าขายเป็นอาชีพที่จำเป็นต้องมีการเคลื่อนย้ายไปยังสถานที่ต่าง ๆ ที่เป็นนอกพื้นที่บ้าน ของตนเอง โดยเมื่อมีการค้าขายเสร็จจะกลับบ้านในช่วงเวลาเย็นหรือค่ำ จึงไม่ได้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากเวลาไม่สะดวก แตกต่างกับการศึกษาของนันทิดา จันตะวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุนธธา ศิริ และชาญวิทย์ ตรีเดช (2560) ที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่ม เป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอมือง จัหวัดปทุมธานี

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลดลงเมื่อเทียบกับระดับต่ำ ทั้งนี้จะเป็นเพราะว่า การที่สตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีการรับรู้สูงอาจจะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ หรืออาจจะไม่มีเวลาไปตรวจ ซึ่งถึงแม้ว่าจะรับรู้ว่าจะหากไม่ได้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอาจจะทำให้ตนเอง มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก หรืออาจจะเป็นเพราะว่า ยังไม่มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในชุมชน จึงยังไม่มีผู้ ที่เห็นในเชิงประจักษ์ อีกประเด็นหนึ่งที่พบจากการดำเนินงานคัดกรองของตำบลละอาย อำเภอนาง พบว่า

สตรีกลุ่มเสี่ยงยังมีความอายที่จะมาตรวจเนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่ตรวจมีความสนิทสนมกัน จึงเลือกที่จะไม่มารับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิศา จันตะวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุคนธา ศิริ และชาญวิทย์ ตรีเดช (2560) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าเมื่อเทียบกับระดับต่ำ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงเสริมทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเกิดแรงจูงใจในการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรืออาจจะมีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน จึงเชื่อว่าการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะส่งผลต่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้ในปัจจุบันสตรีกลุ่มเสี่ยงรู้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมากยิ่งขึ้น โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็นปีละประมาณ 13,082 ราย เสียชีวิต 7,871 ราย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ดังนั้น หากได้คัดกรองและตรวจพบระยะเริ่มแรกจะสามารถเข้ารับการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิศา จันตะวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุคนธา ศิริ และชาญวิทย์ ตรีเดช (2560) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา ฉะนั้น ควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มสตรีเสี่ยงที่ไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก และควรเพิ่มการสื่อสารให้กับสตรีกลุ่มเสี่ยง ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีความใกล้ชิดกับสตรีกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาแบบการคัดกรองเชิงรุก โดยใช้ อสม. เป็นสื่อกลางในการเข้าถึงข้อมูลเชิงคุณภาพ ในประเด็นการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อค้นหาวิธีในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มนี้

เอกสารอ้างอิง

กรกฎ วิเชียรเทียบ, รังสันต์ ไชยคำ, ลัดดาวัล พองค์ และชญญภาภัก วงษ์ษา. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 33(2), 124-137.

- นันทิดา จันตะวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุนธธา ศิริ และชาญวิทย์ ตรีเดช. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(1), 63-79.
- ประภาพร คำแสนราช, รุ่งตะวัน เมืองมูล, กนกอร สมบัติ และฤทัยรัตน์ บุรณะพันธ์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีที่มีอายุ 35-60 ปี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองยาง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น*, 3(2), 42-55.
- พรณี ปิ่นนาค. (2563). เหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก : กรณีศึกษา สตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(1), 118-131.
- ภูรินทร์ สีกุด, มะลิวัลย์ บางนีน้อย และชาลินี มานะยิ่ง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 36(1), 37-47.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2564*. สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2567 จาก https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2564/index.html.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2566). *นิยามตัวชี้วัด 2566-2570 สาขามะเร็ง*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2567). *ข้อมูล HDC. จังหวัดนครศรีธรรมราช*. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2567 จาก https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดง. (2567). *รายงานประจำปี 2567 (6 เดือน)*. นครศรีธรรมราช: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช.
- สุดาฟ้า วงศ์หาริมาศย์. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนที่คัดสรร: จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 9(1), 12-20.
- สุรีพันธุ์ วรพงศธร. (2558). *การวิจัยทางสุขภาพศึกษา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิบูลย์การปก.
- อาทิตยา วัจนสินธุ์ และมะลิ จาริก. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 13(1), 100-113.
- Green, L. & Kreuter, M. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th Edition). New York: McGraw-Hill.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitude. *Archives of Psychology*, 140, 1-55.

- Thorndike, R. L. (1987). *Educational measurement*. 2nd ed” Washington D.C.: American Council on Education.
- World Health Organization. (2014). *Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice*. (2nd ed) Retrieved March 15, 2024 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books>.
- World Health Organization. (2020). *Estimated number of new cases in 2020, world, females, all ages (excl. NMSC)*. Retrieved March 15, 2024 from <https://gco.iarc.fr/today/online-analysisstable?v=2020&mode=cancer&mode>.
- World Health Organization. (2023). *Cervical cancer elimination: The progress made and what more needs to be done*. Retrieved March 15, 2024 from <https://www.weforum.org/stories/2023/11/cervical-cancer-elimination-day-2023-progress-action/>.

การพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษในการศึกษาพยาบาล:
แนวทางการเรียนรู้แบบมุ่งเน้นงานเพื่อสร้างแรงจูงใจและทักษะแห่งศตวรรษที่ 21
Fostering Motivation and 21st Century Skills in Nursing Education:
A Task-Based Approach to English Proficiency

กฤษณกมล รักญาติสกุล^{1*}, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์¹, ศศิธร ชิดนายี²

Krissanakamon Rugyatisakul^{1*}, Amavasee Ampunsirirat¹, Sasidhorn Chidnayee²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข^{1*},
นักวิชาการอิสระ²

Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health^{1*},
Independent Scholar²

(Received: December 21, 2024; Revised: February 4, 2025; Accepted: May 2, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจมุมมองของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถทางภาษาอังกฤษและทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ผ่านการเรียนรู้แบบมุ่งเน้นงานของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดเชียงใหม่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มตามระดับความสามารถทางภาษาอังกฤษ ได้แก่ กลุ่มระดับเริ่มต้น-พื้นฐาน และกลุ่มระดับกลาง-สูงกลาง การเก็บข้อมูลใช้การสนทนากลุ่มโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง บันทึกเสียง และถอดความอย่างครบถ้วน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ความคิดเห็นของนักศึกษาในการเรียนรู้แบบมุ่งเน้นงาน 2) แรงจูงใจในการเรียนภาษาอังกฤษ และ 3) การตระหนักถึงทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะการคิดเชิงวิพากษ์ ความรู้ด้านดิจิทัล และการทำงานแบบสหสาขาในบริบทของการดูแลสุขภาพยุคใหม่ ความต้องการในการพัฒนาตนเอง และวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยมีความตั้งใจที่จะพัฒนาทักษะด้านภาษาและวิชาชีพอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับการปฏิบัติงานในอนาคต การศึกษานี้พบว่า การนำเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมาบูรณาการในการเรียนการสอนภาษาอังกฤษช่วยเพิ่มความเชื่อมโยงระหว่างทักษะด้านภาษาอังกฤษ และการนำไปใช้ในวิชาชีพพยาบาล จึงควรให้ความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการเรียนการสอนภาษาอังกฤษโดยใช้นวัตกรรมที่หลากหลาย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของนักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ทั้งในด้านทักษะทางวิชาชีพ และทักษะทางสังคมที่สำคัญต่อการทำงานในสภาพแวดล้อมทางการดูแลสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

คำสำคัญ: การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21, การศึกษาพยาบาล, สมรรถนะด้านภาษาอังกฤษ, แรงจูงใจในการเรียนรู้, การเรียนรู้แบบมุ่งเน้นงาน

*ผู้ให้การติดต่อ กฤษณกมล รักญาติสกุล e-mail: Krissanakamon@bcnc.ac.th

Abstract

This qualitative study aimed to explore nursing students' perspectives on the development of English language proficiency and 21st-century skills through task-based learning. The participants were 30 students enrolled in the Bachelor of Nursing Science program at Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, selected through purposive sampling. They were divided into two groups based on their English proficiency levels: beginner-elementary and intermediate-upper-intermediate. Data were collected using focus group discussions with a semi-structured interview guide. The discussions were audio-recorded, fully transcribed, and analyzed using thematic analysis.

The study revealed three key findings: students' opinions on task-based learning, motivation in learning English, and awareness of 21st-century skills, particularly critical thinking, digital literacy, and interdisciplinary collaboration in the context of modern healthcare. There is a strong desire for continuous self-development and professional growth, with a clear intention to consistently improve both language and professional skills to prepare for future work. The study found that integrating nursing-related content into English instruction enhances the connection between English language skills and their application in the nursing profession. Therefore, it is important to emphasize the development of English language programs that incorporate a variety of innovative approaches to meet the needs of 21st-century nursing students- addressing both professional and social skills that are crucial in the rapidly evolving healthcare environment.

Keywords: 21st Century Learning, Nursing Education, English Language Proficiency, Learning Motivation, Task-Based Learning

Introduction

In the modern healthcare environment, strong English language skills are crucial for nursing students. Mastery of 21st-century English not only facilitates academic success but also enhances the quality of patient care and professional development. A significant portion of nursing education and literature is available in English. Proficient English skills enable students to engage with essential academic resources, including textbooks, research articles, and online

learning platforms. This access is vital for staying updated on best practices, innovations, and evidence-based approaches in nursing (Garcia, Garcia, & Barrera, 2020).

Effective communication is a fundamental component of nursing practice. Nurses must convey complex medical information clearly and compassionately to patients, families, and interdisciplinary teams. Strong English proficiency allows nurses to accurately document patient histories, provide clear instructions, and advocate for patients' needs. Studies have shown that effective communication improves patient outcomes and satisfaction, builds trust, and fosters collaborative relationships (Aragon, Gaber, & Pomeroy, 2022; Vardaman, Gibbons, & Pomeroy, 2021). As healthcare becomes increasingly globalized, the ability to communicate in English opens opportunities for international collaboration and experience. Nursing students with strong English skills can participate in global health initiatives, engage with diverse populations, and adapt to various cultural contexts, thereby broadening their professional horizons and enhancing their cultural competency (Aragon, Gaber, & Pomeroy, 2022).

In the 21st century, nursing competencies extend beyond clinical expertise to include critical thinking, digital literacy, and collaboration skills that are vital for effective healthcare delivery. These competencies are essential as healthcare systems increasingly integrate technology, requiring nurses to navigate electronic health records, telehealth services, and interdisciplinary collaboration effectively. Digital literacy plays a crucial role in modern nursing, as it enables nurses to engage with evolving technological tools and improve patient care outcomes (American Association of Colleges of Nursing, 2021). Furthermore, English language proficiency is a key factor in nursing education and practice. Proficiency in English allows nursing students to access up-to-date medical literature, participate in international research collaborations, and communicate effectively in multicultural healthcare environments (American Association of Colleges of Nursing, 2021). Research suggests that English proficiency enhances nursing students' ability to engage in evidence-based practice and deliver high-quality, patient-centred care (World Health Organization, 2020).

By integrating 21st-century skills such as critical thinking, digital literacy, and English language proficiency into nursing curricula, educational institutions can better prepare students to navigate the complexities of modern healthcare. These skills not only enhance adaptability and problem-solving capabilities but also contribute to the advancement of the nursing

profession (Smith, White, & Lee, 2020; World Health Organization, 2020). As the global demand for skilled, communicative, and culturally competent nurses continues to rise, strengthening these competencies is essential for ensuring quality care in diverse healthcare settings (Nielsen, Hørdam, & Kristensen, 2022).

In Thailand, the Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development is currently transitioning to a four-year Bachelor of Nursing Science (BNS) curriculum, primarily delivered in Thai with select English components. Despite this bilingual approach, many nursing students struggle with English comprehension, which negatively impacts their academic success (Wang & Wang, 2019). Although students typically receive three to four hours of English instruction per week during secondary education, they often enter university lacking fundamental English proficiency. This inadequacy is frequently attributed to factors such as low classroom participation, limited exposure to authentic English usage, and heightened language anxiety particularly fear of negative evaluation and communication apprehension (Srichai & Rattanapong, 2021).

Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, has actively sought to enhance students' English proficiency in alignment with national policies. However, recent data indicate that English language competency among students remains relatively low. In 2020, 2021, and 2022, only 20.51%, 21.11%, and 32.05% of students, respectively, passed the PBRI English test, with more than half performing at an elementary level. Recognizing the challenges posed by these statistics, the college launched the 21st Century English Language Skills Enhancement Project in 2022-2023, adopting a task-based learning (TBL) approach to strengthen students' writing, listening, reading, vocabulary, and speaking skills. Task-based learning has been widely recognized as an effective approach to language acquisition, as it emphasizes real-world language use and meaningful communication (Zhang, 2020).

This project was designed to integrate nursing-specific content into English instruction, ensuring that students develop language skills within realistic healthcare contexts. Through task-based learning, students engage in interactive activities such as role-playing patient interactions, conducting nursing handovers, and documenting patient information, allowing them to apply English in practical, profession-related scenarios. Group discussions and case-based exercises further encourage collaborative learning, critical thinking, and effective communication, which are essential for professional success in healthcare settings (Muntriakao & Poonpon, 2022).

Structured writing tasks and guided reading activities help students improve their ability to comprehend and produce medical texts, enhancing their overall language proficiency. Faculty members play a key role in facilitating these learning experiences by using student-centered approaches that emphasize active engagement and real-world application (Richards & Rodgers, 2014).

Despite the implementation of this project, there is still limited research on how Thai nursing students perceive task-based learning and its impact on their motivation and language development. Given the increasing demand for proficient English communication in healthcare, this study seeks to explore students' experiences and perspectives on the effectiveness of task-based learning in enhancing their language skills. The findings from this research will contribute to the improvement of English language instruction by informing the development of more targeted and contextually relevant teaching strategies. By integrating nursing-specific content into English courses and refining task-based instructional methods, this study aims to support nursing students in becoming more confident and competent English users in both local and international healthcare settings.

Objective

To explore Thai nursing students' perceptions of an enhanced English language program and its impact on their English skills, motivation, and 21st-century skills development at Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai.

Conceptual Framework

The 21st Century English Language Skills Enhancement Project integrates Task-Based Learning (TBL) as its core instructional method, a strategy deeply rooted in the principles of Communicative Language Teaching (CLT) (Thompson & Millington, 2021). Rather than focusing solely on the isolated teaching of linguistic components, TBL emphasizes learning through interactive and authentic tasks. In this approach, students are assigned meaningful tasks that require active engagement with the target language, thereby shifting the focus from mere linguistic acquisition to achieving a comprehensive, practical outcome. This method mirrors real-world language use and encourages learners to apply their skills in contexts that are both

relevant and dynamic. Research indicates that such task-based engagement significantly enhances students' self-confidence and overall language competence, enabling them to navigate and complete challenges that simulate everyday communication (Owen & De Oliveira, 2022). Consequently, TBL offers an effective framework for enhancing English language skills by fostering an environment where language is learned and used as a tool for real-life interaction.

Methods

This descriptive qualitative study employed two focus-group discussions to explore the perspectives of nursing undergraduate students regarding their English language development. The research was conducted between May 2021 and July 2023 at Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai.

Population and Sample

The population for this study consisted of nursing students enrolled in the Bachelor of Nursing program at Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai in the 2022 academic year. While many methodological guidelines suggest that focus groups typically consist of 6-8 participants (Krueger & Casey, 2015), this study deliberately expanded the group size to 15 students per session to capture a broader range of perspectives and experiences. Research supports the use of larger focus groups in cases where participant homogeneity is maintained and when the aim is to explore diverse viewpoints within a specific population (Morgan, 1997). In this study, purposive sampling was employed to select 30 students who were then categorized into two distinct groups based on their English proficiency levels, as determined by the descriptors of the Common European Framework of Reference (Council of Europe, 2020). Proficiency levels were defined as follows: Beginner (A1) with scores ranging from 0 to 20, Elementary (A2) with scores ranging from 21 to 40, Intermediate (B1) with scores ranging from 41 to 60, and Upper-Intermediate (B2) with scores ranging from 61 to 80. Consequently, in Group 1, 15 students were classified as Beginner to Elementary (score range 0-40), while the remaining 15 were categorized as Intermediate to Upper-Intermediate (score range 41-80), in Group 2. This approach ensured a comprehensive representation of various proficiency levels, thereby

providing a nuanced understanding of the students' experiences and motivations in language learning.

Measurement

The primary data collection instrument for this study was a semi-structured interview form developed by the researcher. The interview questions were designed to explore several key areas related to the study's objectives, including students' experiences with task-based learning in the 21st Century English Language Skills Development Project, the factors that stimulate their interest and motivation in learning English, and their self-perception of English proficiency within the context of competitive societal demands. In addition, the interviews gathered feedback on the effectiveness of the task-based learning model in enhancing English language skills.

Validity and Reliability of Measurement

The content validity of the interview instrument was reviewed by a panel of English language experts and three nursing professors. The resulting Index of Item-Objective Congruence (IOC) was 0.97, indicating strong alignment between the questions and the research objectives (Brinkmann, 2014).

Data Collection

Scheduled from May 2021 to July 2023, the programme consists of 15 academic English courses, each 6 hours long. TBL was utilized to develop a range of skills in students, including speaking, listening, reading, writing, vocabulary acquisition, and professional English. Students voluntarily formed teams to facilitate collaborative learning and peer support. Each group received guidance on interpreting the project's theme and expressing their perspectives on the role of nursing in society. This collaborative process culminated in presentations, where students shared their ideas with the class. Following their presentations, they participated in interviews, responding to guided questions related to their topics. Such hands-on experiences not only reinforced their language skills but also deepened their understanding of nursing's significance within the broader healthcare context (Gonzalez, Gibbons, & Sullivan, 2023).

After finished the programme, data were collected through two focus-group discussions, each lasting between 50 and 60 minutes. The sessions were conducted in Thai to ensure that participants could express their thoughts freely and accurately. Discussions were recorded using

MP4 devices, and the recordings were later transcribed verbatim in Thai and translated into English. To ensure translation accuracy, the researcher collaborated with an English instructor. The discussions were guided by a semi-structured interview protocol addressing topics such as experiences with the 21st Century English Language Skills Development Project, motivation for learning English, self-assessment of English proficiency, and opinions on task-based learning.

Data Analysis

The collected data were analysed using a combined manifest and latent content analysis approach, following Bengtsson's four-step process. In the decontextualization phase, the researcher immersed in the transcripts through repeated readings to become thoroughly familiar with the content. Because the study's issues were pre-defined such as participants' experiences with the project and their motivations for learning English a deductive reasoning design was adopted. An initial coding list was developed before commencing the open coding process, providing a structured framework for identifying relevant meaning units.

Following this, during the recontextualization stage, the researcher revisited the original transcripts to ensure that all extracted meaning units retained their intended context. At this point, preliminary findings were shared with several participants in a member-checking process, which helped verify that the interpretations and coding accurately reflected their intended meanings and experiences.

Next, the analysis moved into the categorization phase, where the identified meaning units were systematically organized into broader categories. This step involved both manifest content analysis, which grouped observable and explicitly stated data, and latent content analysis, which delved into the underlying meanings not immediately apparent in the text.

In the final stage of the process, the compilation phase, the researcher synthesized the categories into overarching themes that best represented the data. To further enhance the trustworthiness of the research, an inquiry audit was conducted. An external qualitative research expert reviewed the entire coding process and theme development, confirming the dependability, confirmability, and overall rigor of the findings.

Ethical Consideration

This study was conducted according to three ethical principles: respect for persons, beneficence, and justice. The principle of beneficence was upheld by ensuring that the study posed no harm or risk to the students. The principle of justice was observed by ensuring that the benefits and burdens of the research were distributed equitably among all participants. The study protocol and data collection instruments were reviewed and approved by the Institutional Review Board (IRB) of Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai (Ethical Approval No. BCNCT17/2563).

Results

The qualitative analysis revealed significant insights into nursing students' perspectives on English language learning through task-based learning (TBL). The discussions highlighted both the challenges and motivations influencing their language development. Four key themes emerged, reflecting students' academic priorities, awareness of essential skills, language barriers, and personal aspirations. These findings provide a deeper understanding of how nursing students navigate English learning and emphasize the need for a more integrated and supportive approach to enhance their proficiency.

Theme 1: Students' Opinions on Task-Based Learning (TBL) Implementation

This theme explores students' experiences with the enhanced English skills project, which employed TBL to improve language acquisition in nursing education. Focus group discussions revealed both challenges and advantages students encountered throughout the project. Students stated,

"...the program let us practice making sentences. It is considered that we have learned from this vocabulary and know that we will have to make a sentence and how it is used in communication and pronunciation. So, we can use it correctly..." [Lower Intermediate]

"...the program had a variety of teaching techniques. For example, it let students give hints by drawing a picture for friends to guess in English and learn English through games. It was a fun class. I think these activities can help us practice thinking about new words and improve our vocabulary and speaking skills. I enjoyed this course." [Lower Intermediate]

"For me, if it is reading and writing, I want to study with Thai teachers because they can explain more clearly, but for speaking, I would rather learn with a native speaker because they know how to pronounce words or sentences more clearly." [Upper Intermediate]

"It was a beneficial project. Personally, I like to study in a program that offers various teaching methods, such as games, singing songs, practicing real-life English conversations, or incorporating media and technology into teaching. Many activities could help us improve our English-speaking skills and motivate us to communicate more easily and effectively." [Lower Intermediate]

Sub-theme 1: Language Proficiency Concerns

Many students reported struggling with English due to weak foundational knowledge, lack of confidence, and fear of making mistakes. Group 1 emphasized the need for preparatory lessons to boost confidence for presentations, while Group 2 expressed concerns about time constraints and anxiety when speaking in front of foreign teachers. Students shared,

"Before this, we were afraid to speak English with foreigner, but structured tasks and practice helped me feel more comfortable." [Lower Intermediate]

Another noted, "I still struggle with grammar, but practicing with my peers through TBL gave me the confidence to present in English. However, I felt nervous and avoided communication with foreigner patients due to fear of making mistakes like my friends " [Upper Intermediate]

These responses suggest that while TBL presents initial challenges, it ultimately aids skill development.

Sub-theme 2: Mixed Language Use and Self-Discovery

Some students relied on both Thai and English when completing assignments, while others were surprised by their ability to conduct research and present in English. Despite these challenges, most students supported the continuation of TBL, recognizing its benefits for language learning. A student reflected,

"The teacher used engaging methods, such as games and drawing exercises, to help us think of new words and practice speaking. It made learning more enjoyable and effective." [Upper Intermediate]

Another student noted, "At first, I didn't think I could present in English, but this experience showed me that I could." [Lower Intermediate]

These findings highlight how active learning strategies within TBL can enhance motivation and confidence in language use.

Theme 2: Motivation for Learning English

Students exhibited both instrumental and integrative motivations for learning English, driven by specific academic and professional goals. Both students in Upper Intermediate and Lower Intermediated stated,

"If thinking about the skills required in the 21st Century, communication is one of the most important skills because we must use it in our daily life. There are many foreigners entering Thailand, whether for business, traveling, or job applications. Moreover, the English language qualification is the basis for people to apply for jobs. The new generation must learn another international language besides Thai."

Sub-theme 1: Passing the English Test as a Primary Goal

Group 1 students primarily focused on passing the Praboromrajchanok Institute (PBRI) English test, viewing it as a crucial graduation requirement. This goal often overshadowed broader language skill development. Most participants stated,

"We all share the same view that the primary motivation is to pass the PBRI English test. For example, my friends and I are currently not focusing on 21st-century learning because we need more practice to pass the exam." [Lower Intermediate]

"For me, the most important motivation is to pass the PBRI English test. Now, I am not thinking about improving my language skills to achieve 21st Century learning because I need to do a lot of practice. I still have not passed the English test and could not do it well. If I could not pass the English test, it may affect my graduation. This thing is a major concern and led me to be motivated to learn English." [Lower Intermediate]

This indicates a strong emphasis on short-term academic requirements over long-term language proficiency.

Sub-theme 2: Communicative Competence for Career Advancement

Group 2 students were motivated to improve English proficiency for career growth, recognizing the value of communication skills in securing better job opportunities. Seven students remarked,

"My motivation for learning English is getting a good job and a higher salary. I think knowing English involves not only producing language correctly but also using language for particular purposes. For example, in addition to competence in the nursing profession, if we have good English language proficiency, we may have the opportunity to get promoted or do more of a challenge than others as we have the ability to communicate with foreigners." [Upper Intermediate]

"If we have strong English skills, we can get better job positions and communicate with foreign colleagues more effectively." [Upper Intermediate]

Another added, *"English is not just about passing tests; it's about real-life applications in nursing and patient care."* [Upper Intermediate]

These insights suggest that while Group 1 focuses on immediate academic needs, Group 2 understands the long-term benefits of language proficiency in healthcare.

Theme 3: Perspectives on 21st-Century English Language Skills

Students expressed a desire to improve their English communication skills but felt hindered by a curriculum that prioritized grammar and vocabulary over practical usage. They also faced challenges integrating 21st-century skills into their language learning due to a lack of awareness and inadequate learning resources. Some Students asked,

"I would not really understand the skills required in the 21st century. What does society expect of today's students? We study nursing, so what's important is society needs nurses with good performance, isn't it? I wonder, if we are not good at English, will this make us less of our values? We may not be able to make ourselves good in every way, especially English which we rarely have a chance to use in our daily life as we should." [Lower Intermediate]

Sub-theme 1: Limited Understanding of 21st-Century Skills

Many students were unsure about the specific skills required for success in modern nursing and questioned whether English proficiency would significantly impact their careers. Some students asked,

"We are nursing students- what does society expect from us in terms of 21st-century skills? Is English really that important?" [Lower Intermediate]

This suggests a need for clearer guidance on the role of English in their professional development.

Sub-theme 2: Difficulty in Comprehending English

Students desired to communicate effectively but struggled due to a curriculum that emphasized grammar over real-world application. Many relied heavily on dictionaries and translation apps, indicating insufficient resources for English learning. Some students admitted,

"We would love to communicate in English without serious problems, but the tests have focused on topics like correct grammar, vocabulary, and other skills that might not be truly necessary for communication. For me, I still need to use a dictionary or translation application for writing and reading English texts to complete the tasks. The resource of English learning database is insufficiently provided to support us, which limits our ability to gain good understanding and skills." [Lower Intermediate]

"We still have to use translation apps to complete tasks because I don't have enough resources to improve my comprehension." [Lower Intermediate]

This highlights the need for enhanced instructional support and materials tailored to nursing students.

Sub-theme 3: Personal Growth and Career Aspirations

Despite these challenges, many students acknowledged the importance of English proficiency in interacting with diverse populations in nursing. Students noted,

"If thinking about the skills required in the 21st Century, communication is one of the most important skills because we must use it in our daily life. There are many foreigners entering Thailand, whether for business, traveling, or job applications. Moreover, the English language qualification is the basis for people to apply for jobs. The new generation must learn another international language besides Thai." [Upper Intermediate]

"I think it is necessary to communicate with foreigners because in our profession we cannot choose our clients to be only Thai. English is already an international language. We need to learn more than one language. We should understand what they [patients] want to communicate with us or with what they want us to help. Then we can provide them with good care and meet their needs. Nurses must have the knowledge and skills to care for their

patients effectively. It should be together with the knowledge of nursing and effective English skills." [Upper Intermediate]

"Communication is essential in a globalized society. We must be able to interact with foreign patients and colleagues." [Upper Intermediate]

Another added, "English and nursing knowledge must go hand in hand to provide effective patient care." [Upper Intermediate]

These statements highlight the recognition of English as a vital skill in the nursing profession.

Key Findings and Insights

The findings from this study highlight four key themes that shape students' perspectives on English language learning through task-based learning. First, there is a critical need to pass mandatory English proficiency tests for graduation, which often serves as the primary motivation for many students. Second, students recognize the importance of 21st-century competencies, including critical thinking, digital literacy, and collaborative problem-solving, particularly in the context of modern healthcare. Third, challenges persist due to weak foundational knowledge of English, which affects students' confidence and ability to engage in complex language tasks. Lastly, students demonstrate a strong intrinsic desire for self-improvement and professional development, particularly in preparing for future career opportunities where English proficiency is valuable.

Challenges in implementing TBL were evident, particularly in terms of confidence and preparation. Lower-intermediate students required additional preparatory lessons, while upper-intermediate students struggled with time constraints and presentation anxiety. Additionally, some students relied on Thai during TBL activities, indicating the need for gradual language immersion strategies. Regarding teaching methods and effectiveness, students responded positively to interactive strategies, such as games and role-playing, which reduced anxiety and improved vocabulary retention. They also expressed preferences for Thai teachers in reading and writing instruction, while native English-speaking teachers were preferred for speaking practice, suggesting that a balanced instructional approach may be beneficial.

Motivation for language learning varied between groups. Group 1 was primarily driven by instrumental motivation, focusing on passing exams, whereas Group 2 exhibited integrative motivation, aiming for long-term career growth. These differences indicate the need for a dual-focused curriculum that accommodates both immediate academic needs and future professional aspirations. Overall, the findings suggest that while students acknowledge the importance of English proficiency, their motivations and challenges differ based on their proficiency levels. A more balanced approach that integrates both exam preparation and real-world language application could enhance English learning outcomes in nursing education.

Discussion

This study explored nursing students' experiences, motivations, and challenges in developing English proficiency through task-based learning (TBL). The findings revealed that while students acknowledged the importance of English in their nursing education, they faced several barriers to language acquisition, particularly in speaking and writing. Many expressed that their limited vocabulary, difficulty in sentence formation, and lack of grammatical understanding hindered their confidence, leading to reluctance to participate in class. Despite these challenges, students recognized the potential of TBL in providing meaningful language practice within a nursing-specific context (Zhang, 2021).

Students generally perceived TBL as an engaging and practical approach to language learning. Unlike traditional lecture-based methods, which often focus on rote memorization, TBL encouraged active learning through tasks such as medical role-plays, patient interviews, and case discussions. Many students found this method effective in helping them apply English in realistic nursing scenarios, reinforcing both their language skills and professional knowledge (Tang, Lim, & Lai, 2022). However, some students felt that the project duration was too short to see significant improvements, emphasizing the need for extended exposure and additional practice opportunities. The interactive nature of TBL facilitated collaboration among students, allowing them to learn from their peers while improving their speaking and listening skills. This aligns with previous research, which found that language acquisition is enhanced when learners engage in authentic tasks that require meaningful communication (Samuda & Bygate, 2018; Shin, 2019). Studies have highlighted the effectiveness of TBL in motivating students and fostering

greater participation in language learning, supporting the idea that structured task-based activities provide a more immersive and engaging learning experience.

Motivation played a significant role in students' engagement with English learning. Many participants viewed English proficiency as essential for academic success, particularly for passing English competency exams required for graduation. This external motivation often outweighed intrinsic motivation for language learning. However, some students recognized the long-term benefits of mastering English, particularly for career advancement, international opportunities, and improved patient communication (Tang, Lim, & Lai, 2022). Students exhibited different motivational patterns based on their language proficiency levels. Those with higher English competency expressed greater enthusiasm for developing their language skills, while lower-intermediate students were more focused on meeting minimum academic requirements. These findings align with Papi, Bondarenko, & Mansouri Nejad (2019), theories suggesting that motivation in second-language learning is influenced by both personal aspirations and external pressures.

The study also highlighted students' struggles with English communication during clinical internships. Many reported feeling anxious and hesitant when speaking with patients, supervisors, and foreign medical staff due to their limited proficiency. The fear of making mistakes often resulted in avoidance, leading to missed opportunities for practical language use. These findings are consistent with previous research, which found that nursing students with weak English skills faced significant challenges in clinical settings, affecting their confidence and overall performance (Cheng, Kuo, Lin, & Lee-Hsieh, 2018; Namaziandost, Abedi, & Nasri, 2021). Despite these difficulties, students who had prior exposure to English-speaking environments or supportive instructors showed greater confidence in using the language during their internships. This suggests that creating structured opportunities for clinical English practice such as simulation exercises and guided patient interactions could help bridge the gap between theoretical language learning and real-world application (Lee & Lin, 2020).

One of the most significant findings of this research was the positive impact of TBL on students' engagement and skill development. Unlike traditional English courses that focus primarily on grammar and written exercises, TBL provided a more immersive learning experience, requiring students to think critically, communicate actively, and solve problems in a

nursing context. Students appreciated that TBL mirrored real-world nursing situations, making English learning more relevant and meaningful (Rahman, Pandian, & Kaur, 2020). This approach aligns with the idea that effective language acquisition occurs when students perceive learning as directly applicable to their professional goals. Additionally, TBL fostered collaboration, with students supporting one another in completing tasks, which contributed to a more encouraging learning environment.

Implication

While students found TBL beneficial, they also expressed the need for additional support, including more structured speaking practice, clearer guidance on professional English usage, and access to diverse language-learning resources. These insights reinforce the importance of continuously refining English language instruction in nursing education to better meet students' needs. The findings suggest that incorporating TBL into nursing curricula can significantly enhance English proficiency by making learning more interactive and professionally relevant. Future implementations should focus on extending project durations, integrating clinical role-play, and providing targeted support for students with lower English proficiency. Additionally, nursing educators should emphasize the connection between English skills and 21st-century competencies, ensuring that students understand the broader professional implications of language proficiency in a globalized healthcare environment.

Recommendations for Further Study

Future research should explore the long-term impact of task-based learning (TBL) in enhancing Thai nursing students' English proficiency and 21st-century skills. Expanding project duration and incorporating targeted tools such as digital resources, speaking practice platforms, and nursing-specific vocabulary exercises may improve learning outcomes. Studies should also examine the effectiveness of medical English modules and scenario-based training in building confidence and communication skills. Given students' varied language backgrounds, further research could investigate differentiated instructional strategies, including peer mentoring systems and scaffolded support for lower-proficiency learners. Exploring how to explicitly integrate 21st-century competencies into English instruction through reflective activities or interprofessional

collaboration may also prove beneficial. Finally, future studies should assess faculty development programs that train educators to teach English effectively within nursing curricula. As English remains essential in global healthcare, continuous efforts to enhance nursing students' language skills are vital for academic and professional readiness.

References

- American Association of Colleges of Nursing. (2021). *The Essentials: Core competencies for professional nursing education*. Retrieved 2 March 9, 2022 from <https://www.aacnnursing.org/Portals/0/PDFs/Publications/Essentials-2021.pdf>.
- Aragon, D. C., Gaber, S. M., & Pomeroy, H. (2022). Bridging the gap: Communication skills for nursing. *Nursing Practice*, 69(2), 271-280. <https://doi.org/10.1111/inr.12649>
- Brinkmann, S. (2014). *Interviewing: A guide for researchers*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Cheng, S. F., Kuo, C. L., Lin, K. C., & Lee-Hsieh, J. (2018). Development and preliminary testing of a self-rating instrument to measure the clinical competence of nursing students in a pediatric course. *Nurse Education Today*, 61, 142-147. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.008>
- Council of Europe. (2020). *Common European Framework of reference for languages: Learning, teaching, assessment (CEFR)*. Cambridge University Press. Retrieved February 3, 2022 from <https://www.coe.int/en/web/common-european-framework-reference-languages>.
- Garcia, M. C., Garcia, A., & Barrera, R. (2020). The importance of English proficiency in nursing education: Perspectives of nursing students. *Nurse Education in Practice*, 45, 102781. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102781>
- Gonzalez, M. A., Gibbons, C., & Sullivan, J. (2023). The impact of task-based learning on nursing students' English proficiency: A focus on collaboration and presentation skills. *Journal of Nursing Education and Practice*, 13(4), 78-85. <https://doi.org/10.5430/jnep.v13n4p78>
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th ed.). Los Angeles: SAGE Publications.

- Lee, H., & Lin, H. (2020). Enhancing English-speaking performance through a simulation-based learning approach for nursing students. *Journal of Nursing Research*, 28(2), e83. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000372>
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2nd ed.). Los Angeles: Sage Publications.
- Muntrikaeo, K., & Poonpon, K. (2022). The effects of task-based instruction using online language games in a flipped learning environment on English oral communication ability of Thai secondary students. *English Language Teaching*, 15(3), 9-20.
- Namaziandost, E., Abedi, P., & Nasri, M. (2021). The impact of task-based instruction on EFL learners' speaking fluency and anxiety. *Journal of Psycholinguistic Research*, 50, 731-745. <https://doi.org/10.1007/s10936-021-09767-2>
- Nielsen, K., Hørdam, M., & Kristensen, H. (2022). The integration of 21st-century skills in nursing education: A systematic review. *Nursing Education Perspectives*, 43(2), 86-92. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000913>
- Owen, K., & De Oliveira, A. (2022). Enhancing language learning through task-based approaches: Evidence from higher education. *Language Teaching Research*, 26(2), 169-186. <https://doi.org/10.1177/1362168821995705>
- Papi, M., Bondarenko, A., & Mansouri Nejad, A. (2019). Motivation and second language pragmatics: A regulatory focus perspective. *System*, 82, 32-43. <https://doi.org/10.1016/j.system.2019.03.001>
- Rahman, M. M., Pandian, A., & Kaur, M. (2020). The role of task-based learning in developing students' oral communication skills in ESL classrooms. *Language Teaching Research Quarterly*, 15, 1-17. <https://doi.org/10.32038/ltrq.2020.15.01>
- Richards, J. C., & Rodgers, T. S. (2014). *Approaches and methods in language teaching*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Samuda, V., & Bygate, M. (2018). *Tasks in second language learning*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Shin, D. (2019). Task-based language teaching in Asian contexts: Challenges and opportunities. *Asian Journal of Applied Linguistics*, 6(2), 111-121. <https://doi.org/10.1002/ajal.10007>

- Smith, J., White, A., & Lee, C. (2020). Critical thinking in nursing practice: A global perspective. *Journal of Nursing Education*, 59(3), 134-141. <https://doi.org/10.3928/01484834-20200313-04>
- Srichai, S., & Rattanapong, T. (2021). English language anxiety among Thai nursing students: A qualitative study. *Asian Nursing Research*, 15(4), 230-235. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2021.09.005>
- Tang, K. N., Lim, C. Y., & Lai, K. C. (2022). Preparing future nurses for global healthcare: A study of 21st-century competencies and English proficiency. *Nurse Education in Practice*, 59, 103276. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103276>
- Thompson, G., & Millington, N. (2021). Communicative language teaching: The role of task-based learning in developing language proficiency. *International Journal of Language Studies*, 15(3), 123-140. <https://doi.org/10.22234/ijls.v15i3.541>
- Vardaman, J. M., Gibbons, M. J., & Pomeroy, H. (2021). Communication in nursing practice: Current trends and future directions. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1464-1472. <https://doi.org/10.1111/jonm.13217>
- Wang, S., & Wang, Y. (2019). The role of English proficiency in nursing education: Challenges and opportunities. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9(5), 48-55. <https://doi.org/10.5430/jnep.v9n5p48>
- World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. Retrieved February 10, 2022 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>.
- Zhang, W. (2020). Task-based language teaching: A review of current trends and perspectives. *Teaching English as a Second or Foreign Language*, 24(1), 22-34.
- Zhang, Y. (2021). Investigating the impact of task-based language teaching on learners' communicative competence. *Language Teaching Research*, 25(3), 412-428. <https://doi.org/10.1177/1362168819837561>

การวิเคราะห์ห่อภิมาณเชิงบูรณาการ: กลยุทธ์ระดับโลกในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพยุคใหม่

Integrated Meta-Analysis: Global Strategies for Promoting Rational Drug Use and Driving Modern Health Policy

ดัจเดือน เขียวเหลือง¹, สืบตระกูล ตันตลานุกุล¹, สิตานันท์ ศรีใจวงศ์¹, ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา^{2*},
ชลกนก ธนาภควัตกุล², ชุลีพร ภูโสภ³

Dujduean Khiaolueang¹, Seubtrakul Tantalanutkul¹, Sitanan Srijaiwong¹,

Phitinan Isarangura Na Ayudhaya^{2*}, Chonkanok Thanaphakawatkul², Chuleeporn Pusopa³

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹,

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข^{2*},

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข³

Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health¹,
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health^{2*},
Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health³

(Received: October 25, 2024; Revised: March 4, 2025; Accepted: June 4, 2025)

บทคัดย่อ

การวิเคราะห์ห่อภิมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์ปัจจุบันของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับโลก วิเคราะห์ประสิทธิผลของมาตรการต่าง ๆ ที่ใช้ในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการดำเนินมาตรการดังกล่าว การศึกษานี้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 147 เรื่อง ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี 2020-2024 โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล Pubmed, Cochrane Library, EMBASE, Web of Science และ Scopus ด้วยเกณฑ์คัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่ประเมินมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลต่าง ๆ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-Analysis) และการวิเคราะห์การถดถอยเมตา (Meta-Regression)

ผลการวิจัยพบความแตกต่างของอัตราการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระหว่างภูมิภาคและระดับรายได้ของประเทศ โดยประเทศรายได้สูงมีอัตราสูงกว่าประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ มาตรการแบบผสมผสานมีประสิทธิผลสูงสุด (Pooled Effect Size = 0.89, 95% CI: 0.82-0.96) ตามด้วยการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการตัดสินใจ (Pooled Effect Size = 0.81, 95% CI: 0.73-0.89) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ ความเข้มข้นของมาตรการ ระยะเวลาการติดตาม การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการบูรณาการกับระบบสุขภาพที่มีอยู่ ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละประเทศ โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง

คำสำคัญ: การใช้ยาอย่างสมเหตุผล, การวิเคราะห์ห่อภิมาณ, มาตรการส่งเสริม, ประสิทธิภาพ, ปัจจัยความสำเร็จ

*ผู้ให้การติดต่อ ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา e-mail: phitinan@bcnc.ac.th

Abstract

This meta-analysis aimed to assess the current global situation of rational drug use, analyze the effectiveness of various measures promoting rational drug use, and identify factors influencing the success or failure of these measures. The study included 147 relevant research articles published between 2020 and 2024, searched from PubMed, Cochrane Library, EMBASE, Web of Science, and Scopus databases using selection criteria focused on studies evaluating rational drug use promotion measures in various healthcare settings. The analysis employed meta-analysis and meta-regression techniques.

The results revealed differences in rational drug use rates across regions and country income levels, with high-income countries demonstrating higher rates compared to middle- and low-income countries. The most effective measure was the combined approach (Pooled Effect Size = 0.89, 95% CI: 0.82-0.96), followed by the use of decision support technologies (Pooled Effect Size = 0.81, 95% CI: 0.73-0.89). Factors contributing to success included intervention intensity, follow-up duration, stakeholder involvement, and integration with existing health systems. These findings highlight the need for developing context-specific approaches, particularly in low- and middle-income countries.

Keywords: Rational Drug Use, Meta-Analysis, Promotional Measures, Effectiveness, Success Factors

บทนำ

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน องค์การอนามัยโลกได้นิยามการใช้ยาอย่างสมเหตุผลว่าเป็นสถานการณ์ที่ "ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับ ความจำเป็นทางคลินิกในขนาดที่เหมาะสมกับความต้องการส่วนบุคคล สำหรับระยะเวลาที่เพียงพอ และ ด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุดสำหรับตัวผู้ป่วยและชุมชน" (World Health Organization, 2021) แนวคิดนี้ไม่เพียงแต่ มุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาเท่านั้น แต่ยังคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและความคุ้มค่า ทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขด้วย ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้กลายเป็นประเด็นสำคัญ ในวงการสาธารณสุขระดับโลก ดังจะเห็นได้จากแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ได้รับการพัฒนาทั้งในระดับสากล ผ่านโครงการ WHO Essential Medicines and Health Products (World Health Organization, 2022) และ ในระดับประเทศผ่านนโยบายแห่งชาติด้านยาในหลายประเทศ (International Pharmaceutical Federation, 2023) อย่างไรก็ตาม การนำแนวคิดนี้ไปปฏิบัติยังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศ กำลังพัฒนาที่มักเผชิญกับข้อจำกัดด้านทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุข (Ofori-Asenso & Agyeman, 2020)

การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลนำมาซึ่งผลกระทบทางลบหลายประการ ประการแรก คือ การเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งเป็นภัยคุกคามระดับโลกที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้น การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็นเป็นปัจจัยสำคัญที่เร่งการเกิดและแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา ส่งผลให้การรักษาโรคติดเชื้อทำได้ยากขึ้นและมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น (Laxminarayan, Duse, Wattal, Zaidi, Wertheim, & Sumpradit, 2023) ประการที่สอง การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse Drug Reactions (ADRs)) ซึ่งไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังเพิ่มภาระให้กับระบบสาธารณสุขด้วยการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและระยะเวลาการพักรักษาตัว (Pirmohamed, James, Meakin, Green, Scott, & Walley, 2022) นอกจากนี้ การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลยังนำไปสู่การสิ้นเปลืองทรัพยากรทางการแพทย์โดยไม่จำเป็น ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญโดยเฉพาะในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด การสั่งยาที่ไม่จำเป็นหรือไม่เหมาะสมไม่เพียงแต่เพิ่มค่าใช้จ่ายด้านยาโดยตรง แต่ยังส่งผลให้เกิดต้นทุนแฝง จากการจัดการผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Fadare, Ogunleye, Enato, Godman, Gustafsson, & McColl, 2022)

การศึกษาเชิงสำรวจระดับโลกของ Maniadakis, Kourlaba, Shen, & Holtorf (2023) แสดงให้เห็นว่า การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลยังคงเป็นปัญหาที่แพร่หลายในหลายภูมิภาค โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางตามเกณฑ์การจัดกลุ่มของธนาคารโลก (World Bank, 2023) ซึ่งแบ่งประเทศตามระดับรายได้ประชาชาติมวลรวมต่อหัว (GNI Per Capita) ประเทศเหล่านี้มีความท้าทายเพิ่มเติมจากระบบกำกับดูแลยาที่อ่อนแอและการเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่จำกัด ในความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาเหล่านี้ ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้ดำเนินมาตรการหลากหลายเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มาตรการเหล่านี้รวมถึงการพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการรักษาให้ทันสมัยอยู่เสมอ การให้ความรู้และฝึกอบรมแก่บุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยาที่เหมาะสม และการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก เช่น ระบบสั่งยา ทางอิเล็กทรอนิกส์ที่มีการแจ้งเตือนเมื่อพบการสั่งยาที่ไม่เหมาะสม (Holloway, Rosella, Livingstone, Angaran, Lung, & Spark, 2023) นอกจากนี้ ยังมีความพยายามในการปรับปรุงนโยบายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจัดการยา เช่น การควบคุมการโฆษณา และส่งเสริมการใช้ยาสามัญ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้จัดทำแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลซึ่งได้รับการยอมรับในระดับสากล (World Health Organization, 2021) และหลายประเทศได้นำแนวทางดังกล่าวมาปรับใช้ในบริบทของตนเอง เช่น นโยบายแห่งชาติด้านยาและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (National Drug Policy and Rational Use of Medicines) (Ministry of Public Health, 2022)

แม้ว่าจะมีมาตรการต่าง ๆ ถูกนำมาใช้ในหลายประเทศ แต่ยังคงขาดการวิเคราะห์เชิงระบบที่สามารถสังเคราะห์ข้อมูลจากหลายประเทศเพื่อสรุปว่ามาตรการใดมีประสิทธิภาพสูงสุด ประสิทธิภาพของมาตรการเหล่านี้ยังไม่ได้มีการประเมินอย่างเป็นระบบในระดับสากล การขาดการประเมินที่ครอบคลุมทำให้เกิดช่องว่างในความเข้าใจว่ามาตรการใดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และปัจจัยใดที่ส่งผลต่อ

ความสำเร็จหรือล้มเหลวของมาตรการเหล่านี้ในบริบทที่แตกต่างกัน การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-Analysis) เป็นเครื่องมือทางสถิติที่มีประสิทธิภาพในการสังเคราะห์ผลการวิจัยจากการศึกษาหลาย ๆ ชิ้น ช่วยให้สามารถมองเห็นภาพรวมของปรากฏการณ์ที่สนใจได้ชัดเจนยิ่งขึ้น (Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2021) ในบริบทของการใช้ยา อย่างสมเหตุผล การวิเคราะห์อภิมานสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่าเกี่ยวกับประสิทธิผลของมาตรการต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการในพื้นที่และช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ช่วยระบุปัจจัย ที่ส่งผลต่อความสำเร็จของมาตรการเหล่านี้ และสามารถชี้ให้เห็นแนวโน้มการใช้ยาในระดับโลก นอกจากนี้ ยังช่วยในการเปรียบเทียบประสิทธิผลของมาตรการต่าง ๆ ระหว่างประเทศที่มีระดับรายได้และทรัพยากรที่แตกต่างกัน โดยในการศึกษานี้ การแบ่งภูมิภาคอ้างอิงตามการแบ่งของ WHO ซึ่งแบ่งเป็น 6 ภูมิภาคหลัก ได้แก่ แอฟริกา อเมริกา เอเชีย ตะวันออกเฉียงใต้ ยุโรป เมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก และแปซิฟิกตะวันตก (World Health Organization, 2023)

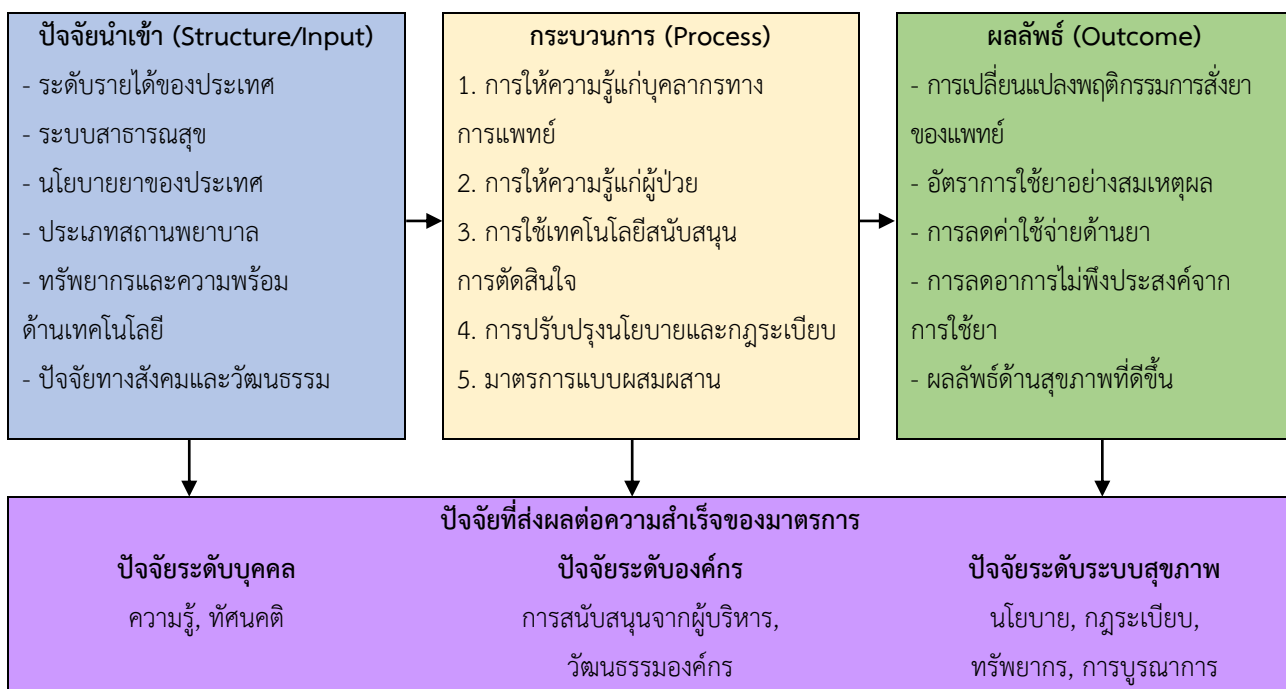
การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการวิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมุ่งเน้นที่สามประเด็นหลัก ประการแรก คือ การประเมินสถานการณ์ปัจจุบันของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับโลก โดยพิจารณาความแตกต่างระหว่างภูมิภาคและระดับรายได้ของประเทศ ประการที่สอง คือ การวิเคราะห์ประสิทธิผลของมาตรการต่าง ๆ ที่ใช้ในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เช่น การให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการปรับปรุงนโยบายและกฎระเบียบ ประการสุดท้าย คือ การระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการดำเนินมาตรการเหล่านี้ โดยพิจารณาทั้งปัจจัยระดับบุคคล ระดับองค์กร และระดับระบบสาธารณสุข ผลการวิเคราะห์อภิมานนี้จะมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในบริบทสากล และสนับสนุนการพัฒนา นโยบายและแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลการศึกษาจะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขสามารถตัดสินใจเลือกใช้มาตรการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยคำนึงถึงบริบทเฉพาะของแต่ละประเทศหรือภูมิภาค นอกจากนี้ การวิเคราะห์นี้ยังจะช่วยระบุช่องว่างในงานวิจัยปัจจุบันและเสนอแนะทิศทางการศึกษาในอนาคต ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุขทั่วโลก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินสถานการณ์ปัจจุบันของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับโลก โดยวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างภูมิภาคและระดับรายได้ของประเทศ
2. เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของมาตรการต่าง ๆ ที่ใช้ในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้แก่ การให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการปรับปรุงนโยบายและกฎระเบียบ
3. เพื่อระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการดำเนินมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยพิจารณาทั้งปัจจัยระดับบุคคล ระดับองค์กร และระดับระบบสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิเคราะห์ทอิกมานี้ดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิด Donabedian Model (Structure-Process-Outcome Framework) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการประเมินคุณภาพการบริการสุขภาพ (Donabedian, 2005) โดยมุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ในบริบทของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ระบบสาธารณสุข และนโยบายของแต่ละประเทศ โดยเฉพาะระดับรายได้ของประเทศตามเกณฑ์ธนาคารโลก (รายได้สูง: GNI Per Capita > 13,845 USD, รายได้ปานกลาง: 1,136-13,845 USD และรายได้ต่ำ: < 1,136 USD) ซึ่งส่งผลต่อความพร้อมด้านทรัพยากร และโครงสร้างพื้นฐาน กระบวนการครอบคลุมมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลประเภทต่าง ๆ ได้แก่ 1) การให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ 2) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย 3) การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการตัดสินใจ 4) การปรับปรุงนโยบายและกฎระเบียบ และ 5) มาตรการแบบผสมผสานผลลัพธ์ ที่ศึกษาประกอบด้วยการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม การสั่งยา อัตราการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ร้อยละของการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษามาตรฐาน) และผลกระทบต่อสุขภาพ การเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบทั้งสามนี้ มีความสำคัญต่อความเข้าใจเชิงระบบ โดยปัจจัยนำเข้าที่เหมาะสมจะสนับสนุนประสิทธิภาพของกระบวนการ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ความสัมพันธ์นี้อาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแทรกซ้อนต่าง ๆ (Mossialos, Djordjevic, Osborn, & Sarnak, 2018) นอกจากนี้ การศึกษายังพิจารณาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของมาตรการตามแนวคิด Multi-level Analysis Framework (Berben et al., 2012) ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล (ความรู้และทัศนคติ) ปัจจัยระดับองค์กร (การสนับสนุนจากผู้บริหาร) และปัจจัยระดับระบบสุขภาพ (นโยบาย ทรัพยากร) ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วยงานวิจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลซึ่งได้รับการตีพิมพ์ในช่วงปี 2020 ถึง 2024 โดยครอบคลุมการศึกษาจากทั่วโลก ทั้งในประเทศที่มีรายได้สูง ปานกลาง และต่ำ เพื่อให้ได้มุมมองที่ครอบคลุมและเป็นตัวแทนของสถานการณ์ในระดับสากล การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ ได้แก่ 1) เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี 2020-2024 2) เป็นบทความฉบับเต็มที่เป็นภาษาอังกฤษ 3) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลหรือมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และ 4) มีการรายงานผลลัพธ์ที่เป็นตัวเลขที่สามารถนำมาคำนวณขนาดอิทธิพลได้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) บทความที่ไม่ใช่งานวิจัย เช่น บทบรรณาธิการ บทความทบทวน 2) การศึกษาที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และ 3) การศึกษาที่มีข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์หอคิมาณ โดยรวมการศึกษาที่ประเมินมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลประเภทต่าง ๆ ทั้งโรงพยาบาล คลินิก และสถานบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ครอบคลุมบริบทที่หลากหลายของการให้บริการสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้นเฉพาะสำหรับการสกัดข้อมูลจากการศึกษาที่ได้รับการคัดเลือก แบบบันทึกนี้ออกแบบให้ครอบคลุมข้อมูลสำคัญทุกด้านที่จำเป็นสำหรับการวิเคราะห์ ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของการศึกษา (เช่น ผู้แต่ง ปีที่ตีพิมพ์ ประเทศที่ทำการศึกษา) ลักษณะของการศึกษา (เช่น รูปแบบการวิจัย ขนาดตัวอย่าง ระยะเวลาติดตามผล) รายละเอียดของมาตรการที่ใช้ในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (เช่น ประเภทของมาตรการ ความเข้มข้นของการแทรกแซง) ผลลัพธ์ที่วัด (เช่น อัตราการสั่งยาที่เหมาะสม การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการใช้ยา) และข้อมูลทางสถิติที่จำเป็นสำหรับการวิเคราะห์หอคิมาณ (เช่น ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขนาดอิทธิพล) นอกจากนี้ ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพงานวิจัยที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล โดยใช้ Cochrane Risk of Bias Tool สำหรับการประเมินการศึกษาแบบทดลองสุ่ม และ Newcastle-Ottawa Scale สำหรับการประเมินการศึกษาเชิงสังเกต ทั้งนี้เพื่อให้สามารถพิจารณาคุณภาพของหลักฐานที่นำมาวิเคราะห์ได้อย่างเป็นระบบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ดำเนินการอย่างรอบคอบเพื่อรับรองความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ แบบบันทึกข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาเภสัชวิทยา ระบาดวิทยา และวิธีวิทยาการวิจัย จำนวนอย่างน้อย 3 ท่าน เพื่อให้มั่นใจว่าแบบบันทึกครอบคลุมทุกประเด็นสำคัญและมีความชัดเจนในการใช้งาน หลังจากการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ทำการทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability) โดยให้ผู้วิจัยอย่างน้อยสองคนทำการบันทึกข้อมูลจากการศึกษาตัวอย่างจำนวนหนึ่ง (ประมาณ 10% ของการศึกษาทั้งหมดที่คาดว่าจะถูกคัดเลือก) แยกกันอย่างเป็นอิสระ จากนั้นคำนวณ

ค่าสถิติ Cohen's Kappa เพื่อประเมินความสอดคล้องของการบันทึกข้อมูล ผลการประเมินพบว่าค่า Cohen's Kappa เท่ากับ 0.87 ซึ่งอยู่ในระดับความสอดคล้องสูง (Almost Perfect Agreement) โดยกำหนดเกณฑ์ค่า Kappa ที่ยอมรับได้ที่ระดับมากกว่า 0.8 เมื่อพบความไม่สอดคล้องในบางประเด็น มีการปรับปรุงแบบบันทึกและคู่มือการใช้งาน รวมทั้งจัดการอบรมเพิ่มเติมให้แก่ผู้วิจัย เพื่อให้มั่นใจว่าการเก็บข้อมูลมีความถูกต้อง และสอดคล้องกันมากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการอย่างเป็นระบบและครอบคลุม โดยทำการสืบค้นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่สำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ PubMed, Cochrane Library, EMBASE, Web of Science, Scopus, CINAHL และ Global Health การสืบค้นใช้คำสำคัญและ MeSH Terms ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และมาตรการส่งเสริม ตัวอย่างของ MeSH Terms ที่ใช้ได้แก่ "Rational Drug Use", "Medication Use", "Appropriate Prescribing", "Drug Utilization", "Intervention Studies", "Health Policy", "Education, Medical", "Decision Support Systems, Clinical" และ "Health Care Quality, Access, and Evaluation" โดยใช้ตรรกะการค้นหาคำด้วย Boolean Operators (AND, OR, NOT) เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ครอบคลุม และตรงประเด็น โดยพัฒนากลยุทธ์การสืบค้นร่วมกับบรรณารักษ์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการทบทวนวรรณกรรมทางการแพทย์ นอกจากนี้ ทำการสืบค้นเพิ่มเติมจากรายการเอกสารอ้างอิงของบทความที่เกี่ยวข้องที่ได้จากการสืบค้นเบื้องต้น (Snowballing) และติดต่อผู้เชี่ยวชาญในสาขานี้โดยตรงเพื่อขอข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาที่อาจไม่ได้ตีพิมพ์หรืออยู่ระหว่างดำเนินการ ทั้งนี้เพื่อลดอคติจากการตีพิมพ์ (Publication Bias) ให้มากที่สุด

กระบวนการคัดเลือกการศึกษาเป็นไปตามแนวทาง PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) การระบุบทความที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และแหล่งอื่น ๆ 2) การคัดกรองบทความซ้ำออก 3) การคัดกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก 4) การคัดกรองบทความฉบับเต็ม และ 5) การคัดเลือกบทความที่เข้าเกณฑ์สำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ การคัดเลือกการศึกษาดำเนินการโดยผู้วิจัยสองคนอย่างเป็นอิสระ โดยเริ่มจากการคัดกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ ตามด้วยการอ่านเต็มฉบับของบทความที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้น หากมีความเห็นไม่ตรงกัน มีการปรึกษาผู้วิจัยคนที่สามเพื่อหาข้อสรุป การสกัดข้อมูลจากการศึกษาที่ได้รับการคัดเลือกใช้แบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยสองคนทำการสกัดข้อมูลแยกกันและมีการตรวจสอบความถูกต้องร่วมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการทางสถิติที่เป็นมาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ โดยเริ่มจากการคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect Sizes) สำหรับแต่ละการศึกษา ซึ่งอาจเป็น Risk Ratios, Odds Ratios หรือ Standardized Mean Differences ขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อมูลที่รายงานในแต่ละการศึกษา จากนั้นใช้แบบจำลองผลกระทบแบบสุ่ม (Random-Effects Model) เพื่อรวมผลการศึกษา เนื่องจากคาดว่าจะมีความแตกต่างระหว่างการศึกษาในด้าน

ประชากร บริบท และวิธีการดำเนินการมาตรการ ทำการวิเคราะห์ความไม่เป็นเอกพันธ์ (Heterogeneity) โดยใช้สถิติ I^2 และ Q-Statistic โดย I^2 เป็นค่าร้อยละที่แสดงความแปรปรวนระหว่างการศึกษา โดยค่า I^2 ต่ำกว่า 25% ถือว่ามีความไม่เป็นเอกพันธ์ต่ำ, 25-75% ถือว่ามีความไม่เป็นเอกพันธ์ปานกลาง, และมากกว่า 75% ถือว่ามีความไม่เป็นเอกพันธ์สูง ส่วน Q-Statistic ใช้ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของความไม่เป็นเอกพันธ์ โดยค่า $p\text{-value} < 0.05$ แสดงว่ามีความไม่เป็นเอกพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการศึกษา

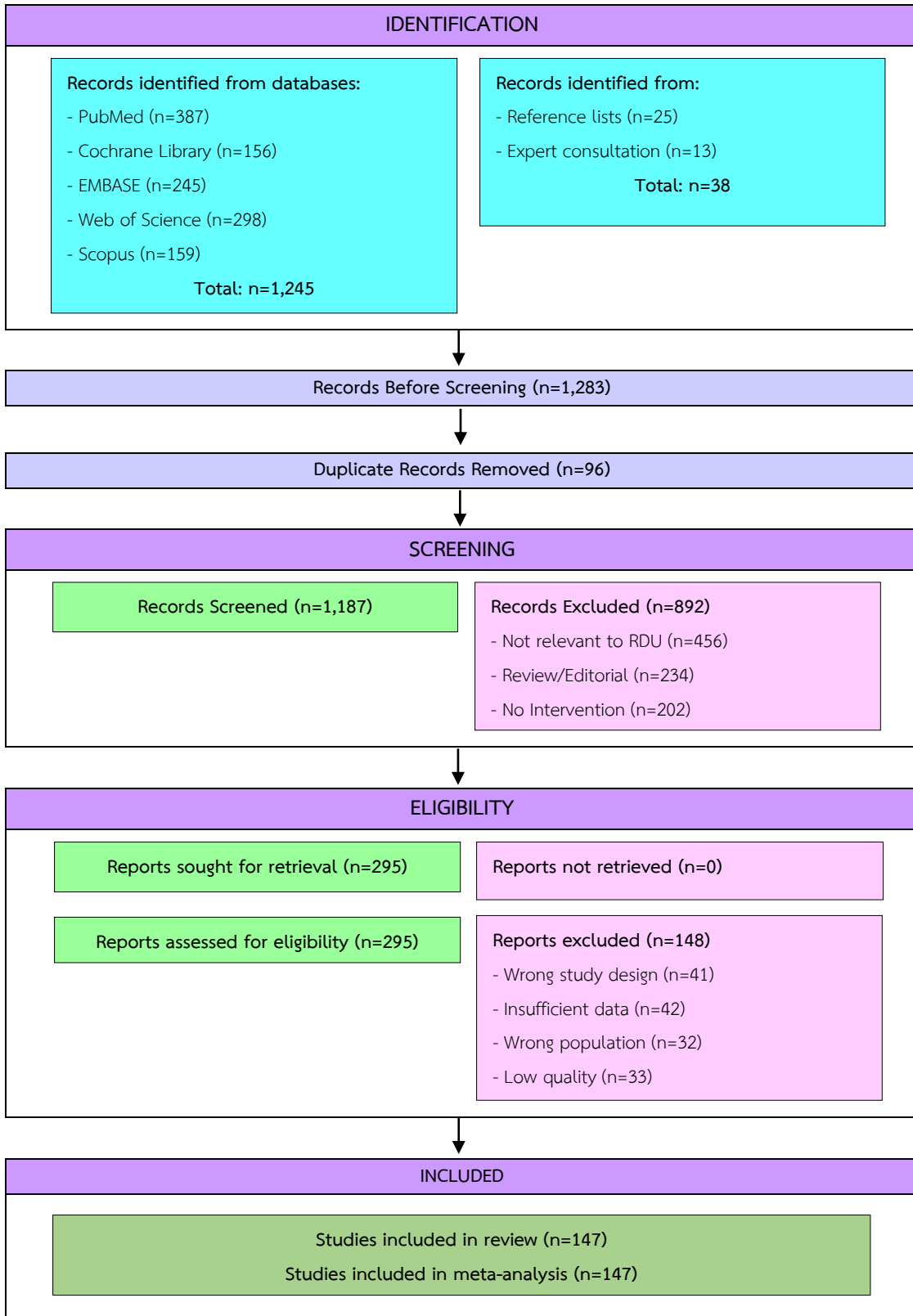
นอกจากนี้ มีการตรวจสอบอคติจากการตีพิมพ์ (Publication Bias) โดยใช้ Funnel Plot เพื่อตรวจสอบความสมมาตรของการกระจายตัวของขนาดอิทธิพล และใช้ Egger's test เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของอคติจากการตีพิมพ์ หากพบอคติจากการตีพิมพ์ มีการใช้วิธี Trim and Fill เพื่อปรับค่าขนาดอิทธิพลรวม การวิเคราะห์การถดถอยเมตา (Meta-regression) ใช้เพื่อตรวจสอบปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความแตกต่างของขนาดอิทธิพลระหว่างการศึกษา เช่น ระดับรายได้ของประเทศ ประเภทของสถานพยาบาล และคุณลักษณะของมาตรการ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ห่อภินานี้เป็นการศึกษาที่ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์แล้ว และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ จึงไม่มีความเสี่ยงโดยตรงต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมในการวิจัย โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ภายใต้โครงการเลขที่ UPHO REC No.058/2567 วันที่รับรอง 26 กรกฎาคม 2567 ในกระบวนการสกัดและวิเคราะห์ข้อมูล ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัยในการศึกษาต้นฉบับ การนำเสนอผลการวิจัยทำในภาพรวม โดยไม่ระบุถึงบุคคลหรือสถาบันใดเป็นการเฉพาะ

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ได้ทำการสืบค้นและคัดเลือกบทความที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลจากฐานข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ PubMed, Cochrane Library, EMBASE, Web of Science และ Scopus โดยใช้คำสำคัญและ MeSH Terms ที่เกี่ยวข้อง เช่น "Rational Drug Use", "Appropriate Prescribing", "Drug Utilization", "Medication Adherence", "Antimicrobial Stewardship" และ "Health Policy Intervention" กระบวนการคัดเลือกบทความ ดังแสดงในแผนผังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผนผังการคัดเลือกบทความตามแนวทาง PRISMA

1. การประเมินสถานการณ์ปัจจุบันของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับโลก

การศึกษานี้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยทั้งหมด 147 เรื่อง ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี 2020-2024 ครอบคลุม 5 ภูมิภาคหลักทั่วโลก และประเทศที่มีระดับรายได้แตกต่างกัน โดยการแบ่งภูมิภาคอ้างอิงตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO Regions) และการจัดประเภทรายได้ของประเทศใช้เกณฑ์ของธนาคารโลก (World Bank Income Classification) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ประเทศรายได้สูง (รายได้ประชากรต่อหัวมากกว่า 12,695 ดอลลาร์สหรัฐ) ประเทศรายได้ปานกลาง (1,036-12,695 ดอลลาร์สหรัฐ) และประเทศรายได้ต่ำ (น้อยกว่า 1,036 ดอลลาร์สหรัฐ) ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับโลก แยกตามภูมิภาคและระดับรายได้ของประเทศ

ภูมิภาค	ระดับรายได้	จำนวนการศึกษา	อัตราการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ร้อยละ)	95% CI	I ² (ร้อยละ)	ระดับความแปรปรวน
เอเชีย	สูง	15	78.30	74.20-82.40	68.50	ปานกลาง
	ปานกลาง	22	65.70	60.10-71.30	75.20	สูง
	ต่ำ	8	52.40	45.90-58.90	70.80	สูง
ยุโรป	สูง	30	82.10	78.60-85.60	71.30	สูง
	ปานกลาง	12	71.50	66.80-76.20	69.70	ปานกลาง
อเมริกาเหนือ	สูง	25	80.90	77.30-84.50	72.60	สูง
อเมริกาใต้	ปานกลาง	10	68.30	62.70-73.90	73.10	สูง
	ต่ำ	5	56.80	49.50-64.10	68.90	ปานกลาง
แอฟริกา	ปานกลาง	7	59.20	52.80-65.60	71.50	สูง
	ต่ำ	13	48.60	42.30-54.90	74.80	สูง

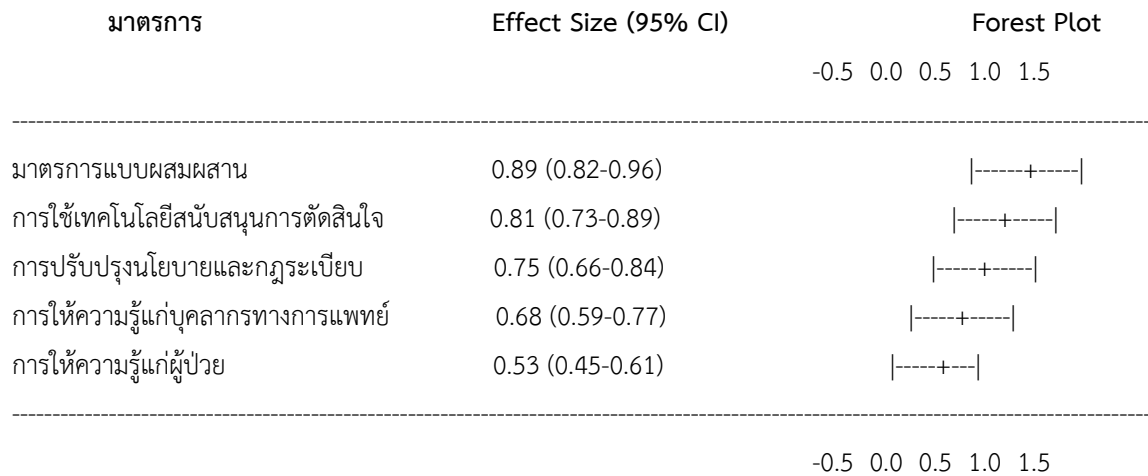
หมายเหตุ: ระดับความแปรปรวน: I² < 25% = ต่ำ, 25-75% = ปานกลาง, > 75% = สูง

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มความแตกต่างของอัตราการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระหว่างภูมิภาคและระดับรายได้ของประเทศ ประเทศที่มีรายได้สูงมีแนวโน้มที่จะมีอัตราการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสูงกว่าประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำอย่างชัดเจน โดยภูมิภาคยุโรปและอเมริกาเหนือมีอัตราการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสูงที่สุด (ร้อยละ 82.1 และ 80.9 ตามลำดับ) ในขณะที่แอฟริกามีอัตราต่ำที่สุด (ร้อยละ 48.6 ในประเทศรายได้ต่ำ) ในเอเชียพบความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่างประเทศที่มีระดับรายได้ต่างกัน โดยประเทศรายได้สูงมีอัตราการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ร้อยละ 78.3 ในขณะที่ประเทศรายได้ต่ำมีอัตราเพียงร้อยละ 52.4 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำในระบบสาธารณสุขภายในภูมิภาคเดียวกัน อเมริกาใต้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ โดยมีอัตราการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ร้อยละ 68.3 และ 56.8 ตามลำดับ

{10/20}

ซึ่งแม้จะต่ำกว่าประเทศรายได้สูงในภูมิภาคอื่น แต่ก็ยังสูงกว่าประเทศรายได้ต่ำในแอฟริกา ค่า I^2 ที่สูง ($> 60\%$) ในทุกกลุ่มบ่งชี้ถึงความไม่เป็นเอกพันธ์ (Heterogeneity) ที่สูงระหว่างการศึกษาภายในแต่ละกลุ่ม ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างในระบบสาธารณสุข นโยบาย และวิธีการวัดผลของแต่ละประเทศ

2. การวิเคราะห์ประสิทธิผลของมาตรการต่าง ๆ ที่ใช้ในการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล



ภาพที่ 3 Forest Plot แสดงประสิทธิผลของมาตรการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล

ตารางที่ 2 ประสิทธิภาพของมาตรการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล

ประเภทมาตรการ	จำนวน การศึกษา	Pooled Effect Size	95% CI	I^2 (ร้อยละ)	NNT	ระดับ ประสิทธิผล
การให้ความรู้แก่บุคลากร ทางการแพทย์	42	0.68	0.59-0.77	72.30	8	ปานกลาง
การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย	35	0.53	0.45-0.61	68.70	11	ปานกลาง
การใช้เทคโนโลยีสนับสนุน การตัดสินใจ	28	0.81	0.73-0.89	65.10	6	สูง
การปรับปรุงนโยบายและ กฎระเบียบ	22	0.75	0.66-0.84	70.90	7	สูง
มาตรการแบบผสมผสาน	20	0.89	0.82-0.96	74.50	5	สูง

หมายเหตุ: ระดับประสิทธิผล: Effect Size < 0.5 = ต่ำ, $0.5-0.8$ = ปานกลาง, > 0.8 = สูง

จากตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณของประสิทธิผลของมาตรการต่าง ๆ ที่ใช้ในการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล โดยมาตรการทุกประเภทแสดงผลเชิงบวกในการเพิ่มการใช้อย่างสมเหตุผล มาตรการแบบผสมผสาน มีประสิทธิผลสูงสุด (Pooled Effect Size = 0.89, 95% CI: 0.82-0.96) ซึ่งหมายถึง

การผสมผสานมาตรการหลายรูปแบบร่วมกันในโปรแกรมเดียว เช่น การรวมการให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ การปรับปรุงแนวทางการรักษา และการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการตัดสินใจไปพร้อมกัน ตัวอย่างเช่น โปรแกรมที่ประกอบด้วยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์ การปรับปรุงระบบบันทึกข้อมูลและระบบเตือน และการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งพบว่ามีประสิทธิผลสูงกว่าการใช้มาตรการเดียว ๆ อย่างมีนัยสำคัญ รองลงมาคือ การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการตัดสินใจ (0.81, 95% CI: 0.73-0.89) และการปรับปรุงนโยบาย และกฎระเบียบ (0.75, 95% CI: 0.66-0.84) ตามลำดับ การให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ (0.68, 95% CI: 0.59-0.77) มีประสิทธิผลสูงกว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (0.53, 95% CI: 0.45-0.61) อย่างชัดเจน ซึ่งอาจสะท้อนถึงสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ค่า Number Needed to Treat (NNT) แสดงให้เห็นว่ามาตรการแบบผสมผสานมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยต้องดำเนินการกับผู้รับบริการเพียง 5 รายเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้น 1 ราย ในขณะที่การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยต้องดำเนินการกับ 11 รายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์เดียวกัน อย่างไรก็ตาม พบความไม่เป็นเอกพันธ์ (Heterogeneity) ที่สูงในทุกประเภทมาตรการ ($I^2 > 60\%$) ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างในบริบท วิธีการดำเนินการ มาตรการ และระยะเวลาการติดตามผลของแต่ละการศึกษา การวิเคราะห์กลุ่มย่อย (Subgroup Analysis) และการวิเคราะห์ความไว (Sensitivity Analysis) อาจเป็นแนวทางที่ช่วยลดความไม่เป็นเอกพันธ์นี้ได้

3. การระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการดำเนินมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเมตาของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของมาตรการ

กลุ่มปัจจัย	ปัจจัย	Coefficient	95% CI	P-value	Explained variance (R^2)
ปัจจัยด้านการออกแบบการศึกษา	คุณภาพของการศึกษา (คะแนน 0-10)	0.05	0.03-0.07	<0.001	12.3%
	ระยะเวลาการติดตาม (เดือน)	0.01	0.01-0.02	<0.001	8.7%
ปัจจัยด้านการดำเนินมาตรการ	ความเข้มข้นของมาตรการ (คะแนน 1-5)	0.11	0.08-0.13	<0.001	18.6%
	การบูรณาการกับระบบสุขภาพที่มีอยู่	0.16	0.12-0.21	<0.001	14.5%
	การสนับสนุนจากผู้บริหาร	0.13	0.09-0.17	<0.001	11.2%
	การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	0.09	0.06-0.13	<0.001	7.9%

กลุ่มปัจจัย	ปัจจัย	Coefficient	95% CI	P-value	Explained variance (R ²)
ปัจจัยด้านบริบท	การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	0.10	0.06-0.14	<0.001	8.3%
	ความพร้อมของทรัพยากร	0.08	0.05-0.12	<0.001	6.8%
	ระดับรายได้ของประเทศ (เทียบกับรายได้ต่ำ)				15.2%
	- รายได้ปานกลาง	0.18	0.10-0.26	<0.001	
	- รายได้สูง	0.27	0.19-0.35	<0.001	
	ประเภทสถานพยาบาล (เทียบกับโรงพยาบาล)				5.8%
	- คลินิก	-0.08	-0.15 to -0.01	0.01	
	- สถานบริการปฐมภูมิ	-0.05	-0.12 to 0.01	0.13	

จากตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยเมตาเพื่อระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยได้จัดกลุ่มปัจจัยเป็น 3 ด้านหลัก คือ ปัจจัยด้านการออกแบบการศึกษา ปัจจัยด้านการดำเนินมาตรการ และปัจจัยด้านบริบท ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยหลายประการมีผลต่อประสิทธิผลของมาตรการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

ปัจจัยด้านการออกแบบการศึกษา 1) ระยะเวลาการติดตาม การติดตามที่ยาวนานขึ้นส่งผลให้ประสิทธิผลของมาตรการเพิ่มขึ้น (Coefficient = 0.015, p -value < 0.001) แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา ต้องใช้เวลาและความต่อเนื่อง และ 2) คุณภาพของการศึกษา การศึกษาที่มีคุณภาพสูงกว่ามีแนวโน้มที่จะรายงานประสิทธิผลที่สูงกว่า (Coefficient = 0.053, p -value < 0.001) ซึ่งอาจสะท้อนถึงความสำคัญของการออกแบบการวิจัยที่รัดกุม

ปัจจัยด้านการดำเนินมาตรการ 1) ความเข้มข้นของมาตรการ มาตรการที่มีความเข้มข้นสูงกว่ามีประสิทธิผลมากกว่า (Coefficient = 0.112, p -value < 0.001) ซึ่งให้เห็นว่าการลงทุนทรัพยากรและความพยายามที่มากขึ้นในการดำเนินมาตรการอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น 2) การบูรณาการกับระบบสุขภาพที่มีอยู่ มาตรการที่บูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพที่มีอยู่ได้มีประสิทธิผลสูงกว่า (Coefficient = 0.167, p -value < 0.001) สะท้อนถึงความสำคัญของการออกแบบมาตรการที่สอดคล้องกับบริบทและโครงสร้างที่มีอยู่ 3) การสนับสนุนจากผู้บริหาร การสนับสนุนที่เข้มแข็งจากผู้บริหารมีผลเชิงบวกต่อประสิทธิผลของมาตรการ (Coefficient = 0.135, p -value < 0.001) ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของภาวะผู้นำและการสนับสนุนเชิงนโยบาย 4) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การมีส่วนร่วมที่มากขึ้นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่งผลให้ประสิทธิผลของมาตรการเพิ่มขึ้น (Coefficient = 0.098, p -value < 0.001) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างการยอมรับและความร่วมมือ

จากทุกภาคส่วน 5) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง การมีระบบติดตามและประเมินผลที่ดีช่วยเพิ่มประสิทธิผลของมาตรการ (Coefficient = 0.104, p -value < 0.001) ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของการปรับปรุงมาตรการอย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากการติดตาม และ 6) ความพร้อมของทรัพยากร การมีทรัพยากรที่เพียงพอส่งผลเชิงบวกต่อประสิทธิผลของมาตรการ (Coefficient = 0.089, p -value < 0.001) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม

ปัจจัยด้านบริบท 1) ระดับรายได้ของประเทศ ประเทศที่มีรายได้สูงและปานกลางมีแนวโน้มที่จะมีประสิทธิผลของมาตรการสูงกว่าประเทศที่มีรายได้ต่ำ (Coefficient = 0.276 และ 0.183 ตามลำดับ, p -value < 0.001) สะท้อนถึงความสำคัญ of ทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุข และ 2) ประเภทสถานพยาบาล มาตรการที่ดำเนินการในคลินิกมีประสิทธิผลต่ำกว่าในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ (Coefficient = -0.087, p -value = 0.014) ในขณะที่ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างสถานบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาล

ค่า Explained Variance (R^2) แสดงให้เห็นว่า ความเข้มข้นของมาตรการ (18.6%) ระดับรายได้ของประเทศ (15.2%) และการบูรณาการกับระบบสุขภาพที่มีอยู่ (14.5%) เป็นปัจจัยที่อธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลได้มากที่สุด ตามด้วยคุณภาพของการศึกษา (12.3%) และการสนับสนุนจากผู้บริหาร (11.2%) การวิเคราะห์นี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยทั้งในระดับการออกแบบและดำเนินการ รวมถึงปัจจัยด้านบริบทของประเทศและสถานพยาบาล ล้วนมีผลต่อความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินการมาตรการที่มีความเข้มข้น การบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพที่มีอยู่ และการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ควรได้รับความสำคัญในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในอนาคต

การอภิปรายผล

การวิเคราะห์ห่อภิมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์ปัจจุบันของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับโลก วิเคราะห์ประสิทธิผลของมาตรการต่าง ๆ ที่ใช้ในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และระบุปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการดำเนินการมาตรการดังกล่าว ผลการวิจัยนำไปสู่ประเด็นสำคัญที่ควรอภิปราย ดังนี้

1. สถานการณ์ปัจจุบันของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับโลก

ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของอัตราการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระหว่างภูมิภาคและระดับรายได้ของประเทศ โดยประเทศที่มีรายได้สูงมีอัตราการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสูงกว่าประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำอย่างชัดเจน ความแตกต่างนี้อาจเป็นผลมาจากหลายปัจจัย

1.1 ระบบสาธารณสุขและทรัพยากร ประเทศที่มีรายได้สูงมักมีระบบสาธารณสุขที่พัฒนาแล้ว มีทรัพยากรเพียงพอในการจัดการด้านยา และมีระบบการควบคุมคุณภาพที่เข้มแข็ง ในทางตรงกันข้าม ประเทศที่มีรายได้ต่ำ

อาจเผชิญกับข้อจำกัดด้านทรัพยากร ทั้งในแง่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและงบประมาณในการจัดหาที่เหมาะสม (World Health Organization, 2021)

1.2 นโยบายและกฎระเบียบ ประเทศที่มีรายได้สูงมักมีนโยบายและกฎระเบียบที่เข้มงวดเกี่ยวกับการใช้ยา รวมถึงระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ในขณะที่ประเทศที่มีรายได้ต่ำอาจมีข้อจำกัดในการบังคับใช้นโยบายและการควบคุมการจำหน่ายยา (Holloway, Rosella, Livingstone, Angaran, Lung, & Spark, 2023)

1.3 การศึกษาและการฝึกอบรม ความแตกต่างในระบบการศึกษาและการฝึกอบรมของบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างประเทศที่มีรายได้ต่างกันอาจส่งผลต่อความรู้และทักษะในการสั่งจ่ายอย่างสมเหตุผล (Ofori-Asenso & Agyeman, 2020)

1.4 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาที่แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาคอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Fadare, Ogunleye, Enato, Godman, Gustafsson, & McColl, 2022)

ความแตกต่างที่พบนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางและมาตรการที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละประเทศและภูมิภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสาธารณสุข และการเสริมสร้างศักยภาพในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง

2. ประสิทธิภาพของมาตรการต่าง ๆ ที่ใช้ในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่ามาตรการทุกประเภทมีผลเชิงบวกในการเพิ่มการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมาตรการแบบผสมผสานมีประสิทธิภาพสูงสุด ตามด้วยการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการตัดสินใจ และการปรับปรุงนโยบายและกฎระเบียบ ประเด็นที่น่าสนใจมีดังนี้:

2.1 ประสิทธิภาพของมาตรการแบบผสมผสาน การที่มาตรการแบบผสมผสานมีประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและต้องการการแทรกแซงในหลายระดับ (Bero, Carson, Moller, & Hill, 2021) มาตรการแบบผสมผสานอาจช่วยจัดการกับอุปสรรคต่าง ๆ ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้ครอบคลุมมากกว่า ทั้งในระดับบุคคล องค์กร และระบบ

2.1.1 องค์ประกอบของมาตรการแบบผสมผสาน ผลการวิเคราะห์พบว่ามาตรการแบบผสมผสานที่มีประสิทธิภาพสูงประกอบด้วย การดำเนินการหลายด้านร่วมกัน ได้แก่ 1) การให้ความรู้และฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ 2) การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก 3) การสร้างแรงจูงใจในการสั่งจ่ายอย่างสมเหตุผล และ 4) การปรับปรุงระบบให้ข้อมูลย้อนกลับและการติดตามผล (Roque, Herdeiro, Soares, Teixeira Rodrigues, Breitenfeld, & Figueiras, 2021) การบูรณาการองค์ประกอบเหล่านี้ช่วยเสริมซึ่งกันและกัน เช่น การให้ความรู้จะมีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับระบบสนับสนุนการตัดสินใจและการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมการสั่งยา

2.1.2 นอกจากนี้ สาเหตุที่มาตรการแบบผสมผสานมีประสิทธิภาพสูงกว่ามาตรการเดี่ยว อาจเนื่องมาจากการจัดการกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาได้ในหลายมิติพร้อมกัน ตามแนวคิดของ Donabedian Model (Structure-Process-Outcome) มาตรการแบบผสมผสานสามารถจัดการทั้งโครงสร้าง (เช่น นโยบาย ทรัพยากร) กระบวนการ (เช่น การปฏิบัติงานของบุคลากร) และผลลัพธ์ (เช่น การติดตามและประเมินผล) ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ครอบคลุมและยั่งยืนมากกว่า (Sketris, Langille Ingram, & Lummis, 2022)

2.2 บทบาทของเทคโนโลยี ประสิทธิภาพที่สูงของการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการตัดสินใจสะท้อนถึงศักยภาพของเทคโนโลยีในการปรับปรุงการสั่งจ่าย ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกอาจช่วยลดความผิดพลาดในการสั่งยา ป้องกันปฏิกิริยาระหว่างยา และส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐาน (Monteiro, Gianini, Barros, Cesar, & Goldbaum, 2022) อย่างไรก็ตาม ควรคำนึงถึงความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานและการยอมรับของผู้ใช้งานในการนำเทคโนโลยีมาใช้

2.3 ความสำคัญของนโยบายและกฎระเบียบ ประสิทธิภาพที่สูงของการปรับปรุงนโยบายและกฎระเบียบแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้อย่างสมเหตุสมผล นโยบายที่มีประสิทธิภาพอาจรวมถึงการควบคุมการโฆษณา การส่งเสริมการใช้ยาสามัญ และการกำหนดแนวทางการสั่งจ่ายที่ชัดเจน (Holloway, Rosella, Livingstone, Angaran, Lung, & Spark, 2023)

2.4 การให้ความรู้ แม้ว่าการให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยจะมีประสิทธิภาพต่ำกว่ามาตรการอื่น ๆ แต่ยังคงมีความสำคัญในการสร้างความตระหนักและเปลี่ยนแปลงทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา การผสมผสานการให้ความรู้กับมาตรการอื่น ๆ อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพโดยรวมของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Roque, Herdeiro, Soares, Teixeira Rodrigues, Breitenfeld, & Figueiras, 2021)

2.5 ความเป็นไปได้ในการนำมาตรการแบบผสมผสานไปใช้ในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด แม้ว่ามาตรการแบบผสมผสานจะมีประสิทธิภาพสูงสุด แต่การนำไปใช้ในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัดอาจเผชิญความท้าทายหลายประการ อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่าสามารถปรับมาตรการให้เหมาะสมกับบริบทที่มีทรัพยากรจำกัดได้โดย 1) เริ่มจากองค์ประกอบที่มีต้นทุนต่ำแต่ผลกระทบสูง เช่น การปรับปรุงแนวทางการรักษาและการฝึกอบรมบุคลากรหลัก 2) ใช้เทคโนโลยีที่เรียบง่ายและยั่งยืน เช่น ระบบเตือนบนกระดานหรือแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือแทนระบบคอมพิวเตอร์ที่ซับซ้อน 3) ใช้ทรัพยากรในชุมชนและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมากขึ้น และ 4) บูรณาการกับโครงการสาธารณสุขที่มีอยู่แล้ว (Fadare, Ogunleye, Enato, Godman, Gustafsson, & McColl, 2022)

2.6 ตัวอย่างความสำเร็จในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด ผลการวิเคราะห์พบตัวอย่างความสำเร็จของการใช้มาตรการแบบผสมผสานในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง เช่น กรณีของประเทศในแอฟริกาและเอเชียใต้ที่ประสบความสำเร็จในการเพิ่มการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลผ่านการผสมผสานการฝึกอบรมบุคลากร การให้ความรู้

แก่ชุมชน และการสร้างระบบการจัดการยาในระดับท้องถิ่น ปัจจัยสำคัญ คือ การปรับมาตรการให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและทรัพยากรในท้องถิ่น รวมถึงการสร้างความเป็นเจ้าของและการมีส่วนร่วมของชุมชน (Sketris, Langille Ingram, & Lummis, 2022)

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการดำเนินการมาตรการ

ผลการวิเคราะห์การถดถอยเมตาได้ระบุปัจจัยสำคัญหลายประการที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ประเด็นที่น่าสนใจมีดังนี้

3.1 ความเข้มข้นและระยะเวลาของมาตรการ การที่ความเข้มข้นของมาตรการและระยะเวลาการติดตามมีผลเชิงบวกต่อประสิทธิผลสะท้อนให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาเป็นกระบวนการ ที่ต้องใช้เวลาและความพยายามอย่างต่อเนื่อง (Sketris, Langille Ingram, & Lummis, 2022) การออกแบบมาตรการควรคำนึงถึงการสนับสนุนระยะยาวและการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ

3.2 บริบทของประเทศและสถานพยาบาล ผลการวิเคราะห์ที่พบว่าระดับรายได้ของประเทศและประเภทของสถานพยาบาลมีผลต่อประสิทธิผลของมาตรการ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการปรับมาตรการ ให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะ (Fadare, Ogunleye, Enato, Godman, Gustafsson, & McColl, 2022) การพัฒนามาตรการควรคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่ โครงสร้างระบบสุขภาพ และความท้าทายเฉพาะของแต่ละประเภทสถานพยาบาล

3.3 การมีส่วนร่วมและการสนับสนุน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและการสนับสนุนจากผู้บริหารที่มีผลเชิงบวกต่อประสิทธิผลของมาตรการ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างการยอมรับและความร่วมมือในทุกกระดับ (Bero, Carson, Moller, & Hill, 2021) การพัฒนามาตรการควรใช้แนวทางแบบมีส่วนร่วมและสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกันในทุกภาคส่วน

3.4 การบูรณาการและความยั่งยืน ประสิทธิภาพที่สูงของมาตรการที่บูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพที่มีอยู่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการออกแบบมาตรการที่สอดคล้องกับโครงสร้างและกระบวนการทำงานที่มีอยู่ (Holloway, Rosella, Livingstone, Angaran, Lung, & Spark, 2023) การบูรณาการที่ดีจะช่วยเพิ่มความยั่งยืนของมาตรการและลดภาระในการดำเนินการ

3.5 การติดตามและปรับปรุง ผลเชิงบวกของการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องต่อประสิทธิผลของมาตรการ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเรียนรู้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Sketris, Langille Ingram, & Lummis, 2022) การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้สามารถปรับมาตรการให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้

4. ข้อจำกัดของงานวิจัย

การวิเคราะห์ห่อถักนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรคำนึงถึงเมื่อตีความผลการวิจัย ดังนี้

4.1 ความไม่เป็นเอกพันธ์ของข้อมูล การวิเคราะห์พบความไม่เป็นเอกพันธ์ (Heterogeneity) ที่สูงในหลายประเด็น ($I^2 > 60\%$) ซึ่งสะท้อนถึงความแตกต่างระหว่างการศึกษาที่รวบรวมมา ทั้งในด้านวิธีการวิจัย

บริบท และวิธีการวัดผล แม้ว่าจะใช้แบบจำลองผลกระทบแบบสุ่ม (Random-Effects Model) เพื่อคำนึงถึงความไม่เป็นเอกพันธ์นี้ แต่ผลการวิเคราะห์ควรตีความด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะเมื่อนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่

4.2 ข้อจำกัดด้านการรายงานผล การศึกษาที่นำมาวิเคราะห์มีความแตกต่างในการรายงานผลลัพธ์ ทำให้การเปรียบเทียบโดยตรงระหว่างมาตรการบางประเภทอาจมีข้อจำกัด นอกจากนี้ อาจมีอคติจากการตีพิมพ์ (Publication Bias) แม้ว่าจะมีความพยายามในการค้นหาข้อมูลจากแหล่งที่ไม่ได้ตีพิมพ์ด้วย

4.3 ขอบเขตเวลาที่จำกัด การวิเคราะห์นี้ครอบคลุมเฉพาะการศึกษาที่ตีพิมพ์ในช่วงปี 2020-2024 ซึ่งอาจไม่สะท้อนแนวโน้มและพัฒนาการในระยะยาวของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

4.4 ข้อจำกัดด้านการวัดผล การประเมินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกัน บางการศึกษาเน้นที่พฤติกรรมการสั่งยา ในขณะที่บางการศึกษาเน้นที่ผลลัพธ์ทางคลินิก ความแตกต่างนี้อาจส่งผลต่อการประมาณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ของมาตรการต่าง ๆ

4.5 ข้อจำกัดด้านภาษา แม้จะพยายามรวบรวมการศึกษาจากทั่วโลก แต่อาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการศึกษาที่ไม่ได้ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ซึ่งอาจส่งผลให้ขาดข้อมูลจากบางภูมิภาคหรือประเทศ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผลการวิเคราะห์ห่อหุ้มนี้นำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการ ในระดับนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข ควรจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติเฉพาะด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีตัวแทนจากทุกภาคส่วนเพื่อกำหนด ยุทธศาสตร์และจัดสรรงบประมาณอย่างน้อย 2% ของค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศสำหรับการดำเนินมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ในระดับสถานพยาบาล ควรพัฒนา โปรแกรมแบบผสมผสานที่ประกอบด้วยกรอบบุคลากรอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง การใช้ระบบเทคโนโลยีสนับสนุน การตัดสินใจในการสั่งยา และการกำหนดแนวปฏิบัติสำหรับการสั่งจ่ายากลุ่มเสี่ยงสูง นอกจากนี้ ควรพัฒนา แพลตฟอร์มแลกเปลี่ยนข้อมูลการสั่งใช้ยาระหว่างสถานพยาบาลในเครือข่ายเดียวกัน

2. การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งสำคัญ โดยควรมีตัวชี้วัดมาตรฐาน อย่างน้อย 5 ด้าน ได้แก่ ความเหมาะสมของข้อบ่งชี้ ความถูกต้องของขนาดยา ระยะเวลาการให้ยา ความปลอดภัย และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ พร้อมทั้งจัดทำระบบรายงานออนไลน์แบบ Real-Time ที่ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารสามารถเข้าถึงได้ การสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเป็นกุญแจสำคัญสู่ความสำเร็จ ดังนั้น ควรจัดตั้งเครือข่ายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับชุมชน และสถาบันการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ควรบูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรทุกระดับ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยในอนาคตควรมุ่งเน้นการพัฒนาโมเดลมาตรการแบบผสมผสานที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง โดยศึกษาองค์ประกอบที่เหมาะสม พัฒนาและทดสอบโมเดลต้นทุนต่ำที่สามารถขยายผลได้ พร้อมทั้งวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และผลตอบแทนทางสังคม การศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาเป็นประเด็นสำคัญที่ควรดำเนินการ โดยติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยในระยะเวลา 3-5 ปี เพื่อระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนและพัฒนากรอบการทำงานเพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของมาตรการ

นอกจากนี้ ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลต่อการดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก โดยศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการเพิ่มขึ้นของการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลกับการลดลงของการดื้อยา ประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม และพัฒนาระบบเฝ้าระวังแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงข้อมูลการใช้ยาและการดื้อยาต้านจุลชีพเพื่อการติดตามและประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Berben, S. A., et al. (2012). Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the accident & emergency department. *Injury*, 43(9), 1397-1402.
- Bero, L. A., Carson, S., Moller, H., & Hill, S. (2021). To give is better than to receive: Compliance with WHO guidelines for drug donations during 2000-2020. *Bulletin of the World Health Organization*, 99(3), 201-209.
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2021). *Introduction to meta-analysis* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Fadare, J. O., Ogunleye, O., Enato, E., Godman, B., Gustafsson, L. L., & McColl, G. (2022). Challenges and opportunities to improve rational use of medicines in Africa. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 978090. <https://doi.org/10.1002/puh2.9>
- Holloway, K. A., Rosella, L., Livingstone, C., Angaran, D., Lung, T., & Spark, R. (2023). Identifying the most effective essential medicines policies for improving use of medicines in low and middle-income countries: A systematic review. *PLoS One*, 18(1), e0279889.
- International Pharmaceutical Federation. (2023). *FIP global pharmaceutical policy report*. The Hague: FIP.

- Laxminarayan, R., Duse, A., Wattal, C., Zaidi, A. K., Wertheim, H. F., & Sumpradit, N. (2023). The Lancet Commissions: One health for all-a roadmap to preventing and mitigating the emergence and spread of antimicrobial-resistant infectious agents. *The Lancet*, 401(10384), 1397-1456.
- Maniadakis, N., Kourlaba, G., Shen, J., & Holtorf, A. (2023). Comprehensive review of pharmaceutical policy reforms and their impact on health systems. *Health Policy*, 127(2), 104-116.
- Ministry of Public Health. (2022). *National drug policy and rational use of medicines*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Monteiro, C. N., Gianini, R. J., Barros, M. B. D. A., Cesar, C. L. G., & Goldbaum, M. (2022). Access to medication in the public health system and equity: Populational health surveys in São Paulo, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19, e160231.
<https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010003>
- Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R., & Sarnak, D. (2018). *International profiles of health care systems*. New York: Commonwealth Fund.
- Ofori-Asenso, R., & Agyeman, A. A. (2020). Irrational use of medicines-A summary of key concepts. *Pharmacy*, 4(4), 35. <https://doi.org/10.3390/pharmacy4040035>
- Pirmohamed, M., James, S., Meakin, S., Green, C., Scott, A. K., & Walley, T. J. (2022). Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: Prospective analysis of 18,820 patients. *The BMJ*, 329(7456), 15-19. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7456.15>
- Roque, F., Herdeiro, M. T., Soares, S., Teixeira Rodrigues, A., Breitenfeld, L., & Figueiras, A. (2021). Educational interventions to improve prescription and dispensing of antibiotics: A systematic review. *BMC Public Health*, 14, 1276. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1276>
- Sketris, I. S., Langille Ingram, E., & Lummis, H. L. (2022). Strategic opportunities for effective optimal prescribing and medication management. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 16(1), e103-e125.
- World Bank. (2023). *World Bank Country and Lending Groups*. Washington, D.C.: World Bank.
- World Health Organization. (2021). *World Health Organization model list of essential medicines: 22nd list*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *WHO essential medicines and health products*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *WHO regions*. Geneva: World Health Organization.

การประยุกต์ใช้รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย The Implementation of a Community-Based Elderly Health Care Model through Network Participation

กมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง¹, ชลการ ทรงศรี^{2*}, ศรีไชย โพธิ์ศรี¹, เพชรา ทองเผ้า³, วริดา นิลราช¹, ภันธิรชา เฟื่องทอง³
Kamonthip Tanglakmankhong¹, Chonlakarn Songsri^{2*}, Srichai Posri¹, Petchara Thongphao³,
Warida Nilrach¹, Panthiracha Fuongtong³

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹,
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี^{2*}, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี³
Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health¹,
Faculty of Nursing, UdonThani Rajabhat University^{2*}, Faculty of Nursing, Ratchathani University, UdonThani Campus³

(Received: September 15, 2024; Revised: February 5, 2025; Accepted: June 4, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประยุกต์การใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน ผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุรวมจำนวน 176 คน และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่นำรูปแบบไปใช้ จำนวน 108 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ และแบบสอบถามปลายเปิดถึงโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม ออกกำลังกายเป็นประจำร้อยละ 50.85 เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 38.35 รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ 2) การอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุตามสถานการณ์ปัญหาของชุมชนที่พบ โดยคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การบริหารสมอง การป้องกันภาวะซึมเศร้า และจัดกิจกรรมสันทนาการ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และ 3) ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น และมีการจัดอบรมผู้สูงอายุให้มีความรู้ตามความต้องการตามสภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการทำกิจกรรม 4 กลุ่ม คือ กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มปลูกผักปลอดภัย กลุ่มปฏิบัติศาสนกิจ และกลุ่มจิตอาสา ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพโดยรวมดีขึ้น ภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวลดลง ผู้ที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องมีคะแนนในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83.33 เป็น 91.67 และภาวะซึมเศร้าลดลงจากร้อยละ 16.67 เป็น 12.04 ผลวิจัยนี้สามารถเป็นแนวทางส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยเน้นการมีส่วนร่วมและกิจกรรมที่ตอบสนองปัญหาเฉพาะได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ ชลการ ทรงศรี e-mail: noya2599@bcnu.ac.th

Abstract

This action research aimed to apply a community-based elderly healthcare model through participatory collaboration with local networks. The participants were purposively selected and divided into two groups: 1) the network group, consisting of 176 individuals including village health volunteers, community leaders, pre-elderly individuals, and elderly persons; and 2) a group of 108 elderly individuals who implemented the model. Research instruments included the community-based elderly healthcare model, an elderly health assessment form, and a semi-structured open-ended questionnaire. Qualitative data were analyzed through content analysis and categorization, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics.

The research found that the top three health problems among older adults were hypertension, diabetes, and osteoarthritis. Only 50.85% engaged in regular exercise, and just 38.35% participated in elderly club activities. The community-based elderly healthcare model, implemented through network collaboration, included three main components: 1) establishment of elderly clubs, 2) health education based on community-specific issues—organized by the club committee and covering topics such as cognitive stimulation, depression prevention, and monthly recreational activities, and 3) promotion of social engagement, home visits for dependent elderly, basic health screening, and tailored health education. Four additional activity groups were implemented: exercise, organic gardening, religious practices, and volunteer work. The outcomes showed improved overall health among the elderly, a reduction in complications of underlying diseases, an increase in the percentage of those with normal cognitive function from 83.33% to 91.67%, and a decrease in depression rates from 16.67% to 12.04%. These findings suggest that the model serves as an effective approach for promoting elderly health through participatory and targeted community-based activities.

Keywords: Elderly Care, Community Network Participation, Older adults

บทนำ

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ส่งผลให้ประชาชนมีอัตราการเสียชีวิตลดลง และมีอายุยืนยาวขึ้นในขณะที่อัตราการเกิดและการเจริญพันธุ์ลดลง จึงพบว่ามีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2020) การสูงวัยของประชากรเป็น

{2/17}

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ในรอบทศวรรษนี้ ในปี 2021 มีประชากรโลกรวมทั้งหมด 7,875 ล้านคน โดยมี “ผู้สูงอายุ” ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด โดยที่ประเทศสมาชิกอาเซียน 7 ประเทศ เป็นสังคมสูงอายุแล้วคือ มีอัตราผู้สูงอายุ เกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 22) ไทย (ร้อยละ 19) เวียดนาม (ร้อยละ 13) มาเลเซีย (ร้อยละ 11) อินโดนีเซีย (ร้อยละ 10) เมียนมา (ร้อยละ 10) และบรูไน (ร้อยละ 10) และจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2578 สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุที่ จำนวน 13 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 19 ของประชากรไทยทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 19 ล้านคน สิ่งที่น่ากังวล คือ ประชากรไทยในปัจจุบันมีอัตราเพิ่มติดลบ ซึ่งหมายความว่า อัตราเกิดน้อยกว่าอัตราตาย ทำให้ประชากรโดยรวมลดลง แต่ประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้นขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก เมื่อจำแนกประเภทผู้สูงอายุ พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (ช่วงอายุ 60-69 ปี) ประมาณร้อยละ 56.13 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (ช่วงอายุ 70-79 ปี) ร้อยละ 29.28 และเป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (ช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 14.59 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566).

จากสถิติของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ แม้ว่าประชากรไทยจะมีอายุยืนยาวขึ้น แต่กลับตามมาด้วยการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยาวนานขึ้น และโอกาสที่จะอยู่ในภาวะพึ่งพิง อันเนื่องมาจากการมีทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ ประเด็นด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ ซึ่งในด้านสุขภาพ จากผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2565 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ซึ่งเป็นปีที่ 3 ที่มีการระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทย ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง และมีปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม กล้ามเนื้อหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต เสียชีวิตเพิ่มขึ้น รวมทั้งยังมีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเนื่องจากการเว้นระยะห่างทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุไม่ค่อยได้ออกจากบ้านหรือไปทำงาน รวมทั้งบุตรหลานที่ทำงานอยู่ต่างจังหวัดไม่สามารถมาเยี่ยมได้บ่อย ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัวรวมถึงภาครัฐที่จะต้องใช้งบประมาณจำนวนมากเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องมีการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม

ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำด้วยดัชนีความยากจนหลายมิติ (Multidimensional Poverty Index (MPI)) ของประเทศไทย มิติความเป็นอยู่ และมิติความมั่นคงทางการเงิน พบว่า ผู้สูงอายุมีฐานะยากจนร้อยละ 18.10 สูงกว่าประชากรในช่วงวัยอื่น และมีจำนวนผู้สูงอายุที่ยากจนหลายมิติ คิดเป็นสัดส่วนมากถึงร้อยละ 36.90 ของคนจนหลายมิติทั้งหมดในประเทศ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงปัญหาความเปราะบางและความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทยที่รุนแรงกว่าประชากรวัยอื่น (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566)

ดังนั้น เพื่อรองรับสังคมสูงอายุและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน หรือชุมชนถือเป็นกลไกสำคัญที่มีบทบาทสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความใกล้ชิด เข้าใจสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ รวมถึงสามารถเข้าถึง และพัฒนา ผู้สูงอายุในชุมชนได้ดีที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า มีกระบวนการที่หลากหลายส่วนใหญ่ เน้นการรวมพลังและการทำงานร่วมกันของผู้สูงอายุ ชุมชน หน่วยงาน สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยมีลักษณะ สำคัญดังนี้ กระบวนการพัฒนารูปแบบให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการให้คำแนะนำ ค้นหาปัจจัยเสี่ยง และสร้าง ความอบอุ่นทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น (อารี พุ่มประวาทย์ และจรรยา เสี่ยงเสนาะ, 2560) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2560) ได้เสนอรูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เน้นการสนับสนุนชุมชนให้มีศักยภาพตามบริบทพื้นที่ รวมถึงมีการสร้างกลไก ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุ และองค์กรชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เทศบาล และชมรมต่าง ๆ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการพัฒนารูปแบบมัก ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาปัญหา การจัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างมีส่วนร่วม การวางแผน ร่วมกัน การคืนข้อมูลให้ชุมชน การประชุม การดำเนินการตามแผน และการประเมินผล (สังวาล จ่างโพธิ์, 2564) ในการวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยสนใจการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ตามกรอบ แนวคิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2560)

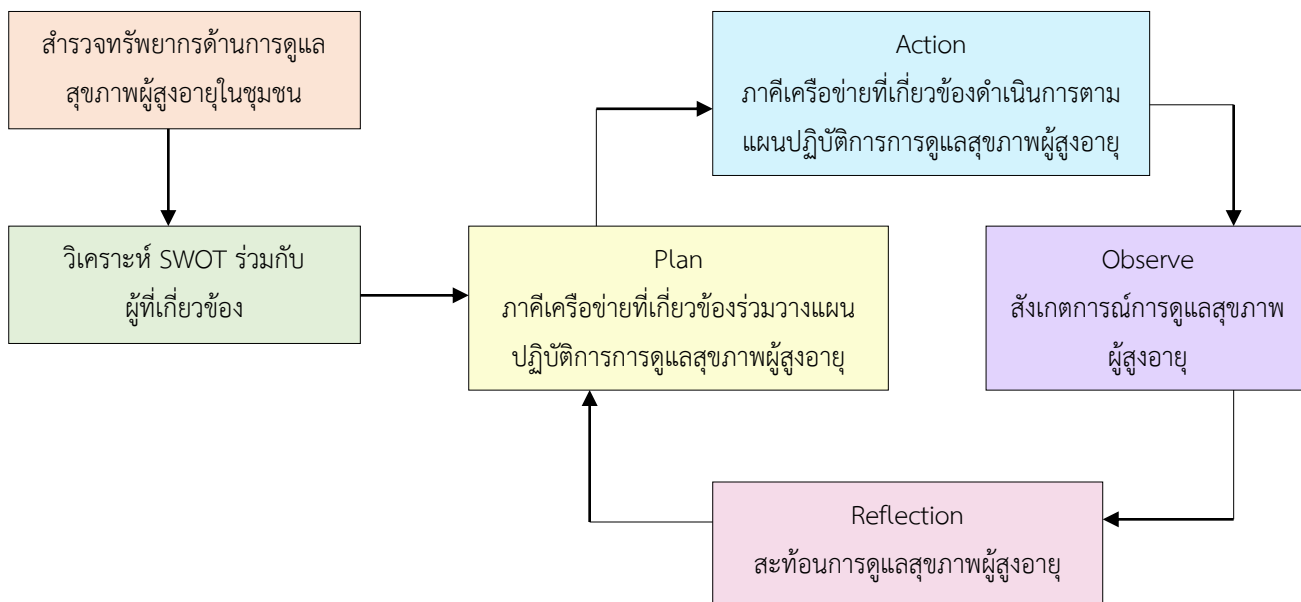
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ ตำบลโนนสูง อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อการประยุกต์ใช้รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่าย

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมศักยภาพและสุขภาวะของผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วนในชุมชน โดยส่งเสริมให้จัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาความรู้ แก่ผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย และมีการจัดกิจกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยคาดหวังให้ผู้สูงอายุมีความรู้และ ทักษะในการดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และระบบการส่งต่อดูแลสุขภาพ

มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562) คณะผู้วิจัยจึงใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตามแนวกรอบแนวคิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเน้นการสนับสนุนชุมชน ให้มีชมรมผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน หรือชุมชน มีศักยภาพและมีความเข้มแข็ง ผ่านกิจกรรมหลัก คือ การสำรวจและจัดทำข้อมูลสถานการณ์ การประชุมสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การอบรมให้ความรู้ และออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับความต้องการของบริบทพื้นที่ ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่ใช้ วิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) โดยใช้แบบแผนขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) เริ่มต้นด้วยการศึกษาสภาพการณ์ ด้วยวิธีการเชิงปริมาณ ต่อด้วยการเก็บข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ จากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาตีความและวิเคราะห์ร่วมกัน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ณ ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในในเขตรับผิดชอบตำบลโนนสูง 11 ชุมชน ได้แก่ 1) กลุ่มภาคีเครือข่ายประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน ผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่นำรูปแบบไปใช้ เพื่อศึกษาผลลัพธ์

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มภาคีเครือข่าย ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้ง 11 ชุมชน ในตำบลโนนสูง เป็นภาคีเครือข่ายชุมชนในหมู่บ้าน และสมัครใจเข้าร่วมโครงการสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้ได้จนครบกระบวนการ รวม 176 คน ประกอบด้วย

- 1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนละ 5 คน 11 ชุมชน รวม จำนวน 55 คน
- 1.2 แกนนำชุมชนที่เป็นสมาชิกสภาเทศบาลตำบลชุมชนละ 1 คน จำนวน 11 คน
- 1.3 ตัวแทนผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ (อายุ 55-60ปี) ชุมชนละ 5 คน รวม จำนวน 55 คน
- 1.4 ตัวแทนผู้สูงอายุชุมชนละ 5 คน รวม จำนวน 55 คน

2. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ถูกนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไปใช้ จำนวน 108 คน ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านติดเตียงในตำบลโนนสูง จำนวน 18 คน ผู้สูงอายุที่สนใจในประเด็นอาหารปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ผู้สูงอายุที่สนใจประเด็นการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน และ ผู้สูงอายุที่มีความสนใจประเด็นจิตอาสาการบำเพ็ญประโยชน์เพื่อสังคม จำนวน 30 คน ทั้งนี้ มีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตตำบลโนนสูง จังหวัดอุดรธานี และสมัครใจสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้ได้จนครบกระบวนการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนตามแนวกรอบแนวคิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2562) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยรูปแบบนี้ มุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งของกลุ่มผู้นำชุมชนหรือชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถวางแผน ออกแบบกิจกรรมสุขภาพ และติดตามผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพ สร้างความตระหนักรู้ในการดูแลตนเอง และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสม ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) คือ การอบรมให้ความรู้แก่คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ การสนับสนุนข้อมูลจากภาคีเครือข่าย 2) กระบวนการ (Process) คือ การประชุม การวางแผนกิจกรรม การดำเนินงานและติดตามผล โดยมีการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และ 3) ผลลัพธ์ (Output/Outcome) ผู้สูงอายุมีความรู้ มีความตระหนัก และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็ง สามารถดำเนินงานต่อเนื่องได้ โดยมี ตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ การเกิดชมรมที่สามารถออกแบบกิจกรรมเองได้ ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น และการมีระบบการติดตามประเมินผลที่เป็นรูปธรรม

2. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี ประยุกต์ใช้แบบประเมิน Geriatric Assessment (GA) ปีพ.ศ. 2564 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ, 2564) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ ด้านสุขภาพปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุด้านการเคลื่อนไหว (Timed Up and Go (TUG)) หากใช้เวลาทำแบบทดสอบ ≥ 12 วินาที ถือว่าเสี่ยงต่อการหกล้ม กิจกรรมประจำวัน (Barthel ADL) ประเมินความสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน เช่น ลุกจากที่นอน อาบน้ำ กินอาหาร ฯลฯ คะแนนที่ลดลงบ่งชี้ถึงการพึ่งพิงมากขึ้น ด้านความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CVD Risk Score) ประเมินโอกาสเสี่ยงเป็นร้อยละใน 10 ปีข้างหน้า $< 10\%$ = ต่ำ $10-19\%$ = ปานกลาง $20-29\%$ = สูง $\geq 30\%$ = สูงมาก การมองเห็น (Snellen Chart) หากมองเห็นต่ำกว่า 20/40 ถือว่ามีความผิดปกติ ภาวะกระดูกพรุน (OSTA Index) ค่า ≤ -1 ถือว่ามีความเสี่ยงสูง สุขภาพช่องปาก ประเมินจำนวนฟันใช้งาน การบดเคี้ยว อาการปากแห้ง และความต้องการทันตกรรม ประเมินภาวะรู้คิดบกพร่องด้วย MMSE-Thai 2002 พิจารณาตามระดับการศึกษา ดังนี้ ผู้มีการศึกษาไม่เกินระดับประถมศึกษาตอนต้น หากได้คะแนนต่ำกว่า 14 คะแนน จะถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ส่วนผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปลายถึงมัธยมต้น หากได้คะแนนต่ำกว่า 17 คะแนน และผู้ที่มีการศึกษาตั้งแต่มัธยมปลายขึ้นไป หากได้คะแนนต่ำกว่า 22 คะแนน ก็จะถือว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงเช่นเดียวกัน ส่วนแบบคัดกรอง Geriatric Depression Scale - 6 (GDS-6) 6 ข้อคำถาม คะแนน 1 บ่งชี้ภาวะซึมเศร้า คะแนน 0 หากตอบในทิศทางไม่บ่งชี้ หากได้ 2 คะแนนขึ้นไป แปลผล ว่าอาจมีภาวะซึมเศร้า

2.2 คำถามปลายเปิดเพื่อใช้ในการกำหนดกิจกรรมการประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการถอดบทเรียน ประกอบด้วยข้อคำถาม 1) สถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนโนนสูงเป็นปัจจุบันอย่างไร 2) รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโนนสูงควรเป็นอย่างไร 3) กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไร 4) การดูแลผู้สูงอายุควรมีผลลัพธ์ หรือการเปลี่ยนแปลงอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เนื่องจากรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นกรอบแนวคิดมาตรฐานของโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2562) และแบบประเมิน Geriatric Assessment (GA) ปีพ.ศ. 2564 (กรมการแพทย์, 2564) เป็นแบบประเมินกลางที่เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือใหม่ ส่วนแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม เป็นแบบคำถามปลายเปิด สร้างจากกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุ และจากการทบทวนวรรณกรรม และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence (IOC)) ระหว่าง 0.67-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) (Kemmis, McTaggart, & Nixon, 2014) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมก่อนการวิจัย มีการดำเนินการดังนี้

- 1.1 รวบรวมข้อมูลพื้นฐานชุมชน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลประชากร
- 1.2 ประสานพื้นที่และชุมชน ขอความร่วมมือ เพื่อแจ้งให้ทราบวัตถุประสงค์ รูปแบบ แผนงาน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน
- 1.3 จัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยเข้าพบเพื่อสร้างสัมพันธภาพอันดีและชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ แผนกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวม ในขั้นตอนนี้ทีมวิจัยได้รวบรวมข้อมูล ทหัตถ์โดยประสานข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสูง ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุในเวชระเบียนทั้งหมด 350 คน

2. ขั้นปฏิบัติการวิจัย

2.1 ขั้นการวางแผน (Planning) มีขั้นตอนในการศึกษา ดังนี้

2.1.1 ทีมวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมิน Geriatric Assessment (GA) ปี 2564 (กรมการแพทย์, 2564) ในผู้สูงอายุที่เป็นอาสาสมัครยินดีเข้าร่วมโครงการ จำนวน 108 คน

2.1.2 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพสถานการณ์สุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ปัญหาอุปสรรคในปัจจุบัน 1) สถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนโนนสูงเป็นปัจจุบันอย่างไร 2) รูปแบบดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโนนสูงควรเป็นอย่างไร 3) กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไร และ 4) การดูแลผู้สูงอายุควรมีผลลัพธ์หรือการเปลี่ยนแปลงอย่างไรจากกลุ่มภาคีเครือข่าย 176 คน โดยการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 90-120 นาที โดยประเด็นคำถามคือ โดยทีมวิจัยได้จัดกลุ่มในการสนทนากลุ่มดังนี้ 1) อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 กลุ่ม กลุ่มละ 11 คน 2) แกนนำชุมชนที่เป็นสมาชิกสภาเทศบาลตำบล 1 กลุ่ม จำนวน 11 คน 3) ตัวแทนผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ (อายุ 55-60ปี) 5 กลุ่ม กลุ่มละ 11 คน และ 4) ตัวแทนผู้สูงอายุ 5 กลุ่ม กลุ่มละ 11 คน

2.1.3 จัดเวทีคืนข้อมูลทั้งข้อมูลภาวะสุขภาพที่วิเคราะห์ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุและข้อมูลภาวะสุขภาพที่รวบรวมได้จากข้อมูลทหัตถ์ แก่กลุ่มภาคีเครือข่ายประกอบด้วย อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน ผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ รวมจำนวน 176 คน ใช้เวลา ในการจัดเวทีคืนข้อมูลและสะท้อนข้อมูล 1 วัน

2.1.4 กลุ่มภาคีเครือข่ายประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
แกนนำชุมชน ผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ รวมจำนวน 176 คน ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และร่วมกัน
กำหนดกิจกรรมการดูแลสุขภาพ

2.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

2.2.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ภาคีเครือข่าย 176 คน เพื่อวางแผนกำหนดกิจกรรม
รายละเอียดในแต่ละกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ โดยกำหนด
กลุ่มเป้าหมายจากผู้สูงอายุ 108 คน

2.2.2 ภาคีเครือข่ายมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ชุด
เพื่อติดตามและเป็นทีมสังเกตการณ์การดูแลผู้สูงอายุของแต่ละกลุ่มประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 คน
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน แกนนำชุมชนจำนวน 1 คน ผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ จำนวน 1 คน
ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน และกรรมการชมรมผู้สูงอายุจำนวน 1 คน ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน
2565

2.2.3 แบ่งผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็น 4 กลุ่มโดยสมัครใจโดยกลุ่มที่ 1
เป็นผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียงทั้งหมดในตำบลโนนสูง จำนวน 18 คน กลุ่มที่ 2 เป็น
ผู้สูงอายุที่สมัครใจและสนใจในประเด็นอาหารปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุจำนวน 30 คน กลุ่มที่ 3 เป็นผู้สูงอายุ
ที่สนใจประเด็นการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน และกลุ่มที่ 4 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มจิตอาสา จำนวน 30 คน
แต่ละกลุ่มมีการวางแผนจัดกิจกรรมของกลุ่มตนเองร่วมกับภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพ ยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง
จะมีกลุ่มจิตอาสาเข้าไปดำเนินการดูแลเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ

2.3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) การสังเกตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเก็บรวบรวม
หลักฐานการปฏิบัติตั้งแต่ก่อนดำเนินงาน ระหว่างดำเนินงาน และหลังการดำเนินงาน จากการประชุมกลุ่มย่อย
ทั้งนี้มีการนิเทศ ติดตาม โดยทีมภาคีเครือข่ายมีหน้าที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ทั้ง 4 กลุ่ม และในแต่ละเดือนคณะกรรมการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจะนำผลการดำเนินงาน
ปัญหาและอุปสรรคของแต่ละกลุ่มย่อยในแต่ละเดือนมาสรุปวางแผนและปรับปรุงการดำเนินงานให้บรรลุ
ตามผลลัพธ์มากยิ่งขึ้นในเดือนถัดไป ทั้งนี้มีการประชุมเพื่อการติดตามงานทุกเดือนในระหว่างการนำรูปแบบไปใช้
ในกลุ่มตัวอย่างตลอด 6 เดือน จากเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2565

2.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) จัดเวทีสรุปบทเรียนการดำเนินงาน ซึ่งเป็นขั้นตอนการ
ถอดบทเรียนการดำเนินงานผลลัพธ์รวมถึงการเปลี่ยนแปลง ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุทั้ง 108 คน และ
ถอดบทเรียนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจาก 4 กลุ่มร่วมกับคณะกรรมการทั้ง 4 ชุด ดำเนินการ
ในเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี (หมายเลขรับรอง IRB BCNU 300/02/2565) ในการดำเนินการวิจัย ทีมวิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเคารพ โดยให้ความสำคัญในความคิดเห็นและการตัดสินใจในการเข้าร่วมงานวิจัย ด้านสิทธิประโยชน์ ผู้สูงอายุจะได้รับการบริการที่มีคุณภาพ โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ และด้านความยุติธรรม โดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ทุกคนมีสิทธิที่จะพูดหรือแสดงความคิดเห็นได้อย่างเท่าเทียมกัน และกิจกรรมที่มีการบันทึกภาพ การบันทึกเสียง หรือจดบันทึก การสังเกตจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้เกี่ยวข้องทราบทุกครั้ง

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

1.1 ข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชนและภาวะสุขภาพ

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น พบว่าประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 16.95 ของประชากรทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่นร้อยละ 92.85 และยังมีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 65.71 เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ บางคนมีสุขภาพมากกว่า 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 34.29 ด้านปัญหาสุขภาพ โรคที่ผู้สูงอายุเป็น 3 อันดับแรก คือโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็น ร้อยละ 51.66 ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ โรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 33.33 โรคข้อเข่าเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 10.00 ทั้งนี้ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 50.86 มีการออกกำลังกายเป็นประจำ ในขณะที่มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 38.86 ที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์สาเหตุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุเดินทางลำบาก ไม่มีลูกหลานพามา และต้องดูแลหลานที่บ้านแทนพ่อแม่ที่ไปทำงาน ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถนั่งเป็นเวลานานได้ นอกจากนี้กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมส่วนหนึ่งไม่ได้อยู่ประจำในชุมชน ต้องเดินทางไปทำงานในตัวเมือง หรือยังมีงานประจำอยู่ไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นผู้สูงอายุในชุมชนและภาวะสุขภาพ

หัวข้อ	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนผู้สูงอายุ	
ประชากรทั้งหมดในเขตตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี	2,065
ประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป)	350 (16.95)
ประเภทของผู้สูงอายุ	
ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น (กลุ่มติดสังคม)	325 (92.85)
ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่นบ้างในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (กลุ่มติดบ้าน)	7 (2.00)
ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (กลุ่มติดเตียง)	18 (5.14)
สุขภาพของผู้สูงอายุ	
ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ	230 (65.71)
ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ (บางคนมีสุขภาพมากกว่า 1 โรค)	120 (34.29)
โรคความดันโลหิตสูง	62 (51.66)
โรคเบาหวาน	40 (33.33)
โรคข้ออักเสบ ข้อเสื่อม	12 (10.0)
โรคถุงลมโป่งพอง หลอดลมปิดอุดกั้นเรื้อรัง	2 (1.67)
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย	6 (5.0)
ผู้สูงอายุออกกำลังกายเป็นประจำ	178 (50.86)
ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ	136 (38.86)
ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในการหกล้ม เช่น หกล้มจากทำยีน/ตกจากเตียง เก้าอี้หรือ ตกจากที่สูง	40 (11.43)

1.2 ข้อค้นพบข้อมูลเชิงคุณภาพประเด็นปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อนไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติได้ บางคนขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุบางคนต้องเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงด้วย และบางคนมีการเลี้ยงดูหลานที่อยู่ในวัยเด็กและ/หรือวัยรุ่น เนื่องจากพ่อแม่ต้องไปประกอบอาชีพต่างถิ่น ผู้สูงอายุเหล่านี้บางส่วนพร่องความรู้และ/หรือความตระหนักในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้มีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีปัญหาขาดผู้ดูแลตลอดระยะเวลา เนื่องจากเป็นครอบครัวเดี่ยว ขาดการสนับสนุนทางสังคม หรือไม่มีวัฒนธรรมเครือญาติในการช่วยเหลือดูแล บางรายพบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนจากสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องที่ทำได้ลำบาก เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเสาหลักของครอบครัวในการหารายได้ ทำให้มีภาระค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ครอบครัวและผู้ดูแลบางส่วนยังพร่องความรู้ความเข้าใจในการดูแลหรือการส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ

1.3 ข้อค้นพบด้านแหล่งประโยชน์ทางด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสูง ซึ่งมีสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุเป็นอย่างดี มีบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

อย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นแบบแผนที่ชัดเจน ที่ผ่านมามีชมรมผู้สูงอายุ แต่ไม่ได้มีบทบาทชัดเจน ขาดการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาร่วมกัน และชุมชนไม่มีการวางแผนงานโครงการร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2. รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

จากข้อมูลสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุข้างต้น คณะผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ได้ตกลงร่วมกันในการนำร่อง ในพื้นที่ชุมชนเสมาก่อน เนื่องจากเป็นชุมชนใหญ่ ใกล้ตลาด และใกล้ รพ.สต.โนนสูง โดยร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการตามโครงการที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการจัดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและคณะทำงานโดยประชุมคณะทำงานและชมรมผู้สูงอายุ เดือนละ 1 ครั้ง โดยมีวัตถุประสงค์ในการประชุมดังนี้

- 1) เพื่อปรับเปลี่ยนและออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุ
- 2) เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินกิจกรรม รวมถึงการร่วมกันให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหาอุปสรรคและการปรับปรุงแผนการดำเนินงาน

กิจกรรมที่ 2 การอบรมพัฒนาศักยภาพให้ความรู้แก่คณะทำงานทุกชุดและชมรมผู้สูงอายุ การอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง พิจารณาให้ความรู้ตามสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชน ประกอบด้วย 1) การบริหารสมอง และป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยมีการนัดหมายและจัดกิจกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง กิจกรรมสันทนาการ เช่น ดนตรี เป็นต้น 2) การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างปลอดภัยและป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ 3) การปลูกผักและการทำเกษตรอินทรีย์ การจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ อาหารเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

กิจกรรมที่ 3 ทิมนุเคราะห์สุขภาพทั้ง 4 กลุ่ม ได้ดำเนินกิจกรรมย่อยสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเป้าหมายดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุกลุ่มการออกกำลังกาย จำนวน 30 คน มีการส่งเสริมให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายให้แก่ผู้สูงอายุที่เหมาะสม เช่นการรำไม้พลอง การใช้ผ้าขาวม้ามัดตราและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เพื่อให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายร่วมกันอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายที่บ้านเพิ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที
- 2) ผู้สูงอายุกลุ่มบำเพ็ญประโยชน์จิตอาสา จำนวน 30 คน มีการรวมกลุ่มเพื่อการประกอบศาสนกิจตามหลักศาสนา เช่น เข้าวัดฟังธรรมเดือนละ 4 ครั้ง (วันพระ) ส่งเสริมการสวดมนต์ นั่งสมาธิและวิปัสสนาที่บ้านทุกวัน

นอกจากนี้กลุ่มนี้ยังมีกิจกรรมเพื่อสังคมเพื่อยกย่องเชิดชูผู้สูงอายุ เช่น การบำเพ็ญประโยชน์ กิจกรรมจิตอาสา ทำความสะอาดชุมชนเพื่อทำประโยชน์ให้แก่ชุมชน การถ่ายทอดภูมิปัญญาจากผู้สูงอายุให้แก่เด็กเยาวชน โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมทั้งกิจกรรมเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้ป่วยติดเตียง

3) ผู้สูงอายุกลุ่มอาหารปลอดภัย จำนวน 30 คน รวมกลุ่มกันประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ รพ.สต. ทุกสัปดาห์ในวันคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูง ส่งเสริมให้ทุกครัวเรือนมีการปลูกผัก ปลอดภัยสำหรับใช้ประกอบอาหารในครัวเรือน

4) กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงจำนวน 18 คน ได้รับการเยี่ยมบ้านจากคณะทำงานและชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน ให้การช่วยเหลือตามสภาพการณ์ของผู้สูงอายุ เช่นการทำแผลกดทับ การสอนญาติ พลิกตะแคงตัว การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การวัดระดับน้ำตาล การวัดระดับความดันโลหิต การวัดดัชนีมวลกาย การให้ความรู้อาหารเฉพาะโรค และการดูแลสิ่งแวดล้อมของครัวเรือน การบริหารสมอง การดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ในลักษณะ “เพื่อนช่วยเพื่อน” การให้กำลังใจ การสนับสนุนอุปกรณ์ การแพทย์ที่จำเป็นเช่น แพนเพิร์ส สำลี ถูมือ และการกำจัดขยะติดเชื้อ

3. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วม

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทำให้เกิด แก่นนำชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคณะกรรมการที่มีความสามารถออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ในชุมชน จากการนำข้อมูลคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ มาออกแบบกิจกรรม จัดประชุมติดตามงานทุกเดือน และจัดเวทีสรุปทบทวนการดำเนินงาน และมีการสรุปผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ดังนี้

3.1 ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเจาะจงในการเข้าร่วมโครงการ จำนวน 108 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 70.37) อายุ 70-74 ปี (ร้อยละ 33.33) การศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75.92) มีสิทธิการรักษาพยาบาลใช้สิทธิผู้สูงอายุ (ร้อยละ 73.15) ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างด้านร่างกาย โดยส่วนใหญ่มีการมองเห็นในระยะ 3 เมตร (ร้อยละ 83.33) การบดเคี้ยวฟัน 20 ซี่ขึ้นไป และมี 4 คู่สบ (ร้อยละ 51.85) ไม่มีประวัติการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ (ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) (ร้อยละ 71.30) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปี (ร้อยละ 68.52) มีผู้สูงอายุมีอาการปวดข้อเข่า (ร้อยละ 52.78) และ เมื่อประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (TUGT) พบว่า โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุสามารถใช้เวลาในการเดินน้อยกว่า 30 วินาที (ร้อยละ 73.15) ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 52.78)

3.2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์สุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการดำเนินงาน และหลังการดำเนินงาน พบว่า ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 79.63) ส่วนระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติหลังการดำเนินงานเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการดำเนินงาน จากร้อยละ 68.52 เป็นร้อยละ 71.30 และการผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังการดำเนินงานลดลงกว่าก่อน

การดำเนินงาน ร้อยละ 76.85 เป็น ร้อยละ 72.22 นอกจากนั้นพบผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องมีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83.33 เป็น ร้อยละ 91.67 และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าลดลงจากเดิม ร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 12.04

3.3 ผลการถอดบทเรียน รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเสมอ เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมและพัฒนาชุมชนที่ผ่านมา พบว่าชุมชนยังมีส่วนร่วมในการดำเนินการตั้งแต่กระบวนการคิดริเริ่มโครงการน้อย โดยส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือมากกว่าการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานอย่างแท้จริง เมื่อคณะผู้วิจัยได้นำเอาแนวกรอบแนวคิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเน้นการสนับสนุนชุมชนให้มีศักยภาพ พบว่าชมรมผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจกรรมตั้งแต่กระบวนการคิดริเริ่ม ดำเนินกิจกรรม ประเมินกิจกรรม และปรับปรุงกิจกรรม ได้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ตามสภาพการณ์จริงและสอดคล้องตามความต้องการของชุมชน

3.4 การเปลี่ยนแปลง ชุมชนมีชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง และสามารถออกแบบดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้ภายใต้บริบทของชุมชนและยังพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพโดยการดำเนินงานของชุมชนและภาคีเครือข่าย ผู้สูงอายุมีความตระหนักถึงผลของการดูแลสุขภาพและมีการดูแลตนเองมากขึ้นโดยมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายที่บ้านหรือรวมกลุ่มออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีการปลูกผักกินเองที่บ้าน ผู้สูงอายุใส่ใจสุขภาพของตนเองและร่วมใช้เวลาร่วมกับผู้อื่นมากขึ้น ในส่วนผู้สูงอายุที่ติดเตียงนั้นก็ได้รับการดูแลจากแกนนำและชมรมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีกำลังใจจากการเยี่ยมและได้รับความช่วยเหลือตามความจำเป็น และที่สำคัญส่งผลให้ชุมชนและครอบครัวเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ โดยครอบครัวชุมชนเข้ามาพบทาบทามและมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น

การอภิปรายผล

การประยุกต์รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายกำหนดขึ้นภายใต้บริบทและสถานการณ์และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นการดูแลแบบองค์รวมในมิติด้านร่างกายจิตใจสังคมและสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับการสร้างระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)) ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน ผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อร่วมมือกันดูแลผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ ทางสุขภาพกาย มิติทางสังคมและจิตใจ สิ่งแวดล้อม รวมถึงการวางแผนการดูแลและช่วยให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ (Stuck, Siu, Wieland, Adams, & Rubenstein, 1993) อันจะนำไปสู่ความยั่งยืน จุดเด่นการนำแนวคิดโครงการ สสส. มาเป็นใช้ ทำให้เกิดการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบมีการบูรณาการทรัพยากรทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และบูรณาการองค์ความรู้ ทำให้การดำเนินงาน มีประสิทธิภาพมากขึ้น และกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายยังช่วยสร้างความตระหนักถึง

ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและนำไปสู่การยอมรับและสนับสนุนจากสมาชิกในชุมชน รวมทั้งการดำเนินงานผ่านชมรมผู้สูงอายุเป็นการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว ซึ่งการดำเนินโครงการนี้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของ สสส. ที่มุ่งเน้นการใช้ยุทธศาสตร์ไตรพลัง ได้แก่พลังปัญญา พลังสังคม และพลังนโยบาย เพื่อขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพในสังคมไทย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) สอดคล้องกับการวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่พบว่ากระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมนั้นส่งผลให้แกนนำมีส่วนร่วมในกิจกรรมผู้สูงอายุในชุมชนมากขึ้นนับเป็นการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน (ณภัช สัจจนกุล และคณะ, 2565; Greenfield, 2016)

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในลักษณะนี้อาจมีความท้าทาย เช่น การประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย เนื่องจากแต่ละภาคส่วนอาจมีเป้าหมาย วิธีการทำงาน และวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่างกัน การสร้างกลไกการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ การจัดตั้งคณะกรรมการร่วมหรือการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร จะช่วยให้การทำงานร่วมกันเป็นไปอย่างราบรื่นมากขึ้น (สุรีย์ บุญญานุพงศ์ และคณะ, 2562) การจัดการความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นจากความแตกต่างในความคิดเห็น วิธีการทำงาน หรือการจัดสรรทรัพยากร การมีกระบวนการจัดการความขัดแย้งที่ชัดเจน เช่น การเจรจาไกล่เกลี่ย หรือการใช้เทคนิคการแก้ปัญหาร่วมกันจะช่วยลดผลกระทบของความขัดแย้งและรักษาความสัมพันธ์ระหว่างภาคีเครือข่าย และรักษาความต่อเนื่องของการมีส่วนร่วมในระยะยาว (ศิริพร จิรวรรณกุล และคณะ, 2563) และการศึกษาที่ยังสอดคล้องกับ สุวิมลรัตน์ รอดรู้เจน (2560) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพบว่าดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีการออกแบบกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทจะส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างแท้จริง อธิบายได้ถึงเดิมชุมชนมีทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่ดีงามเพียง แต่ขาดกลไกที่จะช่วยเชื่อมโยงเกิดความยั่งยืนงานวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบเพื่อให้เกิดกลไกดังกล่าว

นอกจากนี้การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจากการประยุกต์ใช้รูปแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายพบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น โดยจากปัญหาประชาชนและผู้สูงอายุจำเป็นต้องอยู่บ้านเป็นเวลานานในช่วงสถานการณ์โควิด-19 เพื่อป้องกันการระบาด ของโรคโควิด-19 และจากการที่บุตรหลานไม่สามารถมาเยี่ยมได้ ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ชมรมผู้สูงอายุจึงได้จัดให้มีการอบรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า และการจัดกิจกรรม 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มปลูกผักปลอดภัย กลุ่มปฏิบัติศาสนกิจ และกลุ่มจิตอาสา เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายตามความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ได้ให้ผู้สูงอายุเลือกที่จะเข้าร่วมกลุ่มต่าง ๆ ตามความสมัครใจของตนเอง ผลการศึกษาพบว่าจำนวนความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้ามลดลง สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผลกระทบระยะยาวจากโควิด-19 (Long COVID) เสี่ยงต่อความจำเสื่อม สมาธิ นอนไม่หลับ และซึมเศร้า เช่นเดียวกับงานวิจัยจากประเทศเกาหลีใต้ที่พบผู้ป่วยที่ประสบปัญหา Long COVID มักมีอาการผิดปกติที่พบบ่อย คือด้านความคิดวิเคราะห์ ความจำ ซึมเศร้า วิตกกังวล และสมาธิ (Kim, Bae, Chang, & Kim, 2023)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

กรอบแนวคิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเน้นการสนับสนุนชุมชนให้มีศักยภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในแต่ละพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ทำให้ชุมชนได้เกิดการเรียนรู้ในการค้นหาปัญหาจากชุมชน และสามารถนำมาวางแผนงานทั้งในแผนงานโครงการระยะสั้นและแผนระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการวิจัยพบว่า การประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพภายใต้บริบทของชุมชนส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมดีขึ้นแต่อย่างไรก็ตามควรมีการวางแผนการทำวิจัยในระยะยาวเพื่อติดตามความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตามกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และควรมีการวิจัยการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ไปปรับใช้และศึกษาหาแนวทางในการพัฒนาในกลุ่มวัยอื่น

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2564). *คู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2565 จาก https://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/02/book-2564-02_2.pdf.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: บริษัท อัมรินทร์คอร์ปอเรชันส์ จำกัด มหาชน.
- ณปภัช สัจจนกุล และคณะ. (2565). *เอกสารสรุปการวิจัย (Research Brief) เรื่องการสูงวัยในถิ่นที่อยู่ข้อเสนอตัวแบบนโยบายจากบทเรียนต่างประเทศ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ. (2563). การจัดการความขัดแย้งในการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13(2), 39-50.
- สังวาล จ่างโพธิ์.(2564). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 7(2), 165-183.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). *โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน*. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2565 จาก <https://www.thaihealth.or.th>.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). *รายงานวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจน และความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2565*. กรุงเทพฯ: กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม.
- สุรีย์ บุญญานุพงศ์ และคณะ. (2562). การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 13(3), 278-291.
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 57-69.
- อารี พุ่มประไทย์ และจรรยา เสี่ยงเสนาะ. (2560). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(3), 160-175.
- Greenfield, E. A. (2016). Support from Neighbors and aging in place: Can NORC programs make a difference?. *The Gerontologist*, 56(4), 651-659. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu162>
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). *The action research planner: Doing critical participatory action research*. Singapore: Springer.
- Kim, Y., Bae, S., Chang, H. H., & Kim, S. W. (2023). Long COVID prevalence and impact on quality of life 2 years after acute COVID-19. *Scientific Reports*, 13(1), 11207. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-36995-4>
- Stuck, A. E., Siu, A. L., Wieland, G. D., Adams, J., & Rubenstein, L. Z. (1993). Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. *Lancet (London, England)*, 342(8878), 1032-1036. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)92884-v](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)92884-v)
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2020). *World Population Ageing 2019*. New York: the United Nations.

ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อเจตคติ ความรู้
และทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ชุมชนโพนบก จังหวัดอุดรธานี

The Effects of a Basic Life Support Training Program on Attitudes, Knowledge,
and Practical Skills in Basic Life Support among Village Health Volunteers in
Phon Bok Community, Udon Thani Province

ปิตินุช ราชภักดี^{1*}, กนกพร ศรีไม้¹, ศศิวิมล เกษมสุข¹, ศุภาวรรณ ศรีกุล¹, พุฒิพงศ์ สุวรรณศรี¹,
เกศสุตา คานเพชรทา¹, อรอนงค์ สุ่มังคะ¹, กุลธิดา ดวงดุษัน¹

Pitinut Ratchapakdee^{1*}, Kanokphorn Srimai¹, Sasiwimol Kasemsuk¹, Suphawan Srikul¹, Puttiphong Suwansri¹,
Kedsuda Kanphettha¹, Onanong Sumangka¹, Kunthida Duangdusan¹

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี¹

Faculty of Nursing, Ratchathani University Udonthani Campus¹

(Received: January 5, 2025; Revised: March 16, 2025; Accepted: June 12, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อเจตคติ ความรู้ และทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนโพนบก จังหวัดอุดรธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (RTU CPR for Life) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินเจตคติ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลของโปรแกรมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Dependent t-test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยมีความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมโดยใช้โปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.74, S.D. = 0.44) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านผู้เรียนมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด (Mean = 4.83, S.D. = 0.39) รองลงมาเป็นด้านอุปกรณ์/สิ่งแวดล้อม (Mean = 4.77, S.D. = 0.42) ด้านผู้สอน (Mean = 4.73, S.D. = 0.45) และด้านสื่อโปรแกรม (Mean = 4.59, S.D. = 0.51) ตามลำดับ จากผลการวิจัยเห็นควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เพื่อเผยแพร่ความรู้และมีทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกว้างขวางมากขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมฝึกอบรม, การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*ผู้ให้การติดต่อ ปิตินุช ราชภักดี e-mail: pitinut@rtu.ac.th

Abstract

This quasi-experimental research with a one-group pretest-posttest design aimed to study the effects of a basic life support training program on attitudes, knowledge, and basic life support practice skills of village health volunteers in Phon Bok, Udon Thani Province. A purposive sampling method was used to select 20 participants. The research tool used was the basic life support training program (RTU CPR for Life). The data collection tools included a general information questionnaire, an attitude assessment form, a knowledge test, a basic life support skills assessment form, and a satisfaction evaluation form for the basic life support program. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and the effects of the program before and after implementation were compared using the dependent t-test.

The results of the study showed that after participating in the program, the participants had significantly higher mean scores in knowledge, attitude and basic life support skills compared to before the training, with statistical significance ($p\text{-value} < 0.05$). Satisfaction with the basic life support training program was at the highest level (Mean = 4.74, S.D. = 0.44). When considering each aspect, the highest satisfaction score was in the learner aspect (Mean = 4.83, S.D. = 0.39), followed by equipment/environment (Mean = 4.77, S.D. = 0.42), instructors (Mean = 4.73, S.D. = 0.45), and program media (Mean = 4.59, S.D. = 0.51), respectively. Based on the findings, it is recommended that this program be used to train community health volunteers to further disseminate knowledge and enhance basic life support skills more broadly.

Keywords: Training Program, Basic Life Support, Village Health Volunteers

บทนำ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน (Sudden Cardiac Arrest (SCA)) เป็นปัญหาทางการแพทย์ที่สำคัญ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลที่พบได้บ่อย ภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน นอกโรงพยาบาล (Out of Hospital Cardiac Arrest (OHCA)) ทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก เนื่องจากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างทันท่วงที (American Heart Association, 2018) และในประเทศไทย จากสถิติสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ป่วยฉุกเฉินที่หัวใจหยุดเต้นภายนอก โรงพยาบาล จำนวน 5,648 ราย (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565) ภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน มาจากสาเหตุต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวจากสิ่งอุดตันทางเดินหายใจ ลิ้มเลือดอุดตันเส้นเลือดที่ปอด

โรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว การได้รับยาหรือสารพิษเกินขนาด ไฟฟ้าไฟฟ้าช็อต การจมน้ำ การสำลักควันเกินขนาด รวมถึงอุบัติเหตุต่าง ๆ (เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง และชัชคณะ แพรวา, 2560) ซึ่งเมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน สมองจะขาดเลือดมาเลี้ยงและหยุดทำงานทันที และหากได้รับการช่วยเหลือหลังจากหัวใจหยุดเต้น ช้าเกินกว่า 4 นาที ส่งผลให้เนื้อสมองตายทำให้เสียชีวิตได้ (บัวบาน ปักการะโต, สหัตถญา สุขจันทร์, อนุชิต ลีอินทร์, วิศรุต ศรีสว่าง และผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, 2564) ซึ่งโอกาสการรอดชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับ การประเมินเบื้องต้นและช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานโดยผู้เห็นเหตุการณ์ในระยะเริ่มต้น รวมถึงการช่วยเหลือจากการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทันท่วงที (Chocron, et al, 2021; Jarrah, Judeh & AbuRuz, 2018) สามารถลด อัตราการเสียชีวิตการบาดเจ็บ ความพิการ และภาวะแทรกซ้อนได้ (เนตรนภา สาสังข์, ทศพร ชูศักดิ์ และ อารีย์ เสนีย์, 2563)

ทั้งนี้เมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันนอกโรงพยาบาล การรับรู้ภาวะหัวใจหยุดเต้นเร็วและการเริ่มช่วยฟื้นคืนชีพรวดเร็วเป็นสิ่งสำคัญและเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีสัมพันธ์กับการรอดชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากการกดหน้าอก ส่งผลให้เกิดการไหลเวียนของเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจและสมอง หากมีความรู้ในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน และสามารถช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีและถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นและกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติอีกครั้ง (โรชินี อุปรา, ชยธิดา นนท์เมธาวีวัฒน์, ปวีณา ยศสุรินทร์ และชลกนก นาควัตกุล, 2565) อีกทั้งช่วยลดอัตราการเสียชีวิตด้วย ผู้เห็นเหตุการณ์ที่เข้ามาช่วยเหลือเป็นคนแรกจึงควรมีความรู้และทักษะที่ถูกต้องเกี่ยวกับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในการช่วยชีวิตในกรณีฉุกเฉินต่าง ๆ ในชุมชน มีการศึกษาที่พบว่า เมื่อบุคคลแรกที่เห็นเหตุการณ์กดหน้าอกและใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (AED) โอกาสรอดชีวิตจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า (Jarrah, Judeh & AbuRuz, 2018) และอัตราการรอดชีวิตสัมพันธ์กับเวลาล่าช้าในการช่วยเหลือ ในการช็อกไฟฟ้าครั้งแรกการรอดชีวิต คือ ร้อยละ 50 เมื่อทำการช็อกไฟฟ้าทันทีและลดลงเรื่อย ๆ เป็นร้อยละ 0 สำหรับผู้ที่มีเวลาล่าช้า 20 นาที อัตราการรอดชีวิตหลังจากทำการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยผู้พบเห็นเหตุการณ์อัตราสูงกว่า 2.6 เท่าของผู้ที่ไม่ได้รับการช่วยจนกว่าโรงพยาบาลจะมาถึง (Holmberg et al., 2019) และมีการศึกษาที่พบว่า มีผู้ที่เคยประสบกับสถานการณ์ที่ต้องช่วยชีวิตด้วยการกดหัวใจ แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ทำได้ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้ ขาดทักษะและความมั่นใจ (Jarrah, Judeh, & AbuRuz, 2018) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พบในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น คือ ผู้พบเห็นเหตุการณ์มีความรู้หรือการฝึกอบรมที่ไม่เพียงพอ ขาดทักษะ หรือความมั่นใจ การเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักของประชาชนเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จึงถือเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้สามารถดำเนินการช่วยชีวิตที่จำเป็นได้ในกรณีฉุกเฉิน เกิดผลลัพธ์ที่ดีภายหลัง (Jarrah, Judeh, & AbuRuz, 2018)

ในปี พ.ศ. 2567 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จัดทำโครงการเฉลิมพระเกียรติในหลวงรัชกาลที่ 10 เน้นย้ำให้คนไทยมีสุขภาพดี โดยได้ตั้งเป้าหมาย 3 ปี ไว้ว่า ประชาชน 10 ล้านคน ต้องมีความรู้ และสามารถช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานรวมทั้งใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (AED) เป็นโดยคาดหวัง

ว่าจะนำไปประกอบการเติมเต็มในห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิตได้ (Chain of Survival) คือ ห่วงที่ 1 การรับรู้ถึงภาวะฉุกเฉินและการแจ้งเหตุเร็ว โทร 1669 ห่วงที่ 2 คือ ถ้ามีความจำเป็นจะต้องปฐมพยาบาลหรือ การช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการกดหน้าอกและเปิดทางเดินหายใจในระหว่างที่รอความช่วยเหลือจากหน่วยงานหรือแพทย์มาถึงที่เกิดเหตุ ห่วงที่ 3 คือการใช้เครื่อง AED ทำได้เร็วในเวลาที่เหมาะสม ห่วงที่ 4 คือ มีรถฉุกเฉินหรือหน่วยปฏิบัติการออกมาช่วย ณ จุดเกิดเหตุได้เร็ว และห่วงที่ 5 คือ ไปถึงสถานพยาบาลที่เหมาะสม ได้อย่างรวดเร็วและทันเวลา ซึ่ง 5 ห่วงนี้ หากประชาชนมีความรู้ความเข้าใจจะทำให้การรอดชีวิตเร็วขึ้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2567) ทั้งนี้ การเผยแพร่ความรู้นี้ไปยังประชาชนรวดเร็วที่สุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เนื่องจากเป็นผู้นำสุขภาพในชุมชน และเป็นกลุ่มคนที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agent) มีหน้าที่แนะนำเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ตลอดจนให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ ในชุมชน สื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ (ชลียา ศิริกาล, แจ่มนภา ไขคำ, แก้วใจ มาลีสัย และณอมศักดิ์ บุญสุ, 2564) จึงควรเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อที่จะนำไปใช้กับบุคคลในครอบครัว และชุมชน รวมถึงสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับชุมชนได้อย่างถูกต้อง

ดังนั้นจากการสอบถามและสำรวจการได้รับการอบรม/ความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุมชนโพนบก พบว่า ร้อยละ 80 ไม่เคยการได้รับการอบรม/ความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทุกคนไม่มีประสบการณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และร้อยละ 46 อยู่ในวัยสูงอายุ และคิดว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพได้ถูกต้อง และคิดว่าการกดหัวใจแรงอาจจะไม่ถึงเมื่อพบเห็นเหตุการณ์อาจไม่ได้เข้าช่วย ผู้วิจัยจึงตระหนักเห็นความสำคัญและปัญหาในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในชุมชนแห่งนี้ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโพนบก ได้มีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้อง มั่นใจในการปฏิบัติ รวมถึงการมีเจตคติที่ดีในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เมื่อพบเหตุการณ์บุคคลที่ประสบอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บฉุกเฉินและมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ก่อนนำส่งสถานพยาบาล เพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตและลดการเกิดความพิการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

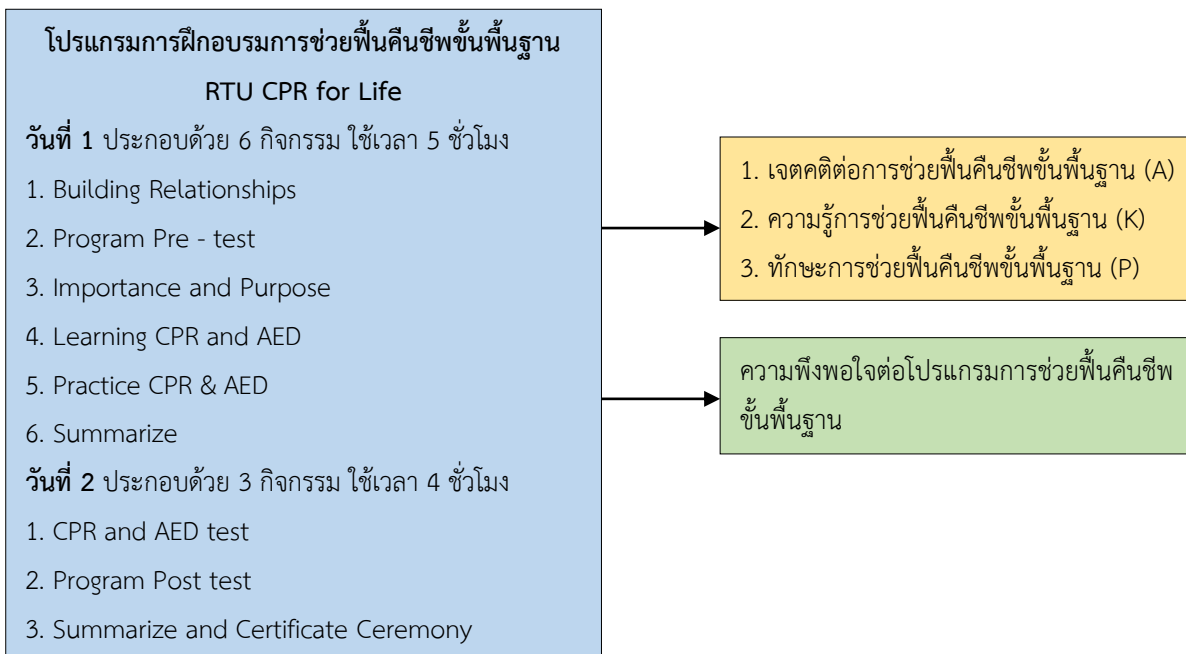
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านเจตคติ ความรู้ และทักษะปฏิบัติการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนโพนบก จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนโพนบก จังหวัดอุดรธานี

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติ ความรู้ และทักษะปฏิบัติการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ บลูม (Bloom, 1964) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งบลูมกล่าวว่า เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการต้องมีกระบวนการที่เชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วย 1) ความรู้ (Knowledge (K)) เป็นกระบวนการพัฒนาทางด้านสติปัญญาเกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ นำมาใช้ในการตัดสินใจ 2) ทักษะ (Attitude (A)) เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก ความสนใจ ท่าที ความชอบ ค่านิยม การให้คุณค่า การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ รวมไปถึงความเชื่อประกอบการตัดสินใจที่จะกระทำ และ 3) การปฏิบัติ (Psychomotor (P)) เป็นกระบวนการใช้ความสามารถแสดงออกมาโดยต้องอาศัยความรู้ และ ทักษะ ประกอบกันเพื่อทำให้เกิดการปฏิบัติเป็นขั้นสุดท้ายต้องใช้ระยะเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน และ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการให้ความรู้ ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (จินดาพร ลันดา, 2565; ชัชคณะค์ แพรขาว, อรวิ ช่างเรือง และสุขุมล หอมวิเศษวงศา, 2565; นาดยา ดวงประทุม ทศพร ชูศักดิ์ และทิวพร พระไชยบุญ, 2565; เนตรนภา สาสังข์, ทศพร ชูศักดิ์ และอารีย์ เสนีย์, 2563; โรชินี อุปรา, ชยธริดา นนท์เมธาวัฒน์, ปวีณา ยศสุรินทร์ และชลกนก นากะวัตกุล, 2564; American Heart Association, 2020; Jarrah, Judeh, & AbuRuz, 2018) เพื่อสร้างโปรแกรมการฝึกอบรม ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง การทดลอง (The One Group Pretest - Posttest Design) ดำเนินการวิจัยระหว่างระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ณ ชุมชนโนนบก ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่ ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 359 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่ ชุมชนโนนบก ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 20 คน เนื่องจากเป็น อสม.ที่ไม่เคยได้รับการอบรมและฝึกปฏิบัติมาก่อน ซึ่งมีความเหมาะสมสำหรับการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมในครั้งนี้

ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.80 และใช้ ขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.64 (วิศรา เบ้าบุญ, 2562) ได้จำนวนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 17 และเพิ่มการสูญเสีย ของข้อมูลร้อยละ 15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติ

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในชุมชนโนนบก จังหวัดอุดรธานี ที่ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ปี

2. สามารถสื่อสารได้เข้าใจ ฟัง พูด อ่าน เขียน

3. มีความสมัครใจเข้ารับการอบรมจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

1. มีประวัติการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

2.ปวดเข่า นั่งคุกเข่าไม่ได้

3. เข้ารับการอบรมไม่ครบทั้ง 2 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในชุมชนโนนบก ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นอสม. ประสบการณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การได้รับการอบรม/ความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

1.2 แบบประเมินเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในชุมชนโพนบก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (นาคยา ดวงประทุม, ทัศนพร ชูศักดิ์ และทิวาพร พระไชยบุญ, 2565; เนตรนภา สาสังข์, ทัศนพร ชูศักดิ์ และอารีย์ เสนีย์, 2563) จำนวน 10 ข้อ แบ่งออกเป็นเจตคติด้านบวก 7 ข้อ เจตคติด้านลบ 3 ข้อ มีลักษณะคำถาม ตอบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 เห็นด้วย ให้คะแนน 4 ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 3 ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนน ของ เบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง เจตคติอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง เจตคติอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง เจตคติอยู่ในระดับต่ำ

1.3 แบบทดสอบความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านชุมชนโพนบก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (จินดาพร ลันดา, 2565; ชัจจณณ์ แพรขาว, อรวี ช่างเรือง และสุขุมล หอมวิเศษวงศา, 2565; นาคยา ดวงประทุม ทัศนพร ชูศักดิ์ และทิวาพร พระไชยบุญ, 2565; เนตรนภา สาสังข์, ทัศนพร ชูศักดิ์ และอารีย์ เสนีย์, 2563; โรชินี อุปรา, ชยธิดา นนท์เมธาวัฒน์, ปวีณา ยศสุรินทร์ และชลกนก นาควัตกุล, 2564; เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง และชัจจณณ์ แพรขาว, 2560; American Heart Association, 2020; Jarrah, Judeh, & AbuRuz, 2018) จำนวน 20 ข้อ ประกอบไปด้วย การ CPR 15 ข้อ การใช้เครื่อง AED 5 ข้อ ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ ร้อยละ 80-100 (16-20 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับดี ร้อยละ 60-79.99 (12-15 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 0-59.99 (0-11 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

1.4 แบบประเมินทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านชุมชนโพนบก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (จินดาพร ลันดา, 2565; ชัจจณณ์ แพรขาว, อรวี ช่างเรือง และสุขุมล หอมวิเศษวงศา, 2565; นาคยา ดวงประทุม ทัศนพร ชูศักดิ์ และทิวาพร พระไชยบุญ, 2565; เนตรนภา สาสังข์, ทัศนพร ชูศักดิ์ และอารีย์ เสนีย์, 2563; เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง และชัจจณณ์ แพรขาว, 2560; โรชินี อุปรา, ชยธิดา นนท์เมธาวัฒน์, ปวีณา ยศสุรินทร์ และชลกนก นาควัตกุล, 2564; American Heart Association, 2020) จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย แบบทดสอบด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 10 ข้อ แบบทดสอบด้านการใช้เครื่อง AED 7 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ถูกครบถ้วน ให้คะแนน 5 ทำไม่ครบ ให้คะแนน 3 ไม่ทำ ให้คะแนน 0 การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ เบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ ร้อยละ 80-100 (68-85 คะแนน) หมายถึง ทักษะปฏิบัติดี ร้อยละ 60-79 (51-67 คะแนน) หมายถึง ทักษะปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 0-59 (0-50 คะแนน) หมายถึง ทักษะปฏิบัติต่ำ

1.5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุมชนโพนบก จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านการเรียนรู้

9 ข้อ ด้านกิจกรรม 3 ข้อ, ด้านอุปกรณ์ 7 ข้อ, ด้านระยะเวลา 1 ข้อ ระดับความพึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน ระดับความพึงพอใจมาก 4 คะแนน ระดับความพึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน ระดับความพึงพอใจน้อย 2 คะแนน ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน สำหรับแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ใช้เกณฑ์การแปลผลในการแบ่ง ระดับคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน RTU CPR for Life พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของบลูม (Bloom, 1964) การทบทวนวรรณกรรม และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (จินดาพร ลันดา, 2565; ชัจจเณต์ แพรขาว, อรวี ช่างเรือง และสุขุมล หอมวิเศษวงศา, 2565; นาทยา ดวงประทุม ทศพร ชูศักดิ์ และทิวาพร พระไชยบุญ, 2565; เนตรนภา สาสังข์, ทศพร ชูศักดิ์ และอารีย์ เสนีย์, 2563; เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง และชัจจเณต์ แพรขาว, 2560; โรชินี อุปรา, ชยธิดา นนท์เมธาวัดน์, ปวีณา ยศสุรินทร์, และชลกนก นาคควัดกุล, 2564; American Heart Association, 2020; Jarrah, Judeh, & AbuRuz, 2018) ซึ่งประกอบด้วย 1) คู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 2) แผนการสอนให้ความรู้ เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 3) อุปกรณ์ในการฝึก ได้แก่ หุ่นจำลองฝึกทักษะการกดหัวใจพร้อมชุดต่อจับเวลา 4) เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AED) และ 5) วิดิทัศน์สาธิตการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินเจตคติ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และโปรแกรมการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย คู่มือโปรแกรม แผ่นพับ แผนการสอน และวิดิทัศน์ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมและได้รับใบประกาศนียบัตรการช่วยฟื้นคืนชีพ 3 ท่าน นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence (IOC)) ได้ค่าความสอดคล้องระหว่าง 0.65-1

2. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุมชนอื่น ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 3 ชุมชน จำนวนชุมชนละ 10 คน รวม 30 คน จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่นดังนี้ แบบทดสอบความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานซึ่งเป็นแบบทดสอบที่มีการแปลผลแบบถูกผิด นำหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ส่วนแบบประเมินเจตคติและแบบประเมินทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.75 และ 0.84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยยื่นเอกสารต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี เพื่อพิจารณาประเด็นทางจริยธรรม ก่อนทำการดำเนินการวิจัย
2. เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานงานไปยังพื้นที่ดำเนินการศึกษา เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนในการวิจัย
3. ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย รวมถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นนัดวันเวลาและสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรม RTU CPR for life ซึ่งมี จำนวน 9 กิจกรรม รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 2 วัน โดยดำเนินการในเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ดังนี้

วันที่ 1 จำนวน 6 กิจกรรม ใช้เวลา 5 ชั่วโมง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 Building Relationships ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในชุมชนโพนบก เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเกิดความมั่นใจ เวลา 10 นาที

กิจกรรมที่ 2 Program Pre test ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และทำแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินเจตคติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ใช้เวลา 30 นาที จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพื่อประเมินทักษะปฏิบัติก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฝึกอบรม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 3 Importance and Purpose ชี้แจงวัตถุประสงค์ ความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานใช้เวลา 10 นาที

กิจกรรมที่ 4 Learning CPR and AED เรียนรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้ AED ใช้เวลา 1 ชั่วโมง แจกแผ่นพับ และบรรยายโดยใช้ Power Point แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชักถามข้อสงสัย และให้ชมวิดีโอสาธิตการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน RTU for Life และการใช้ AED

กิจกรรมที่ 5 Practice CPR & AED แบ่งออกเป็น 2 ฐาน ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการใช้เครื่อง AED โดยใช้อุปกรณ์หุ่นฝึกช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานครึ่งท่อนมีชุดต่อบอกเวลา นับจำนวนครั้งและบอกความลึกของการกดและเครื่อง AED ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 6 Summarize สรุปการเรียนรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่อง AED ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

วันที่ 2 จำนวน 3 กิจกรรม ใช้เวลา 4 ชั่วโมง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 CPR and AED test ทดสอบทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานรายบุคคล (CPR) 5 นาที/คน และการใช้เครื่อง AED 5 นาที/คน ด้วยหุ่นจำลองการฝึกทักษะช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานครึ่งท่อน และ

เครื่อง AED ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยทำการประเมินทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้ AED ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 Program Post test ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินเจตคติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการฝึกอบรม ใช้เวลา 40 นาที กิจกรรมที่ 3 Summarize and Certificate Ceremony สรุปกิจกรรมที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมและสร้างขวัญและกำลังใจ ใช้เวลา 20 นาที

ขั้นการประเมินผล

หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะปฏิบัติ แบบประเมินเจตคติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการฝึกอบรม มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับคะแนนด้านเจตคติ ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฝึกอบรม ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม โดยใช้สถิติ Dependent t-test เนื่องจากการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบปกติ
4. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจต่อการได้รับการฝึกอบรมโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี ตามหนังสือรับรอง IRB RTU UD เลขที่ 01-7-2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการวิจัย ให้แก่กลุ่มตัวอย่างรับทราบและสมัครเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้มาจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอการศึกษาโดยภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครประจำหมู่บ้านชุมชนโนนบก จังหวัดอุดรธานี จำนวน 20 คน เป็นเพศชาย 1 คน (ร้อยละ 5) เพศหญิง 19 คน (ร้อยละ 95) มีอายุเฉลี่ย 60.50 (S.D. = 8.29) ส่วนใหญ่มีการศึกษา

ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นอสม. 16-20 ปี ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่ไม่เคยการได้รับการอบรม/ความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 80 และทุกคนไม่มีประสบการณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

2. ระดับคะแนนด้านเจตคติ ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฝึกอบรม

พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฝึกอบรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนด้านเจตคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60 (คะแนนเฉลี่ย 3.70-4.90) รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 40 (คะแนนเฉลี่ย 3.30-3.40) ด้านความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60 รองลงมาเป็นระดับดีและระดับต่ำ ร้อยละ 25 และ 15 ตามลำดับ คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 9-16 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.64 (S.D. = 2.34) และด้านทักษะปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 75 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 25 คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 36-60 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 47.64 (S.D. = 6.77)

หลังได้รับโปรแกรมฝึกอบรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนด้านเจตคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 90 (คะแนนเฉลี่ย 3.80-5.00) รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 10 (คะแนนเฉลี่ย 3.10-3.60) ด้านความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 75 รองลงมาเป็นปานกลาง ร้อยละ 25 คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 12-18 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.36 (S.D. = 1.86) ด้านทักษะปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 80 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 10 คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 73-85 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 79.36 (S.D. = 3.91) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนด้านเจตคติ ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฝึกอบรม (n=20)

ระดับคะแนนรายด้าน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เจตคติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน				
ระดับดี	12	60.00	18	90.00
ระดับปานกลาง	8	40.00	2	10.00
ระดับต่ำ	-	-	-	-
Range ก่อน 3.30-4.90, Mean = 4.07, S.D. = 0.54				
หลัง 3.10-5.00, Mean = 4.66, S.D. = 0.56				
ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน				
ระดับดี	5	25.00	15	75.00
ระดับปานกลาง	12	60.00	5	25.00
ระดับต่ำ	3	15.00	-	-

ระดับคะแนนรายด้าน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Range ก่อน 9-16, Mean = 13.64, S.D. = 2.34				
หลัง 12-18, Mean = 16.36, S.D. = 1.86				
ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน				
ระดับดี	-	-	18	90.00
ระดับปานกลาง	5	25.00	2	10.00
ระดับต่ำ	15	75.00	-	-
Range ก่อน 36-60, Mean = 47.64, S.D. = 6.77				
หลัง 73-85, Mean = 79.36, S.D. = 3.91				

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านเจตคติ ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฝึกอบรม

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติ ก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 41.29 (S.D. = 5.38) หลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเท่ากับ 45.14 (S.D. = 6.22) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านเจตติก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 13.64 (S.D. = 2.34) หลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เท่ากับ 16.36 (S.D. = 1.86) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

คะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ ก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 47.64 (S.D. = 6.77) หลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเท่ากับ 79.3 (S.D. = 3.91) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านเจตคติ ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=20)

ตัวแปร	ก่อนโปรแกรม		หลังโปรแกรม		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
เจตคติ (50 คะแนน)	41.29	5.38	45.14	6.22	- 2.96	0.011*

ตัวแปร	ก่อนโปรแกรม		หลังโปรแกรม		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้ (20 คะแนน)	13.64	2.34	16.36	1.86	- 7.66	<0.001*
ทักษะปฏิบัติ (85 คะแนน)	47.64	6.77	79.36	3.91	-14.55	<0.001*

*p-value < 0.05

3. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในชุมชนโพนบก จังหวัดอุดรธานี

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมโดยใช้โปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.74, S.D. = 0.44) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านผู้เรียนมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.83, S.D. = 0.39) รองลงมาเป็นด้านอุปกรณ์/สิ่งแวดล้อม (Mean = 4.77, S.D. = 0.42) ด้านผู้สอน (Mean = 4.73, S.D. = 0.45) และด้านสื่อโปรแกรม (Mean = 4.59, S.D. = 0.51) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในชุมชนโพนบก จังหวัดอุดรธานี (n=20)

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ		
	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านสื่อโปรแกรม RTU CPR FOR LIFE			
คู่มือโปรแกรม/แผ่นพับ เข้าใจง่าย	4.57	0.51	มากที่สุด
การนำเสนอวิดีโอที่น่าสนใจ	4.64	0.50	มากที่สุด
จัดลำดับความรู้จากง่ายไปยาก	4.64	0.50	มากที่สุด
สื่อของสื่อการสอนดูแล้วสบายตา	4.50	0.52	มาก
รวม	4.59	0.51	มากที่สุด
ด้านผู้สอน/วิทยากร			
อธิบายเนื้อหาได้กระชับเข้าใจ	4.71	0.47	มากที่สุด
เปิดโอกาสให้ ได้ซักถาม	4.64	0.50	มากที่สุด
การตอบคำถามชัดเจน	4.79	0.43	มากที่สุด
บรรยากาศไม่ตึงเครียด	4.57	0.51	มากที่สุด
กิจกรรมแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.79	0.43	มากที่สุด
ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.86	0.36	มากที่สุด
รวม	4.73	0.45	มากที่สุด
ด้านผู้เรียน			
ได้รับความรู้เรื่องการ CPR & AED	4.79	0.43	มากที่สุด

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ		
	Mean	S.D.	แปลผล
การนำความรู้สู่การฝึกปฏิบัติ	4.79	0.43	มากที่สุด
การฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จำลองเสมือนจริง	4.86	0.36	มากที่สุด
มีแรงจูงใจในการเรียนรู้	4.86	0.36	มากที่สุด
สามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริง	4.86	0.36	มากที่สุด
รวม	4.83	0.39	มากที่สุด
ด้านอุปกรณ์/สิ่งแวดล้อม			
อุปกรณ์ CPR มีความเหมาะสม	4.86	0.36	มากที่สุด
อุปกรณ์ AED มีความเหมาะสม	4.86	0.36	มากที่สุด
สภาพแวดล้อมมีความเหมาะสม	4.64	0.50	มากที่สุด
ความเพียงพอของอุปกรณ์ในการฝึกอบรม	4.86	0.36	มากที่สุด
โสตทัศนูปกรณ์ อินเทอร์เน็ต เทคโนโลยีมีความเหมาะสม	4.64	0.50	มากที่สุด
รวม	4.77	0.42	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรวมทุกด้าน	4.74	0.44	มากที่สุด

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อเจตคติ ความรู้และทักษะ การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนโนนบก จังหวัดอุดรธานี พบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติ ความรู้และทักษะปฏิบัติการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นพื้นฐาน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังนี้

ด้านเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุมชนโนนบก จังหวัดอุดรธานี พบว่าหลังได้รับโปรแกรมมีเจตคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 90 มีค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean = 41.29, S.D. = 5.38) สอดคล้องกับการศึกษาของ นาทยา ดวงประทุม, ทศพร ชูศักดิ์ และทิวากร พระไชยบุญ (2565) ที่พบว่าเจตคติต่อการช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี หลังการได้รับโปรแกรมอบรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหมือนกับการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่สำคัญที่ได้รับ มอบหมาย คือ การเฝ้าระวังและป้องกันโรคการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น (ชลียา ศิริกาล, แจ่มนภา ไขคำ, แก้วใจ มาลีลัย และณอมศักดิ์ บุญสุ, 2564) จึงทำให้มีความสนใจ ตั้งใจและเข้าใจถึงประโยชน์ที่ต้องนำไปใช้ และ สอดคล้องกับการศึกษา (Jarrah, Judeh, & AbuRuz, 2018) ที่ประเมินความตระหนักรู้ ความรู้ และทัศนคติ ของประชาชนต่อการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ที่พบว่าทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะทำ การช่วยฟื้นคืนชีพให้กับคนในครอบครัว (ร้อยละ 98.6) และคนแปลกหน้า (ร้อยละ 76.32) ผลการศึกษานี้

สอดคล้องกับแนวคิดของบลูม (Bloom, 1964) ที่กล่าวว่า ความเต็มใจ ยินยอม การปฏิบัติในสิ่งที่เป็ที่ยอมรับกัน ในสังคมจะทำให้เกิดทัศนคติที่ดีในสิ่งนั้น อีกทั้งยังให้คุณค่ารวมไปถึงความเชื่อว่าจะต้องทำได้

ด้านความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน พบว่าหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนความรู้ในระดับดี ร้อยละ 75 มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean = 16.36, S.D. = 1.86) สอดคล้องกับการศึกษาของ โรชนี อุปรา, ชยธิดา นนท์เมธาวัดน์, ทิพย์ ลือชัย, วราภรณ์ บุญยงค์, ปวีณา ยศสุรินทร์ และ ชลกกน ฌนาทกุล (2564) และนาตยา ดวงประทุม, ทศพร ชูศักดิ์ และทิวากร พระไชยบุญ (2565) ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเช่นกันกับการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม การอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมฝึกอบรมครั้งนี้มีขั้นตอนของการ ให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติอย่างชัดเจน มีขั้นตอนในการบรรยายก่อน การถามตอบและสรุปเนื้อหา รวมถึง มีแผนการสอนชัดเจน คู่มือแผ่นพับและมีวิดีโอทัศน์ให้ความรู้แสดงขั้นตอนที่เข้าใจง่าย ประกอบกับอุปกรณ์ในการฝึก ปฏิบัติ หุ่นจำลองการฝึกปฏิบัติแสดงให้เห็นถึงเวลาและจำนวนครั้งรวมถึงความลึกในการกดหน้าอก ซึ่งจากผล การประเมินความพึงพอใจครั้งนี้จะเห็นได้ว่ามีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ในข้อ อธิบายเนื้อหาได้กระชับ (Mean = 4.71, S.D. = 0.47) และข้อการจัดลำดับความรู้จากง่ายไปยาก (Mean = 4.64, S.D. = 0.50) จึงทำให้ เข้าใจง่ายและเมื่อประเมินความรู้ทำให้มีระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เนตรนภา สาสังข์, ทศพร ชูศักดิ์ และอารีย์ เสนีย์ (2563) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้โปรแกรมการอบรมมีระดับความรู้เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการสอนและให้ความรู้ตามแผนการสอนที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน ทำให้เรียนรู้ได้ง่าย จึงส่งผลให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบผู้ที่เคยได้รับอบรมแล้ว ร้อยละ 20 และกลุ่มตัวอย่างสะท้อนว่าเคยรับการอบรมเป็นกลุ่มใหญ่ และระยะเวลาไม่นานและไม่เคยฝึกกับหุ่นที่แสดงให้เห็นถึงเวลาและจำนวนครั้งรวมถึงความลึกในการกดหน้าอก

ด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนโพนก จังหวัดอุดรธานี พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 80 มีค่าเฉลี่ย คะแนนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean = 79.36, S.D. = 3.91) ทั้งนี้การศึกษานี้ในวันที่มีภารกิจ และให้ทุกคนได้ปฏิบัติจริงกับหุ่นจำลองฝึกทักษะการกดหัวใจที่แสดงให้เห็นถึงตำแหน่งการวางมือ เวลา และ จำนวนครั้งรวมถึงความลึกในการกดหน้าอกที่ชัดเจน รวมถึงการให้คำแนะนำเมื่อปฏิบัติไม่ถูกต้องและให้ฝึกปฏิบัติ ซ้ำ ๆ จนเกิดความมั่นใจ โปรแกรมฝึกอบรมวิจัยในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เนตรนภา สาสังข์, ทศพร ชูศักดิ์ และอารีย์ เสนีย์ (2563) ที่ใช้โปรแกรมการอบรมเพื่อให้นักเรียนได้ฝึกทักษะทุกคน ผลการศึกษานี้ ยังสอดคล้องการศึกษาของ โรชนี อุปรา, ชยธิดา นนท์เมธาวัดน์, ทิพย์ ลือชัย, วราภรณ์ บุญยงค์, ปวีณา ยศสุรินทร์ และชลกกน ฌนาทกุล (2564) ที่พบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำโดยอาจารย์ประจำกลุ่ม รวมทั้ง สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะทำให้มีความรู้และทักษะมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ทำให้ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ในระดับดีถึงดีมาก และสอดคล้องการศึกษาของ นาดยา ดวงประทุม, ทัศพร ชุติศักดิ์ และทิวากร พระไชยบุญ (2565) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100 จากการสาธิตการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในแต่ละขั้นตอนและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติเป็นฐาน จนปฏิบัติได้ถูกต้อง สอดคล้องกับแนวคิดของบลูม (Bloom, 1964) ที่กล่าวว่า การสอนสาธิตเป็นการให้ผู้เรียน ได้รับรู้หลักการปฏิบัติที่ถูกต้อง การชี้แนะจะทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามข้อแนะนำและเมื่อได้ปฏิบัติซ้ำ และต่อเนื่อง จะสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและเกิดทักษะปฏิบัติได้อย่างคล่องแคล่วและถูกต้อง

ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ชุมชนโนนบก จังหวัดอุดรธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมโดยใช้โปรแกรม การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.74, S.D. = 0.44) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านผู้เรียนมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดอยู่ในระดับมากที่สุด อาจเนื่องมาจาก อสม. มีเจตคติอยู่ในระดับดี ทั้งก่อน (ร้อยละ 60) และหลัง (ร้อยละ 90) การใช้โปรแกรมจึงทำให้มีความตั้งใจที่จะรับความรู้และฝึกปฏิบัติ และ ด้วยบทบาทหน้าที่ รองลงมาเป็น ด้านอุปกรณ์/สิ่งแวดล้อม เนื่องจากอุปกรณ์เป็นอุปกรณ์สำหรับฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยตรง และมีอุปกรณ์หลายชุดให้ฝึกปฏิบัติ รองลงมาเป็นด้านผู้สอน และด้านสื่อโปรแกรม ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) ระยะเวลาในการ จัดกิจกรรมมีความเหมาะสม 2) สามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริง และ 3) มีแรงจูงใจในการเรียนรู้ตามลำดับ จะเห็นว่า โปรแกรมการฝึกอบรมในครั้งนี้ มี 2 วัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประเมินว่าเหมาะสมไม่นานจนเกินไป อีกทั้งกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนต้องนำความรู้ไปเผยแพร่และปฏิบัติได้จริงเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้ การปฏิบัติหลาย ๆ ครั้ง และได้รับคำแนะนำ ทำให้มีความมั่นใจเพิ่มขึ้น และพบว่าข้อที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) สื่อของสื่อการสอนดูแล้วสับสนตา ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากเครื่องฉายวิดีโอทัศน์แสดงสีภาพออกมาไม่ชัดเจน อีกทั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ใช้จออาจไม่เหมาะกับการมองเห็นของกลุ่มตัวอย่าง รองลงมาเป็น 2) บรรยากาศไม่ตึงเครียด ซึ่งในการฝึกอบรมครั้งนี้มีการประเมินทักษะและความรู้ในวันที่ 2 จึงทำให้กลุ่มตัวอย่าง บางรายเกิดความเครียดกลัวทำไม่ได้ดีและเป็นบรรยากาศของการประเมินจึงอาจทำให้เกิดความเครียด และ 3) คู่มือโปรแกรม/แผ่นพับ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยอาจเนื่องมาจากขนาดของตัวอักษรเล็กเกินไปสำหรับ กลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และคู่มือมีจำนวนหน้าหลายหน้าจึงอาจไม่สะดวกที่จะศึกษา ณ เวลาฝึกอบรม

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกอบรมนี้ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเกิดเจตคติ ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพิ่มมากขึ้นหลังได้รับโปรแกรม ซึ่งเพิ่ม ศักยภาพของในการช่วยฟื้นคืนชีพในกรณีฉุกเฉินได้ ซึ่งเป็นจุดแข็งของการศึกษาในครั้งนี้ ในส่วนของจุดอ่อน ของการวิจัยในครั้งนี้คือ การประเมินผลของการฝึกอบรมทันทีหลังการทำการกิจกรรม ทำให้ขาดการติดตามประเมิน ความคงทนของความรู้ เจตคติ และทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในระยะยาว และการศึกษาไม่มี กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นการศึกษาวัดกลุ่มเดียวก่อนหลังการใช้โปรแกรม ทำให้ไม่สามารถระบุอ้างอิงไปยังกลุ่มอื่น ๆ ได้

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. นำโปรแกรมการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้หรือขยายต่อกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อื่น ๆ ที่ไม่เคยได้รับการอบรมและการฝึกปฏิบัติเสมือนจริง เพื่อส่งเสริมความรู้ เจตคติและทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องและสามารถนำไปเผยแพร่และถ่ายทอดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป
2. นำผลการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการฝึกอบรมไปปรับปรุง หรือพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ได้แก่ นักเรียน นักศึกษา พระภิกษุ เพื่อให้ได้โปรแกรมที่เหมาะสม และนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามและวัดผลความรู้ เจตคติและทักษะการปฏิบัติซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง เช่น หลังการอบรมเสร็จสิ้นและมีการติดตาม 3 เดือน 6 เดือน เพื่อเป็นประเมินการคงอยู่ของความรู้ เจตคติและทักษะปฏิบัติ เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาโปรแกรมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบเจตคติ ความรู้ และทักษะการปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ใช้การอบรมแบบปกติและใช้โปรแกรมการอบรมที่พัฒนาขึ้นโดยใช้สื่อและอุปกรณ์ที่มีความเสมือนจริงมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- จินดาพร ลันดา. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นโดยอาสาสมัครกู้ภัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 30(2), 119-204.
- ชลียา ศิริกาล, แจ่มนภา ไขคำ, แก้วใจ มาลีสัย และณอมศักดิ์ บุญสุ. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2), 176-189.
- ซัจจนต์ แพรขาว, อรวี ช่างเรือง และสุชมาล หอมวิเศษวงศา. (2565). การส่งเสริมการเรียนรู้และฝึกทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานกรณีเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันให้แก่ประชาชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารบริการวิชาการเพื่อสังคม*, 1(2), 1-11.
- นัตยา ดวงประทุม, ทศพร ชูศักดิ์ และทิวากร พระไชยบุญ. (2565). ผลของโปรแกรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพต่อความรู้ เจตคติ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(3), 51-67.

- เนตรนภา สาสังข์, ทศพร ชูศักดิ์ และอารีย์ เสนีย์. (2563). ผลของโปรแกรมการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพต่อความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา, *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(3), 283-293.
- บัวบาน ปักการะโต, สหทัย สุขจรรย์, อนุชิต ลีอินทร์, วิศรุต ศรีสว่าง และผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์.(2564). การพัฒนารูปแบบการช่วยฟื้นคืนชีพแบบสัจจร โรงพยาบาลนาตุณ จังหวัดมหาสารคาม.*วารสารการแพทย์ อุเทนแห่งประเทศไทย*, 1(2), 134-45.
- เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง และชัชฌาณ์ แพรขาว. (2560). ผลของโปรแกรมสอนการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจ หยุดเต้นต่อความรู้และทักษะของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมประจำจังหวัด แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับนานาชาติ 2560. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โรชนี อุปรา, ขยธิดา นนท์เมธาวัดน์, ปวีณา ยศสุรินทร์ และชลนก นาควัตกุล. (2564). ผลของการพัฒนา ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น. *วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 13(2), 73-85.
- วิศรา บ้าน. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมการแนะนำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานทางโทรศัพท์กรณีพบ ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารการพัฒนางาน ประจำสู่งานวิจัย*, 6, 37-47.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2565). *สถานการณ์เจ็บป่วยฉุกเฉิน*. สืบค้นเมื่อ 18 พฤษภาคม 2567 จาก https://www.nmd.go.th/mainpage/wp-content/uploads/2022/08/Marine-EMS_1.8.2022-1.pdf.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2567). *สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจัดทำโครงการเฉลิมพระเกียรติ ในหลวงรัชการที่ 10*. สืบค้นเมื่อ 18 พฤษภาคม 2567 จาก <https://www.niems.go.th/1/News/Detail/7577?group=2>.
- American Heart Association. (2018). *Facts a race against the clock out-of-hospital cardiac arrest*. Retrieved May 3, 2024 from <https://www.heart.org/>.
- American Heart Association. (2020). *Highlights of the 2020 American heart association guidelines for CPR and ECC*. Retrieved May 3, 2024 from <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines>.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. New Jersey: Prentice hall Inc.
- Bloom, B. S. (1964). *Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain*. New York: David Mckay.

- Chocron, R., et al. (2021). Bystander cardiopulmonary resuscitation quality: Potential for improvements in cardiac arrest resuscitation. *Journal of the American Heart Association*, 10(6), e017930. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.017930>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Holmberg, M. J., et al. (2019). Vasopressors during adult cardiac arrest: A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation*, 139, 106-121. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.04.008>
- Jarrah, S., Judeh, M., & AbuRuz, M. E. (2018). Evaluation of public awareness, knowledge and attitudes towards basic life support: A cross-sectional study. *BMC Emergency Medicine*, 18(37), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0190-5>

การพัฒนาบทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพ
สำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น)
Development of an Instructional Module on Professional Foundations
for the Bachelor of Nursing Science (for Graduates with a Bachelor's Degree in Another Field)

จิตติพร สุวรรณอำภา^{1*}, พงศธร มหาวิจิตร², อุดมลักษณ์ กุลศรีโรจน์²

Thitiphorn Suwanampa^{1*}, Pongsatorn Mahavijit², Udomluk Koolsriroj²

คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์^{1*}, คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์²

Princess Agradajakumari, Faculty of Nursing^{1*}, Faculty of Education, Kasetsart University²

(Received: January 24, 2025; Revised: May 29, 2025; Accepted: June 12, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจวิเคราะห์ปัญหาทางการเรียนของนักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น) เพื่อพัฒนาและประเมินบทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพในรูปแบบออนไลน์ กลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์ผู้สอนในรายวิชาปฏิบัติพื้นฐานวิชาชีพทางการพยาบาล และอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น) และนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น) ชั้นที่ 3 จำนวน 6 คน ชั้นที่ 2 จำนวน 6 คน ชั้นปีที่ 1 จำนวนทั้งหมด 40 คน เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ 2) บทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพ ในรายวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของมนุษย์เบื้องต้น จำนวน 11 โมดูล 3) แบบประเมินคุณภาพบทเรียนมอดูลวิชาชีพพื้นฐานวิชาชีพ 4) แบบทดสอบวัดความรู้พื้นฐานวิชาชีพที่จำเป็นอย่างก่อนและหลังเรียน และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Dependent Sample t-test

ผลการวิจัย ในระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาทางการเรียน พบประเด็นได้แก่ 1) เนื้อหาของรายวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาเบื้องต้นยากต่อการทำความเข้าใจ และ 2) นักศึกษามีความเครียดสูงในการเรียนวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาเบื้องต้น ในระยะที่ 2 พบว่า ผลการพัฒนาบทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ระดับ 75/75 และ ในระยะที่ 3 พบว่า หลังการทดลองใช้บทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพ นักศึกษามีความรู้หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้นการใช้บทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพในรูปแบบออนไลน์ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงเนื้อหาได้สะดวกยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการเรียนรู้ ควรมีการจัดการเรียนการสอนในห้องปฏิบัติการควบคู่กันไปด้วย

คำสำคัญ: การพัฒนา, บทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพ, นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต, ผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น

*ผู้ให้การติดต่อ จิตติพร สุวรรณอำภา e-mail: Thitiporn.suw@cra.ac.th

Abstract

This research and development study aimed to explore and analyze learning problems among students enrolled in the Bachelor of Nursing Science Program (for graduates from other fields) in order to develop and evaluate an online instructional module on professional foundations. The sample consisted of nursing instructors responsible for teaching the basic professional practice course, curriculum coordinators of the Bachelor of Nursing Science Program (for graduates from other fields), and students in the program, including 6 third-year students, 6 second-year students, and 40 first-year students. The research instruments included: 1) an interview guide, 2) a professional foundation instructional module comprising 11 modules in the course "Introduction to Human Anatomy and Physiology," 3) a module quality assessment form, 4) pre- and post-tests to measure professional foundational knowledge, and 5) a satisfaction questionnaire. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and a dependent samples t-test.

The research findings were divided into three phases. In Phase 1, which focused on analyzing students' learning problems, two key issues were identified: 1) the content of the "Introduction to Human Anatomy and Physiology" course was difficult for students to understand, and 2) students experienced high levels of stress while studying this subject. In Phase 2, the development of the online professional foundation instructional module was found to be effective, meeting the standard criterion of 75/75. In Phase 3, after implementing the module, students demonstrated significantly higher post-test knowledge scores compared to pre-test scores, with statistical significance at the 0.01 level, and reported the highest level of satisfaction. Therefore, the use of the online professional foundation instructional module enhanced accessibility to the learning content. However, to further improve learning outcomes, it is recommended that the online module be complemented with hands-on laboratory sessions.

Keywords: Development, Instructional Module on Professional Foundation, The Bachelor of Nursing Science, Graduates from Other bachelor's Degree Programs

บทนำ

การที่ประเทศไทยมีการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศทางด้านระบบการบริการสุขภาพให้เป็น ศูนย์กลางการแพทย์ในระดับสากล (Medical Hub) ขึ้นระหว่างปี 2559 -2568 โดยมีเป้าหมายว่าจะต้องได้ 4 ผลผลิตหลัก ได้แก่ 1) ศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Hub) 2) ศูนย์กลางบริการสุขภาพ (Medical Service Hub) 3) ศูนย์กลางบริการวิชาการและงานวิจัย (Academic Hub) และ 4) ศูนย์กลางยา และ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Product Hub) ตามมติคณะรัฐมนตรีฯ เมื่อวันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2559 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) นโยบายไทยแลนด์ 4.0 ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ มุ่งลดความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ ซึ่งจากผลดังกล่าว ประเทศไทยมีการพัฒนาทางด้านการแพทย์เพื่อการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ส่งผลต่อ ให้เกิดการขยายตัวทางเศรษฐกิจระบบสุขภาพ เกิดการขยายตัวการให้บริการระบบสุขภาพ เพิ่มมูลค่าของการ ซื้อขายระบบบริการทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) จากผลของนโยบายดังกล่าวนี้กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรทางด้านการ ให้บริการสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ผลการสำรวจของสำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 พบว่า อัตราการว่างงานของประชากรไทยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 1.03 หรือคิดเป็นจำนวนผู้ว่างงานกว่า 400,000 คน และคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ถูกเลิกจ้างจะเพิ่มสูงถึง 8.4 ล้านคน ขณะที่บัณฑิตจบใหม่กว่า 520,000 คนที่กำลัง ก้าวเข้าสู่ตลาดแรงงาน อาจประสบภาวะว่างงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งส่งผลกระทบต่อกลุ่มเด็กจบใหม่อย่างรุนแรง (พิมพ์ชนก โอว, เกวลิน ศรีวิชัยกฐ และภัทริยา นวลใย, 2565) รายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติประจำปี 2564 ระบุว่า ในไตรมาสที่ 2 ของปีงบประมาณ 2564 จำนวนบัณฑิตจบใหม่ ที่ว่างงานเพิ่มขึ้นเป็น 290,000 คน โดยเฉพาะในกลุ่มระดับอุดมศึกษาที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญถึง 80%, 73% และ 67% เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการระบาดในปีพ.ศ. 2562 สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึง ความไม่มั่นคงของตลาดแรงงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อทิศทางการตัดสินใจศึกษาต่อของเยาวชน โดยพบแนวโน้มที่ผู้เรียน จำนวนหนึ่งหันมาสนใจสายวิชาชีพที่มีความมั่นคงทางอาชีพมากขึ้น โดยเฉพาะในสาขาวิชาทางด้านสุขภาพ ซึ่งในช่วงวิกฤต COVID-19 ถูกมองว่าเป็นสายอาชีพที่มีความต้องการสูง มีความสำคัญต่อระบบสาธารณสุข และสามารถตอบสนองความต้องการของสังคมได้อย่างต่อเนื่อง แม้ในช่วงวิกฤต นอกจากนี้ สำนักงานพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2563) ยังรายงานว่า แม้จำนวนนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาจะมีแนวโน้มลดลง ในหลายสาขาวิชา แต่สาขาทางด้านสุขภาพยังคงมีความต้องการและมีจำนวนนักศึกษาที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นความเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างเศรษฐกิจและตลาดแรงงานในช่วงวิกฤต จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้เกิด ความสนใจในการศึกษาต่อด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นการศึกษานี้ที่มุ่งเน้นการพัฒนา บทเรียนหรือหลักสูตรสำหรับผู้ที่จะเข้าสู่วิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ที่จบการศึกษาในสาขาอื่น และต้องการเปลี่ยนเส้นทางอาชีพในยุคที่ไม่แน่นอน

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่อยู่ในสถานบริการสุขภาพในทุกระดับของประเทศ เป็นวิชาชีพที่ขาดแคลนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 รัฐบาลได้กำหนดให้มีการผลิตบุคลากรสายวิชาชีพนี้ให้มีจำนวนเพียงพอกับความต้องการของประเทศ จึงได้กำหนดให้สภาวิชาชีพทำแผนการผลิตบุคลากรสายวิชาชีพนี้เพิ่มทำให้ปัจจุบันภาพรวมในระดับประเทศ มีพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น คือ มีจำนวนประมาณ 180,000 คน สัดส่วนต่อประชากรอยู่ที่ 1 คน ต่อประชากร 379 คน ซึ่งยังไม่สามารถผลิตได้ตรงตามเป้าหมายที่ 1 คน ต่อประชากร 250 คน (สภาการพยาบาล, 2024) จากการที่รัฐบาลมุ่งเน้นให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) เพื่อให้สามารถรองรับการดูแลสุขภาพของประชากรสูงอายุในประเทศที่คาดว่าจะมีอัตราสูงถึง 1 ใน 4 ของประชากรในประเทศ (ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์, 2564) ผลจากการคาดการณ์ความต้องการพยาบาลในอนาคต พบว่า ในอีกระยะ 5 ปีข้างหน้า พยาบาลวิชาชีพบางส่วนจะเข้าสู่วัยเกษียณอายุ ปีละ 4,000-5,000 คน ทำให้กระทบต่ออัตรากำลังของพยาบาลในประเทศที่นอกจากยังต้องผลิตเพิ่มอีกจำนวนหนึ่งแล้ว ยังมีบางส่วนขาดแคลนจากการเกษียณ ส่งผลต่อการขาดแคลนที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเพื่อลดความขาดแคลนของพยาบาลวิชาชีพ และต้องการให้จำนวนสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพนั้นบรรลุเป้าหมายของสัดส่วนประชากรที่ 1:250 จึงมีความจำเป็นต้องขยายกำลังการผลิตบุคลากรทางด้านนี้เพิ่มมากขึ้น

คณะพยาบาลศาสตรัศรัทธาภาควิชา ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เป็นสถาบันการศึกษาที่มีพันธกิจหลักในการผลิตบุคลากรวิชาชีพการพยาบาลที่มีมาตรฐานคุณภาพในระดับสากล เป็นศูนย์กลางการจัดการศึกษาในระดับต่อเนื่องในสาขาพยาบาลศาสตร์ ได้เข้าร่วมโครงการผลิตบัณฑิตในสาขาพยาบาลศาสตร์เพิ่ม ตั้งแต่ปีการศึกษา 2561 ตามแผนกำลังการผลิตของสภาวิชาชีพ ทางคณะพยาบาลศาสตร์ฯ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาการว่างงานของบัณฑิตจบใหม่และบัณฑิตที่จบมาระยะเวลาหนึ่งทั้งสาขาทั่วไป และสาขาทางด้านสุขภาพทั้งสายวิทย์และสายศิลป์ เพื่อเข้าเรียนในสาขาพยาบาลศาสตร์โดยการเทียบโอนหน่วยกิตในหมวดวิชาการศึกษาทั่วไปและใช้ระยะเวลาในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพิ่มในระยะเวลา 30 เดือน การจัดการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น) นั้น ใช้วิธีการศึกษาบนพื้นฐานของ “โลกนี้เป็นห้องเรียน (The World is Our Classroom)” มีการจัดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learning) ใช้วิธีการเรียนรู้แบบนำตนเอง (Self-Directed Learning) การจัดการเรียนรู้แบบใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation Based Learning) เพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลศาสตร์ให้ตรงตามพันธกิจและวิสัยทัศน์ของสถาบัน คือ บัณฑิตจะต้องมีความรอบรู้คู่กับปัญญา สามารถพัฒนาองค์ความรู้ สุนวัตกรรม มีจิตอาสา นำพาความสุข และมีทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพ การสื่อสาร สามารถทำงานเป็นทีมได้ มีความยึดมั่นในคุณธรรม ยอมรับความแตกต่างของพหุวัฒนธรรม และนำผลวิจัยไปใช้ รวมถึงมีการเรียนรู้ตลอดชีวิต การประเมินผลการจัดการศึกษาในปีการศึกษา 2564 ซึ่งเป็นรุ่นแรกของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น) พบปัญหาในการจัดการเรียนการสอนว่า นักศึกษามีปัญหาในเรื่องการปรับตัว เช่น การทำความเข้าใจกับเนื้อหาในรายวิชาพื้นฐานวิชาชีพในผู้เรียนที่สำเร็จการศึกษาในสายอื่นที่ไม่ใช่สายวิทยาศาสตร์ และผู้เรียนที่สำเร็จ

การศึกษามานานมากกว่า 3 ปี เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้ผู้เรียนในรายวิชาพื้นฐานวิชาชีพนี้มีคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ไม่ดี มีการสอบแก้ไข ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความเครียดสะสมส่งผลกระทบต่อการศึกษาในวิชาชีพพยาบาลเป็นอย่างมาก

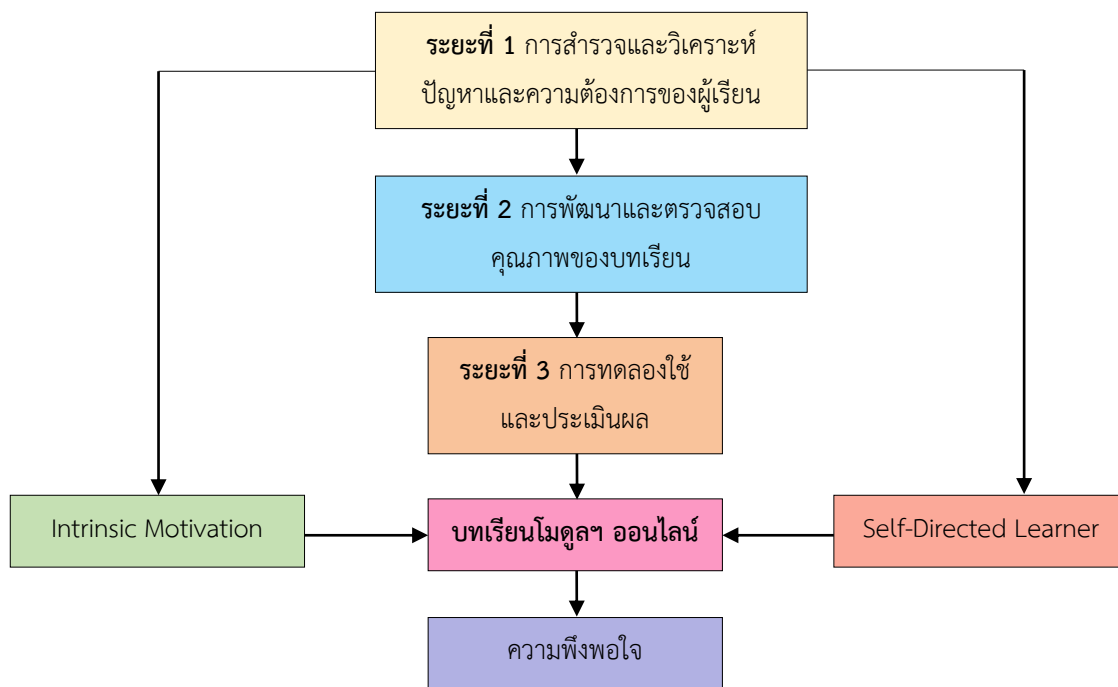
การจัดการเรียนรู้โดยใช้บทเรียนโมดูลเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่มีการสร้างบทเรียนที่มีเนื้อหา หรือกลุ่มประสบการณ์ที่สามารถจบได้ในแต่ละหน่วย สร้างขึ้นเพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้แน่นอนและชัดเจน ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ผู้สอนเป็นเพียงผู้ให้คำชี้แนะในบทเรียนโมดูลจะต้องมีลำดับการนำเสนอที่ดี การจัดลำดับที่ดีเพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ตามลำดับ มีกิจกรรมการเรียนรู้ที่กระตุ้นความสนใจของผู้เรียนได้ดี (อุษา สถิตมัน, มานะ ขาวเงิน และจิตสุภา สาร, 2564) ในบทเรียนโมดูลจะประกอบด้วยแนวคิด วัตถุประสงค์ กิจกรรมการเรียนรู้ สื่อและการประเมินผล (สุวิทย์ มูลคำ และอรทัย มูลคำ, 2545) ในการจัดการเรียนการสอนแบบโมดูลนี้ ต้องสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลา เป็นบทเรียนที่สามารถเรียนผ่านทางออนไลน์ได้ (Erfayliana, Demirci, & Demirci, 2022) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาและประเมินผลบทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพ ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ออนไลน์เพื่อให้นักศึกษาได้มีการเรียนเพื่อช่วยปรับความรู้ ทบทวน ปรับพื้นฐานของรายวิชาชีพเบื้องต้นก่อนที่จะเข้าเรียนในสาขาพยาบาลศาสตร์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจ วิเคราะห์ปัญหาทางด้านการเรียนของนักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น)
2. เพื่อพัฒนาและประเมินผลบทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพ ในรูปแบบออนไลน์สำหรับนักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น)

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดกรอบการวิจัยในครั้งนี้อิงจากทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Andragogy) ของ Knowles (1996) ซึ่งเน้นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีบทบาทเป็นศูนย์กลาง (Learner-Centered) ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและแผนการเรียนรู้ (Self-Directed Learning) นำมาซึ่งแบบแผนการวิจัย ประกอบด้วยแนวทางในการพัฒนาบทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพดังนี้ ระยะเวลาที่ 1 การสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้เรียน ระยะเวลาที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของบทเรียน ระยะเวลาที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีดำเนินการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการระหว่าง ตุลาคม 2566 -มกราคม 2568 ณ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชนวิทยาลัยจุฬาภรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

อาจารย์ผู้สอนในรายวิชาพื้นฐานวิชาชีพทางการพยาบาล ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับ ผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น) จำนวน 11 คน ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก สำหรับอาจารย์ผู้สอน

1. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
2. ปฏิบัติงานในคณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชนวิทยาลัยจุฬาภรณ์
3. มีประสบการณ์สอนในรายวิชาพื้นฐานวิชาชีพทางการพยาบาลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น) มีระยะเวลาในการสอนไม่น้อยกว่า 6 เดือน (เนื่องจากหลักสูตรนี้เปิดสอนได้เพียง 2 รุ่น)

เกณฑ์การคัดออก สำหรับอาจารย์ผู้สอน

1. ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย
2. ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมกิจกรรมวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนด

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น) ได้แก่ ชั้นปีที่ 3 จำนวน 103 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 97 คน ใช้วิธีการเลือกแบบการเลือกแบบ Quota Sampling จากในแต่ละชั้นปีเป็นชั้นปีละ 6 คน จากนั้นนำมาสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ชั้นปีละ 6 คน

สำหรับในระยะทดลองการเรียนด้วยบทเรียนโมดูลนั้นกลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น) จำนวน 83 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คนโดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก สำหรับนักศึกษา

1. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
2. เป็นนักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น) ชั้นปีที่ 1-3

ณ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

เกณฑ์การคัดออก สำหรับนักศึกษา

1. ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้หรือการประเมินผลตามขั้นตอนของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การสำรวจ วิเคราะห์ปัญหาทางด้านการเรียนของนักศึกษาในหลักสูตรฯ

แบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 1) แบบสัมภาษณ์อาจารย์ผู้สอน อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ประสบการณ์สอนในสาขาพยาบาลศาสตร์ สาขาที่สังกัด 2) แบบสัมภาษณ์นักศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น) ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ คณะ/สาขาที่สำเร็จการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และระยะเวลาที่สำเร็จการศึกษา ส่วนที่ 2 จะเป็นคำถามปลายเปิดในประเด็น ปัญหาที่ส่งผลต่อการเรียนในสาขาพยาบาลศาสตร์ การช่วยเหลือทางด้านการเรียน ความรู้พื้นฐานที่ควรศึกษาเพิ่มเติมก่อนมาเรียนในสาขาพยาบาลศาสตร์ วิธีการหรือรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ต้องการ และ ระยะเวลาที่เหมาะสมในการเรียนเพื่อปรับพื้นฐานในรายวิชาพื้นฐาน

ระยะที่ 2 การพัฒนาบทเรียนโมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพ

2.1 บทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพในรายวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาที่ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 11 โมดูล ได้แก่ 1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา 2) โครงสร้างเซลล์เนื้อเยื่อ

และสรีรวิทยาของเซลล์ 3) ระบบปกคลุมร่างกาย 4) ระบบโครงกระดูก 5) ระบบประสาท 6) ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบน้ำเหลือง 7) ระบบหายใจ 8) ระบบย่อยอาหาร 9) ระบบปัสสาวะ 10) ระบบสืบพันธุ์ และ 11) ระบบต่อมไร้ท่อ

2.2. แบบประเมินคุณภาพบทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นแบบสอบถาม มาตรฐานค่า (Rating Scale) โดยกำหนดค่าระดับน้ำหนักคะแนนเป็นคะแนน 5 ระดับ กำหนดประเด็น ในการประเมินคุณภาพประกอบด้วย 1) คุณภาพการนำเสนอ 5 ข้อ 2) คุณภาพเทคนิค 5 ข้อ 3) คุณภาพการจัด บทเรียน 4 ข้อ 4) คุณภาพเนื้อหา 7 ข้อ และ 5) คุณภาพการประเมินระหว่างเรียน 5 ข้อ เกณฑ์ในการกำหนด คุณภาพของบทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพมีรายละเอียดดังนี้ คะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 4.51 -5.00 หมายถึง คุณภาพดีมาก คะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 3.51-4.50 หมายถึง คุณภาพดี คะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 2.51-3.50 หมายถึง คุณภาพปานกลาง คะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 1.51-2.50 หมายถึง ต้องปรับปรุง และคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00-1.50 หมายถึง ใช้ไม่ได้

ระยะที่ 3 การทดลองใช้บทเรียนโมดูลวิชาชีพพื้นฐานวิชาชีพ ประกอบด้วย

3.1 แบบทดสอบวัดความรู้พื้นฐานวิชาชีพก่อนและหลังเรียน ผู้วิจัยดำเนินการสร้างจากแบบทดสอบ จากวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของบทเรียนแต่ละโมดูล เป็นแบบทดสอบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 90 ข้อ

3.2 แบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อการเรียนโดยใช้บทเรียนโมดูลวิชาชีพพื้นฐานวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยกำหนดประเด็นของความพึงพอใจเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านการนำเสนอเนื้อหา 8 ข้อ 2) ด้านรูปแบบ ชุดการเรียนรู้ 5 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า (Rating Scale) คำนน้ำหนักเป็นคะแนน 5 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้ ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 4.51 -5.00หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 3.51-4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับมาก ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 2.51-3.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 1.51-2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 1.00-1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านหลักสูตรและการสอนจำนวน 3 คน พิจารณา ความเหมาะสมของข้อคำถาม และปรับแก้ตามคำแนะนำก่อนทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

บทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านหลักสูตร และการสอน ด้านสื่อและเทคโนโลยีการศึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านเนื้อหาการสอนกายวิภาคศาสตร์ในหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 5 คน ในด้านคุณภาพการนำเสนอ ด้านคุณภาพเทคนิค ด้านคุณภาพการจัด บทเรียน ด้านคุณภาพเนื้อหา และด้านคุณภาพการประเมินระหว่างเรียน จากนั้นจึงนำบทเรียนโมดูลพื้นฐาน วิชาชีพที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 กลุ่ม ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับปริญญาตรีสาขาอื่น) ที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองเพื่อหาประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 75/75

แบบประเมินคุณภาพบทเรียนโมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน โดยมีค่าความเที่ยงตรง (Index of Item Objective Congruence (IOC)) 0.91

แบบทดสอบวัดความรู้พื้นฐานวิชาชีพที่จำเป็นก่อนและหลังเรียน การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.26-0.75 ค่าความเชื่อมั่น 0.70 ได้ทำการปรับปรุง ได้ข้อสอบที่ดีจำนวน 90 ข้อ

แบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน โดยมีค่าความเที่ยงตรง (Index of Item Objective Congruence (IOC)) ที่ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ดำเนินการติดต่ออาจารย์ประจำหลักสูตร อาจารย์ผู้สอน หลังจากนั้นทำหนังสือเพื่อขออนุญาต ในการเข้าสัมภาษณ์ ส่งเอกสารสำหรับการสัมภาษณ์ล่วงหน้า ทำการนัดหมายวันเวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-Depth Interview) การบันทึกบทสนทนา และ ทำการรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์เพื่อทำการวิเคราะห์ โดยในการสัมภาษณ์ใช้เวลาตั้งแต่ 30 60 นาที จำนวน 1 ครั้ง

ระยะที่ 2 ศึกษาเอกสาร ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการสร้างบทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพ ติดต่อผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมินคุณภาพบทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพ นำผลการประเมินมาปรับแก้ไขและพัฒนา ตามคำแนะนำ ทำการทดสอบประสิทธิภาพของบทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพ (Try Out) กับนักศึกษาพยาบาล ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง พัฒนบทเรียนจนได้ประสิทธิภาพตามเกณฑ์

ระยะที่ 3 ผู้วิจัยทำการชี้แจงการใช้งานบทเรียนโมดูลและทำการทดลองใช้บทเรียนโมดูลฯ หลังจากนั้น ทำการประเมินความรู้กลุ่มทดลองด้วยแบบทดสอบวัดความรู้ และประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาในกลุ่มทดลอง ที่มีต่อบทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพ ในระยะนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการเข้าศึกษาบทเรียน โมดูลออนไลน์ด้วยตนเองโดย โมดูลที่ 1-11 ใช้เวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้เรียนปฏิบัติตามคู่มือ ในการเข้าเรียนบทเรียนโมดูลออนไลน์ โดยก่อนเข้าเรียนผู้เรียนต้องทำการประเมินความรู้ก่อนและหลังเรียนด้วย บทเรียนโมดูลฯ ออนไลน์ รวมระยะเวลาในการทดลองใช้บทเรียนโมดูลทั้งหมด 5 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพบทเรียนโมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพ การประเมินความ พึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพื้นฐาน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ประเมินผลความรู้ก่อนและหลังเรียนด้วยบทเรียน โมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพโดยใช้สถิติการทดสอบที (t-test) แบบ Dependent Sample เนื่องจากมีการกระจาย ของข้อมูลแบบปกติ (Normal Distribution)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับความเห็นชอบโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามเกณฑ์การพิจารณาทบทวนแบบกรณียกเว้น (Exemption Review) รหัสโครงการวิจัย 113/2566 ลงวันที่ 27 ตุลาคม 2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาภายใต้หลักจริยธรรม โดยขอความยินยอมจากผู้เรียนก่อนเข้าร่วมวิจัย และรักษาความลับของข้อมูลทั้งหมดโดยไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนของผู้เข้าร่วม

ผลการวิจัย

1. ผลการสำรวจ วิเคราะห์ปัญหาทางการเรียนของนักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น) เพื่อนำมากำหนดขอขายเนื้อหาสาระของบทเรียนโมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพ

ผลการสัมภาษณ์อาจารย์ผู้สอนจำนวน 6 คน อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น) จำนวน 5 คน อาจารย์ผู้สอนให้ความเห็นในเรื่องของปัญหาที่ส่งผลต่อการเรียนการสอน คือ “ผู้เรียนขาดความเชื่อมโยงเนื้อหาความรู้ที่นำไปสู่การใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ความแตกต่างของความรู้พื้นฐานทางด้านวิทยาศาสตร์ระหว่างผู้เรียนที่สำเร็จการศึกษาในสายวิทยาศาสตร์และสายศิลปศาสตร์ ซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้และการปรับตัวของผู้เรียนที่มาเรียนในหลักสูตรฯ” ส่วนความคิดเห็นต่อกระบวนการช่วยเหลือของคณะพยาบาลศาสตรฯ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า “ควรเพิ่มระยะเวลาในการเรียนเพื่อปรับพื้นฐานให้เพิ่มขึ้น และมีการสอนเพิ่มเติมในวิชาวิทยาศาสตร์ กายวิภาคศาสตร์ ชีววิทยาให้เสร็จสิ้นก่อนเปิดภาคการศึกษา การจัดหลักสูตรเรียงตามลำดับความยากง่ายของเนื้อหาการเรียน การปรับวิธีการรับนักศึกษาให้รับเฉพาะผู้เรียนที่สำเร็จปริญญาตรีทางสายวิทยาศาสตร์เท่านั้น ตลอดจนการเพิ่มระยะเวลาของหลักสูตรให้เพิ่มมากขึ้น” สำหรับความรู้พื้นฐานที่ผู้เรียนควรจะได้เรียนรู้เพิ่มเติมก่อนเข้ามาเรียนในหลักสูตรฯ ส่วนใหญ่เห็นว่า “ผู้เรียนควรเรียนเพิ่มเติมในรายวิชาพยาธิสรีร และกายวิภาคศาสตร์” อาจารย์ผู้สอนมีความคิดเห็นว่าการที่ผู้เรียนได้เรียนรู้ในรายวิชานี้จะช่วยให้เพิ่มความเข้าใจ ช่วยในการปรับตัว ในการเรียนในหลักสูตรฯ ได้ดียิ่งขึ้น รูปแบบหรือเทคนิคที่ควรนำมาใช้ในการสร้างหรือพัฒนาบทเรียนในการช่วยเสริมความรู้ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า “ควรเป็น คลิปวิดีโอ หรือบทเรียนคอมพิวเตอร์ออนไลน์ที่สามารถให้ผู้เรียนได้เข้าไปเรียนรู้ทำแบบทดสอบและทบทวนได้ด้วยตนเอง” สำหรับช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเตรียมความพร้อมหรือการปรับพื้นฐานคือ ส่วนใหญ่คิดเห็นตรงกันว่าควรจะมีการปรับพื้นฐานให้กับผู้เรียนก่อนเปิดภาคการศึกษา

ผลการสัมภาษณ์นักศึกษาชั้นปีที่ 2 และ 3 ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น) นักศึกษาส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า “ระยะเวลาในการเรียนในหลักสูตรฯ น้อย และเนื้อหาที่เรียนมีความยากและซับซ้อน ทำให้คนที่ไม่มีความรู้ในสายวิทยาศาสตร์ต้องปรับตัวอย่างมาก มีความกดดันในการเรียนสูง”

ทางด้านความช่วยเหลือจากทางวิทยาลัยพยาบาลฯ นักศึกษามีความคิดเห็นว่า “ควรจัดให้มีการเรียนเพื่อปรับพื้นฐานก่อนเข้าเรียน โดยจัดในเทอมแรกของปีการศึกษา มีการปรับลดวิชา เพราะเนื้อหาอัดแน่นมาก ควรมีการจัดโครงการพี่ต๋องในช่วงเวลาก่อนสอบ และควรเพิ่มความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับคำศัพท์ทางการแพทย์ วิชาพยาธิสรีรวิทยาเบื้องต้น” สำหรับความรู้พื้นฐานที่ผู้เรียนควรจะได้เรียนรู้เพิ่มเติมก่อนเข้ามาเรียนในหลักสูตรฯ ส่วนใหญ่เห็นว่านักศึกษาต้องการเรียนรู้วิชากายวิภาคศาสตร์และพยาธิสรีรวิทยาของมนุษย์ เพราะจะช่วยให้เกิดการเตรียมความพร้อม มีความเข้าใจเบื้องต้น สามารถเชื่อมโยงเนื้อหา และเรียนรู้ได้ดีเพิ่มขึ้น” รูปแบบหรือเทคนิคที่ควรนำมาใช้ในการสร้างหรือพัฒนาบทเรียนในการช่วยเสริมความรู้ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า “ควรจัดให้มีการเรียนผ่านระบบคอมพิวเตอร์ออนไลน์ ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย สามารถทำแบบฝึกหัดในขณะที่เรียนไปด้วยได้ และทบทวนย้อนหลังได้และควรจัดให้มีการเรียนรู้ก่อนเปิดภาคการศึกษา 1 เดือน”

จากผลการสัมภาษณ์สามารถวิเคราะห์ได้ว่ารายวิชาที่ทั้งอาจารย์ผู้สอน และผู้เรียนมีความเห็นควรจัดการเรียนรู้เพิ่มเติมในเนื้อหาเกี่ยวกับวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยามนุษย์เบื้องต้น เพราะนักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น) นั้น เป็นผู้เรียนที่มีความหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นในส่วนของพื้นฐานของการเรียนที่ผ่านมา ช่วงวัย ประสบการณ์ และทั้งการผ่านการทำงานมาแล้วในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งในอดีตที่ผ่านมาผู้ที่เรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตนั้นจะต้องเป็นผู้ที่จบในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ผ่านการเรียนในสายวิทย์-คณิต เท่านั้น ดังนั้นเมื่อทางคณะพยาบาลศาสตร์ฯ ได้เปิดหลักสูตรนี้ขึ้นมาโดยเปิดรับผู้เรียนที่เรียนจบในระดับปริญญาตรีในทุกสาขาวิชาและมีอายุไม่ต่ำกว่า 35 ปี จึงทำให้หลักสูตรนี้มีผู้เรียนที่ไม่ได้จบสายวิทย์-คณิต และผู้เรียนที่จบและทำงานมาในช่วงระยะเวลาหนึ่งซึ่งการมาเรียนใหม่และมาเรียนในสายวิชาชีพที่ตนเองไม่เคยได้เรียนรู้มาก่อนย่อมส่งผลต่อการปรับตัวเป็นอย่างมาก ดังนั้นการช่วยเสริมความรู้ในวิชาที่ยากต่อการทำความเข้าใจ และเป็นสิ่งใหม่ในการเรียนรู้สำหรับผู้เรียนบางคน และช่วยให้ผู้เรียนที่เว้นระยะของการเรียนในชั้นเรียนไประยะเวลาหนึ่งแล้วได้องค์ความรู้ที่จำเป็น ซึ่งคาดว่าจะสามารถช่วยให้การเรียนในวิชาชีพพยาบาลศาสตร์เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น และช่วยลดปัญหาด้านการปรับตัวของผู้เรียน ช่วยปรับพื้นฐานของผู้เรียนให้มีความเข้าใจเนื้อหาเบื้องต้นได้ดีมากยิ่งขึ้น

2. ผลการพัฒนาบทเรียนโมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพ

ผลด้านการประเมินคุณภาพบทเรียนโมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพในวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของมนุษย์เบื้องต้นจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ในด้านคุณภาพการนำเสนอ ด้านคุณภาพเทคนิค ด้านคุณภาพการจัดบทเรียน ด้านคุณภาพเนื้อหา และด้านคุณภาพการประเมินระหว่างเรียน มีค่าเฉลี่ยรวม 4.59 มีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินคุณภาพบทเรียนโมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (n=5)

ประเด็นการประเมิน	Mean	S.D.	ระดับคุณภาพ
ด้านคุณภาพการนำเสนอ			
ความเหมาะสมของการนำเสนอตามหลักการของสื่อการนำเสนอ	4.60	0.49	ดีมาก
ความดึงดูดหรือน่าศึกษาค้นคว้า	4.80	0.40	ดีมาก
ความคิดสร้างสรรค์ของการออกแบบโปรแกรมการนำเสนอ	4.20	1.40	ดี
ความเชื่อมโยงระหว่างหัวข้อบทเรียนกับเนื้อหา	4.60	0.49	ดีมาก
ความเหมาะสมของการออกแบบโดยรวม	4.20	1.40	ดี
ด้านคุณภาพเทคนิค			
ความเชื่อมโยงระหว่างภาพกับเนื้อหา	4.60	0.49	ดีมาก
ความชัดเจนของรูปแบบอักษรที่ใช้นำเสนอ	4.20	1.40	ดี
ความเหมาะสมของขนาดตัวอักษรในการนำเสนอ	4.40	1.21	ดี
ความเหมาะสมกลมกลืนของสีที่ใช้	4.40	1.21	ดี
ความเหมาะสมของสีตัวอักษรกับพื้นหลัง	4.40	1.21	ดี
ด้านคุณภาพการจัดบทเรียน			
ความชัดเจนของคำอธิบายเกี่ยวกับใช้งานโมดูล	4.20	1.37	ดี
ความต่อเนื่องของการนำเสนอเนื้อหาบทเรียน	4.60	0.48	ดีมาก
ความเหมาะสมในการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ควบคุมฯ	4.20	1.37	ดี
ความเหมาะสมของการจัดบทเรียนโดยรวม	4.60	0.49	ดีมาก
ด้านคุณภาพเนื้อหา			
เนื้อหามีความสอดคล้องตามจุดประสงค์การเรียนรู้	4.80	0.40	ดีมาก
ความถูกต้องและเหมาะสมของภาษาที่ใช้	4.80	0.40	ดีมาก
ความเป็นลำดับขั้นในการนำเสนอเนื้อหา	4.80	0.40	ดีมาก
ความเหมาะสมของปริมาณเนื้อหา	4.80	0.40	ดีมาก
ความชัดเจนของเนื้อหาที่นำเสนอในโมดูล	4.80	0.40	ดีมาก
ความยากง่ายสอดคล้องตามระดับผู้เรียน	4.80	0.40	ดีมาก
ความครอบคลุมของหัวข้อเนื้อหาวิชา	4.60	0.49	ดีมาก
ด้านคุณภาพการประเมินระหว่างเรียน			
ความสอดคล้องระหว่างแบบทดสอบในแต่ละโมดูลกับจุดประสงค์	4.80	0.40	ดีมาก
ความสอดคล้องระหว่างแบบทดสอบก่อนเรียนกับเนื้อหาบทเรียน	5.00	0.00	ดีมาก
ความสอดคล้องระหว่างแบบทดสอบหลังเรียนกับจุดประสงค์	5.00	0.00	ดีมาก
ความสอดคล้องระหว่างแบบทดสอบหลังเรียนกับเนื้อหาบทเรียน	5.00	0.00	ดีมาก
คุณภาพการประเมินโดยรวม	4.20	0.74	ดี
เฉลี่ยรวม	4.59	0.67	ดีมาก

3. ผลการตรวจสอบประสิทธิภาพพบทเรียนโมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นให้มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 75/75 โดยทำการทดลอง 3 ครั้ง กับผู้เรียนแบบเดี่ยว แบบกลุ่มย่อย และภาคสนามมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การทดลองหาประสิทธิภาพของบทเรียนโมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพในการทดลองครั้งที่ 1 แบบรายบุคคลกับกลุ่มทดลองจำนวน 3 คน (เก่ง กลาง อ่อน)

พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการทำแบบฝึกหัดภายในแต่ละโมดูลมีค่าเท่ากับ 7.50 (คะแนนเต็ม 10) คิดเป็นร้อยละ 74.50 และคะแนนเฉลี่ยของการทำแบบทดสอบหลังเรียนมีค่าเท่ากับ 8.80 (คะแนนเต็ม 10) ร้อยละ 87.60 โดยมีค่าประสิทธิภาพ $E1/E2 = 74.50/87.60$ บทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพมีประสิทธิภาพไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงบทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพตามข้อเสนอแนะในเรื่องของระยะเวลาในการเรียนที่ควรจะมีความต่อเนื่องกัน ปรับขนาดของตัวอักษรที่เล็กให้มีขนาดที่เพิ่มขึ้น และทำการทดลองในครั้งที่ 2 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การหาประสิทธิภาพของบทเรียนโมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพในการทดลองครั้งที่ 1 แบบรายบุคคล (n=3)

โมดูลที่	แบบฝึกหัดระหว่างเรียน			แบบทดสอบหลังเรียน			ประสิทธิภาพ
	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย (n=3)	E1	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย (n=3)	E2	
1	10	8.00	80.00	10	9.00	90.00	80.00/90.00
2	10	9.00	90.00	10	8.70	80.70	90.00/80.70
3	10	6.30	60.30	10	8.00	80.00	60.30/80.00
4	10	7.30	70.30	10	10.00	100.00	70.30/100.00
5	10	6.70	60.70	10	8.70	80.70	60.70/80.70
6	10	6.70	60.70	10	9.70	90.70	60.70/90.70
7	10	7.30	70.30	10	8.70	80.70	70.30/80.70
8	10	7.00	70.00	10	7.30	70.30	70.00/70.30
9	10	8.30	80.30	10	8.70	80.70	80.30/80.70
10	10	8.30	80.30	10	8.70	80.70	80.30/80.70
11	10	7.00	70.00	10	9.00	90.00	70.00/90.00
รวม	110	7.50	74.50	110	8.80	87.60	74.50/87.60

3.2 การทดลองหาประสิทธิภาพของบทเรียนโมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพในการทดลองครั้งที่ 2 แบบกลุ่มเล็ก (Small Group Testing) กับกลุ่มทดลองจำนวน 10 คน

พบว่าในการหาประสิทธิภาพ ครั้งที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของการทำแบบฝึกหัดภายในแต่ละโมดูลมีค่าเท่ากับ 6.80 (จากคะแนนเต็ม 10) คิดเป็นร้อยละ 68 และคะแนนเฉลี่ยของการทำแบบทดสอบหลังเรียนมีค่า 7.90

(จากคะแนนเต็ม 10) คิดเป็นร้อยละ 79 โดยมีค่าประสิทธิภาพ $E1/E2 = 68.00/79.00$ บทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพมีประสิทธิภาพไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด และผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มรูปภาพในบทเรียนโมดูลที่เข้าใจยาก เช่น ในโมดูลที่ 8 เรื่อง ระบบย่อยอาหาร และโมดูลที่ 3 เรื่อง ระบบปกคลุมร่างกาย ตามคำแนะนำของกลุ่มทดลอง และได้ทำการทดลองในกลุ่มที่ 3 ต่อไป ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การหาประสิทธิภาพของบทเรียนโมดูลวิชาชีพพื้นฐานวิชาชีพในการทดลองครั้งที่ 2 แบบกลุ่มเล็ก (Small Group Testing) (n=10)

มอดูลที่	แบบฝึกหัดระหว่างเรียน			แบบทดสอบหลังเรียน			ประสิทธิภาพ
	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย (n=10)	E1	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย (n=10)	E2	
1	10	7.70	77	10	8.70	87	77/87
2	10	6.80	68	10	7.50	75	68/75
3	10	5.90	59	10	8.60	86	59/86
4	10	7.50	75	10	8.20	82	75/82
5	10	6.90	69	10	8.30	83	69/83
6	10	6.90	69	10	7.20	72	69/72
7	10	6.10	61	10	6.30	63	61/63
8	10	6.20	62	10	7.00	70	62/70
9	10	5.40	54	10	7.90	79	54/79
10	10	8.40	84	10	8.70	87	84/87
11	10	6.70	67	10	8.60	86	67/86
รวม	110	6.80	68	110	7.90	79	68/79

3.3 การทดลองหาประสิทธิภาพของบทเรียนโมดูลวิชาชีพพื้นฐานวิชาชีพในการทดลองครั้งที่ 3 แบบภาคสนาม (Field Try Out) กับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน

พบว่าในการทดสอบประสิทธิภาพบทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพ คะแนนเฉลี่ยของการทำแบบฝึกหัดภายในแต่ละโมดูลมีค่าเท่ากับ 7.50 (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 75 และคะแนนเฉลี่ยของการทำแบบทดสอบหลังเรียนมีค่าเท่ากับ 7.80 (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 78 แสดงว่า บทเรียนมอดูลพื้นฐานวิชาชีพที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพ $E1/E2 = 75/78$ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และสามารถนำไปใช้กับกลุ่มประชากรต่อไปได้ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การหาประสิทธิภาพของบทเรียนโมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพในการทดลองครั้งที่ 3 แบบภาคสนาม (Field Tyr Out) (n=30)

มอดูลที่	แบบฝึกหัดระหว่างเรียน			แบบทดสอบหลังเรียน			ประสิทธิภาพ
	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย (n=30)	E1	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย (n=30)	E2	
1	10	8.20	82	10	8.50	85	82/85
2	10	6.90	69	10	7.30	73	69/73
3	10	7.10	71	10	7.80	78	71/78
4	10	8.20	82	10	7.80	78	82/78
5	10	7.10	71	10	8.50	85	71/85
6	10	8.20	82	10	7.00	70	82/70
7	10	7.10	71	10	6.10	61	71/61
8	10	7.10	71	10	7.60	76	71/76
9	10	6.40	64	10	8.30	83	64/83
10	10	9.20	92	10	8.80	88	92/88
11	10	7.60	76	10	8.30	83	76/83
รวม	110	7.50	75	110	7.80	78	75/78

4. การทดลองใช้บทเรียนโมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพ เป็นการทดลองใช้บทเรียนโมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพ (Implementation) กับกลุ่มทดลองโดยใช้แบบแผนการทดลองแบบ One Group pretest - posttest design

4.1 แบบทดสอบวัดความรู้พื้นฐานวิชาชีพที่จำเป็นก่อนและหลังเรียนวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา

พบว่า คะแนนความรู้ในรายวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาเบื้องต้นของมนุษย์ภายหลังเรียนโดยใช้บทเรียนโมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพในวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของมนุษย์เบื้องต้น สูงกว่าคะแนนก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 พัฒนาการด้านความรู้ความรู้พื้นฐานรายวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาเบื้องต้นของมนุษย์หลังเรียนรู้โดยใช้บทเรียนโมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพในวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของมนุษย์เบื้องต้น

ผลการสอบวัดความรู้	n	คะแนน(k)	Mean	S.D.	t	Sig
การทดสอบก่อนเรียน	40	90	71.42	11.32	5.56**	<0.01*
การทดสอบหลังเรียน	40	90	82.23	5.53		

*p-value < 0.01

4.2 ผลการประเมินความพึงพอใจที่มีต่อการเรียนโดยใช้บทเรียนโมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพที่มีต่อการ การใช้บทเรียนโมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพ

พบว่า มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.54 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.58 โดยมีคะแนนความพึงพอใจในภาพรวมที่ระดับมากที่สุด และคะแนนความพึงพอใจในด้านการจัดวางองค์ประกอบ สวยงาม ง่ายต่อการเรียนรู้ มีคะแนนประเมินต่ำที่สุดมีค่าเฉลี่ยที่ 4.43 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.63 และมีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น) ที่มีต่อการ
ใช้บทเรียนโมดูลวิชาพื้นฐานวิชาชีพ (n=40)

ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ด้านการนำเสนอเนื้อหา			
ความชัดเจนของคำชี้แจงในการใช้ชุดการเรียนรู้	4.45	0.55	มาก
เนื้อหามีความชัดเจน เข้าใจง่าย	4.53	0.59	มากที่สุด
การจัดลำดับเนื้อหามีความต่อเนื่อง	4.50	0.63	มาก
ใบงานและแบบทดสอบช่วยให้เข้าใจเนื้อหามากขึ้น	4.48	0.55	มาก
แบบทดสอบ และใบงานมีความเหมาะสม	4.48	0.59	มาก
ความเหมาะสมสำหรับการศึกษด้วยตนเอง	4.63	0.53	มากที่สุด
ช่วยเพิ่มความรู้พื้นฐาน	4.65	0.61	มากที่สุด
เหมาะสมสำหรับนำมาใช้ในการเรียน	4.65	0.61	มากที่สุด
ด้านรูปแบบชุดการเรียนรู้			
การจัดวางองค์ประกอบ สวยงาม ง่ายต่อการเรียนรู้	4.43	0.63	มาก
รูปแบบตัวอักษร ขนาด สี ชัดเจน อ่านง่าย	4.45	0.59	มาก
การเลือกใช้สี มีความเหมาะสมและกลมกลืน	4.58	0.59	มากที่สุด
รูปภาพที่นำมาใช้ประกอบมีความเหมาะสม	4.63	0.53	มากที่สุด
ภาษาที่ใช้มีความชัดเจนเหมาะสม	4.63	0.53	มากที่สุด
รวม	4.54	0.58	มากที่สุด

การอภิปรายผล

จากผลการพัฒนาบทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตร
พยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น) สามารถนำมาอภิปรายผลตามทฤษฎีการเรียนรู้
ของผู้ใหญ่ (Andragogy) ของ Knowles (1996) ซึ่งเน้นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีบทบาทเป็นศูนย์กลาง (Learner-

Centered) ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและแผนการเรียนรู้ (Self-Directed Learning) สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. จากผลที่ผลประเมินภายหลังที่กลุ่มทดลองได้มีการเรียนด้วยบทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพมีคะแนนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นั้น จากแนวคิดของ Knowles (1980) ได้กล่าวไว้ว่าผู้ใหญ่เรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อสามารถควบคุมการเรียนรู้ของตนเอง และได้ออกแบบการเรียนรู้ตามความต้องการ หรือความสนใจของตนเอง จะเห็นได้ว่าในกระบวนการวิจัยในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจปัญหา ความต้องการของผู้เรียน ว่าความต้องการเป็นอย่างไร ต้องการเรียนในวิชาอะไร รูปแบบหรือระยะเวลาเป็นอย่างไร เมื่อการพัฒนาบทเรียนโมดูลฯตอบสนองความต้องการของผู้เรียนได้ ส่งผลให้ผู้เรียนสามารถกำหนดแนวทางการเรียนรู้ของตนเอง (Self-Directed Learning) ให้สามารถเข้าไปศึกษาทบทวนได้ตลอดเวลา และเข้าเรียนผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น มือถือ แท็บเล็ตได้สะดวก ไม่จำกัดจำนวนครั้ง จึงส่งผลให้ผู้เรียนมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ (Readiness To Learn) ได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ สุภาวดี เพชรขึ้นสกุล และนิสาชล กาญจนพิชิต, 2564 ที่พบว่า การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาบทเรียนเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เรียนจะสามารถช่วยให้ผลการเรียนมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น

2. ผลการพัฒนาบทเรียนโมดูลวิชาชีพพื้นฐานวิชาชีพฯ พบว่า การทดสอบประสิทธิภาพแบบเดี่ยว พบการทดสอบประสิทธิภาพไม่ผ่านเกณฑ์ 75/75 เมื่อมาทำการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ตัวแทนในกลุ่มเก่านั้น เรียนรู้และทำแบบทดสอบได้ดี เนื่องจากเป็นผู้สำเร็จปริญญาตรีในสาขาสาธารณสุขศาสตร์มาประมาณ 1 ปี และปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ในกลุ่มกลางเป็นผู้ที่สำเร็จปริญญาตรีในสาขาทางด้านบัญชี สำเร็จการศึกษามาประมาณ 1 ปี ยังไม่ได้ทำงาน และในกลุ่มอ่อนเป็นผู้สำเร็จปริญญาตรีในสาขาวิศวกรรมศาสตร์มาประมาณ 5 ปี ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรม จากการวิเคราะห์พบว่าการศึกษาในสาขาที่ผ่านการเรียนทางด้านกายวิภาคศาสตร์ และสรีรวิทยามาก่อนจะส่งผลต่อการเรียนในสาขาพยาบาลศาสตร์เนื่องจากมีแผนการเรียนที่ไม่แตกต่างกันมาก ในรายวิชาพื้นฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ อีระชล สาดสิน และคณะ (2563) ที่พบว่า นักศึกษาที่มีพื้นฐานความรู้ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยามาก่อนสามารถปรับตัวและเรียนรู้ได้ดีกว่า

3. ผลการทดลองใช้บทเรียนโมดูลฯ พบว่าผู้เรียนมีความรู้ภายหลังเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สามารถอธิบายได้ว่า บทเรียนโมดูลนี้ทำให้ผู้เรียนได้ Self-Directed Learning (SDL) ซึ่งการเรียนรู้โดยผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและการมีสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย การมีปฏิสัมพันธ์เชิงประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้อาจส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Finn, Sawdon, & McLachlan, 2024) การที่ผู้เรียนสามารถควบคุมการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-Paced Learning) ในบทเรียนมีแบบฝึกหัดจะเป็นการช่วยตอบสนองผู้เรียนตามแนวคิด Self-Directed Learning (SDL) ได้ และเมื่อทำการประเมินความพึงพอใจพบว่าผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อบทเรียนในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะในด้านเนื้อหาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับการเรียนรู้ ด้วยตนเอง ที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้และเพิ่มความพึงพอใจ การที่ผู้เรียน

เกิดความพึงพอใจเมื่อมาทำการวิเคราะห์พบว่าอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น จากการจัดลำดับเนื้อหาอย่างมีระบบ ผู้เรียนความสามารถในการควบคุมอัตราการเรียนรู้ด้วยตนเอง และในรูปแบบของแบบฝึกหัดที่หลากหลายในการสร้างบทเรียนโมดูลๆ มีการผสมผสานระหว่างเนื้อหา รูปภาพ เสียงบรรยาย ช่วยกระตุ้นความสนใจ และเพิ่มความเข้าใจในเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การปรับปรุงการใช้งานบทเรียนโมดูลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นแม้บทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพจะช่วยเพิ่มพูนความรู้และความพึงพอใจของผู้เรียนได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่พบว่ายังมีผู้เรียนบางส่วนเกิดความสับสนในการเริ่มต้นเรียนรู้และเข้าใจเนื้อหาเชิงลึกได้ไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะในหัวข้อที่มีเนื้อหาที่มีความซับซ้อนและมีการใช้คำศัพท์จำเพาะ ดังนั้นในการใช้งานควรมีการชี้แจงขั้นตอนการเรียนรู้และวิธีใช้งานโมดูลอย่างเป็นลำดับ รวมถึงสนับสนุนให้มีการเรียนรู้เชิงปฏิบัติควบคู่กัน เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจให้กับผู้เรียนมากยิ่งขึ้น

2. การนำบทเรียนโมดูลเพื่อเป็นสื่อเสริมการเรียนรู้สำหรับผู้เรียนเบื้องต้น เพราะบทเรียนโมดูลนี้มีความเหมาะสมสำหรับผู้เรียนที่ไม่มีพื้นฐานในรายวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา หรือผู้ที่ต้องการทบทวนความรู้ที่เคยเรียนมา จึงควรใช้เป็นสื่อการเรียนรู้ประกอบในรายวิชาหลัก ไม่ใช่ใช้แทนเนื้อหาทั้งหมดของวิชา โดยผู้เรียนจำเป็นต้องศึกษาควบคู่กับตำราและแหล่งข้อมูลอื่น ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับระดับของหลักสูตรและวัตถุประสงค์การเรียนรู้เฉพาะรายบุคคล

3. การบูรณาการบทเรียนโมดูลเข้ากับระบบการเรียนการสอนและเทคโนโลยีการศึกษา การนำบทเรียนโมดูลไปใช้ร่วมกับแพลตฟอร์มการเรียนรู้ออนไลน์ และจัดการเรียนการสอนในรูปแบบผสมผสาน (Blended Learning) จะช่วยให้นักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา และเกิดความต่อเนื่องในการเรียนรู้ นอกจากนี้ ควรมีระบบสนับสนุนผู้เรียน เช่น ช่องทางปรึกษาออนไลน์หรือกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองและเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาเพิ่มเติมและทดลองใช้ให้ครอบคลุมผู้เรียนจากหลายสาขาวิชาและหลากหลายระดับประสบการณ์ เพื่อให้ผลวิจัยสามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น

2. การวิจัยนี้สามารถนำมาพัฒนาต่อยอดเป็นการสร้างคอร์สเรียนที่ให้ผู้สนใจเข้ามาศึกษาและเก็บหน่วยกิตสำหรับนำไปเป็นหน่วยการเรียนรู้ในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องได้

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). นโยบายการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล.

สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2566 จาก <https://hss.moph.go.th/HssDepartment/itsHSS64.php>.

- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ปี 2563 (ฉบับส่งเสริมและพัฒนาสถานพยาบาล)*. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2566 จาก <https://stopcorruption.moph.go.th/>.
- ธีระชล สาทสิน และคณะ. (2563). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของรายวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาล*, 22(2), 1-12.
- พิมพ์ชนก โสว, เกวลิน ศรีวิชายากร และภัทริยา นวลโย. (2565). *Youth unemployment: ส่องตลาดแรงงานเด็กจบใหม่ยุค COVID-19. Regional Letter (แบ่งปันความรู้... สู่ภูมิภาค)*, (5). สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2566 จาก <https://www.bot.or.th/research-and-publications-pdf>.
- ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์. (2564). *หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น)*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์.
- สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2563). *ข้อมูลเศรษฐกิจและสังคม*. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2566 จาก https://www.nesdc.go.th/socialoutlook_report.
- สุภาวดี เพชรขึ้นสกุล และนิสาชล กาญจนพิชิต. (2564). *การพัฒนาบทเรียนออนไลน์ หลักสูตรทักษะการรู้สารสนเทศสำหรับนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา โดยใช้รูปแบบการเรียนการสอนทางไกลผ่านสื่อออนไลน์ในระบบเปิด (MOOC)*. รายงานการวิจัย. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุวิทย์ มูลคำ และอรทัย มูลคำ. (2545). *21 วิธีการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบการคิด*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- อุษา สลิตย์มัน, มานะ ขาวเงิน และจิตสุภา สาคร. (2021). การพัฒนาหลักสูตรแบบโมดูล และยกระดับศักยภาพภาษาอังกฤษทางด้านโลจิสติกส์ในภาคอุตสาหกรรม. *วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 4(3), 125-138.
- สภาการพยาบาล. (2566). *สช.เร่งเพิ่มจำนวนพยาบาลวิชาชีพ หวังให้ได้อัตราส่วน 1 ต่อ 250 รองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2566 จาก <https://www.hfocus.org/content/2024/02/29878>.
- Erfayliana, Y., Demirci, N., & Demirci, P. T. (2022). Developing online modules for educators in fifth grade physical education class. *Jurnal Moderasi Olahraga*, 2(1), 23-37. <https://doi.org/10.53863/mor.v2i1.420>
- Finn, G. M., Sawdon, M., & McLachlan, J. C. (2024). Factors influencing self-directed learning in undergraduate clinical science education: Student perceptions and experiences. *Advances in Health Sciences Education*, 30, 973-1005. <https://doi.org/10.1007/s10459-024-10383-7>
- Knowles, M. S. (1980). *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall/Cambridge.
- Knowles, M. S. (1996). *Adult learning: Theory and practice*. In R. L. Craig (Ed.), *The ASTD training and development handbook* (4th ed.) New York: McGraw-Hill.

การศึกษาความชุกและผลของการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า ในผู้ป่วยเสพยาเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว

A Study of the Prevalence and Effects of Antidepressant Treatment in Patients with Opioid Use Disorder Undergoing Long-Term Methadone Maintenance Therapy

ฐิติพงศ์ ศิริลักษณ์¹, กันยารัตน์ พรหมคำแดง², เรวดี เจนร่วมจิต^{3*}

Thitipong Sirilak¹, Kanyarat Phromkamdang², Rewadee Jenraumjit^{3*}

โรงพยาบาลแม่วาง¹, โรงพยาบาลสันกำแพง², ภาควิชาบริบาลเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่^{3*},
Maewang Hospital¹, San Kamphaeng Hospital², Department of Pharmaceutical care, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University^{3*}

(Received: November 8, 2024; Revised: March 12, 2025; Accepted: July 1, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยย้อนหลังเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ผลของการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า รวมถึงวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพยาเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด ณ คลินิกเมทาโดนระยะยาว โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 - 31 พฤษภาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) แบบบันทึกคุณลักษณะทั่วไป แบบบันทึกการบำบัดเมทาโดน แบบบันทึกภาวะซึมเศร้า และการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Logistic Regression ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของผู้ป่วยเสพยาเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 94.10 อายุเฉลี่ย 38.90 ปี สารเสพติดโอปิออยด์ที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ เฮโรอีน ร้อยละ 93.10 รองลงมา คือ ฟีน ร้อยละ 6.90 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้เสพยาเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว ร้อยละ 14.20 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 82.76 ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.79 และระดับรุนแรง ร้อยละ 3.45 การรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงจาก 10.69 (S.D. = 3.44) เป็น 1.62 (S.D. = 3.54) หลังได้รับยา การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าพบว่า ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ อาชีพ ประเภทและปริมาณสารเสพติด ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด และขนาดเมทาโดนเฉลี่ยต่อวัน ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จากผลการศึกษาดังกล่าว ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยเมทาโดนทุกคน เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาและการใช้ยาต้านซึมเศร้าอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความชุก, ภาวะซึมเศร้า, ยาต้านซึมเศร้า, การบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว, สารเสพติดโอปิออยด์

*ผู้ให้การติดต่อ เรวดี เจนร่วมจิต e-mail rewadee.w@cmu.ac.th

Abstract

This retrospective cross-sectional analytical study aimed to investigate the prevalence of depression, the effects of antidepressant treatment, and to analyze the factors associated with depression among patients with opioid use disorder undergoing long-term methadone maintenance therapy. The study population included all patients receiving treatment for substance use disorder at the Long-Term Methadone Clinic, Mae Wang Hospital, Chiang Mai Province, between January 1, 2021 and May 31, 2024. Research instruments included the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for assessing depression, a general demographic data form, a methadone treatment record form, a depression assessment form, and a record of antidepressant treatment. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression to determine the association between patient-related factors and depression among individuals receiving methadone maintenance therapy for opioid use disorder.

The results showed that the majority of the participants were male (94.10%) with a mean age of 38.90 years. The most commonly used opioid was heroin (93.10%), followed by opium (6.90%). The prevalence of depression among patients with opioid use disorder undergoing long-term methadone maintenance therapy was 14.20%. Of those, 82.76% had mild depression, 13.79% had moderate depression, and 3.45% had severe depression. Treatment with antidepressant medications significantly reduced depression scores ($p\text{-value} < 0.001$), with the mean depression score decreasing from 10.69 (S.D. = 3.44) to 1.62 (S.D. = 3.54) after treatment. An analysis of factors associated with depression found no statistically significant associations with gender, age, nationality, occupation, type and amount of opioid used, duration of opioid use, or average daily methadone dosage ($p\text{-value} > 0.05$). These findings highlight the importance of routine depression screening for all patients undergoing methadone maintenance therapy, to ensure appropriate mental health care and timely antidepressant treatment.

Keywords: Prevalence, Depression, Antidepressants, Long-term Methadone Maintenance Therapy, Opioid Use Disorder

บทนำ

ปัญหาเสพยาเสพติดนับว่าเป็นหนึ่งในสังคมที่มีผลกระทบรุนแรงในทุกประเทศทั่วโลก แม้ว่าจะมีมาตรการต่าง ๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านยาเสพติด จากข้อมูลรายงาน World Drug Report 2023 ของสำนักงานว่าด้วย

{2/15}

ยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)) ในปี พ.ศ. 2564 พบว่ายังคงมีการใช้ยาเสพติดที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประชากรในช่วงอายุ 15-64 ปี จะมี 1 ใน 17 รายที่เคยใช้ยาเสพติดในรอบ 12 เดือน โดยประมาณการมีผู้ที่ติดยาเสพติดมากถึง 296 ล้านคนจากทั่วโลกในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นจากเดิม 240 ล้านคนจากปี พ.ศ. 2554 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 23 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เสพยาเสพติดมีแนวโน้มอายุน้อยลง จากรายงาน United Nations Office on Drugs and Crime ในปี ค.ศ. 2022 ระบุว่า แม้พื้นที่ปลูกฝิ่นทั่วโลกมีแนวโน้มลดลง แต่เทคโนโลยีการผลิตช่วยเพิ่มผลผลิตต่อพื้นที่ได้มาก (United Nations Office on Drugs and Crime, 2023) สำหรับประเทศไทยพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำเป็นแหล่งผลิตยาเสพติดแหล่งใหญ่ที่สุดในภูมิภาคเอเชีย โดยผลิตยาเสพติดหลายประเภทออกสู่ตลาดด้วยภูมิรัฐศาสตร์ของประเทศไทย ทำให้มีสถานะเป็นตลาดหรือเป็นทางผ่านของยาเสพติดในระดับภูมิภาค ได้แก่ ยาบ้า ไอซ์ เฮโรอีน เคตามีน และกัญชาที่ถูกลักลอบนำเข้าประเทศเป็นจำนวนมาก และเพิ่มขึ้นในทุกปี โดยพบ ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคเหนือตอนบนมากที่สุด จากแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดมากที่สุด คือ ยาบ้า ร้อยละ 79.43 รองลงมา คือ ไอซ์ ร้อยละ 5.71 ฝิ่นร้อยละ 5.20 และเฮโรอีนร้อยละ 4.77 โดยสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ซึ่งได้แก่ เฮโรอีนและฝิ่นยังคงเป็นสารเสพติดที่อันตรายที่สุดโดยเฉพาะการเสพเกินขนาด (คณะกรรมการป้องกันและปราบปราม ยาเสพติด, 2566; United Nations Office on Drugs and Crime, 2023) ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ คุณภาพชีวิต ทั้งต่อตัวผู้เสพ ครอบครัว และสังคม

จากข้อมูล World Drug Report 2023 รายงานว่า สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ยังคงเป็นสารเสพติดที่อันตรายมากที่สุดโดยเฉพาะการเสพเกินขนาด ประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2564 ที่ผ่านมามีประชากรประมาณ 31.1 ล้านคนที่ใช้สารเสพติดโอปิออยด์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการใช้เฮโรอีน (United Nations Office on Drugs and Crime, 2023) แนวโน้มผู้ที่ใช้สารเฮโรอีนในประเทศไทย และการบำบัดรักษาในประเทศไทย ข้อมูลจากแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2566 ผู้เสพสารเสพติดเฮโรอีนมีส่วนของผู้บำบัดเพิ่มขึ้น โดยร้อยละ 59.83 เป็นผู้ที่เคยเข้ารับการบำบัดมาก่อน แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าในพื้นที่ ได้แก่ กรุงเทพฯ กาญจนบุรี เชียงใหม่ เชียงราย ราชบุรีและปทุมธานี มีเด็กและเยาวชนมาเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง และสำหรับฝิ่น ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 53.32 และเป็นผู้ที่เคยเข้ารับการบำบัดมาก่อน ทั้งนี้พื้นที่หลักที่มีผู้ที่เข้ามารับการบำบัด คือ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย และจังหวัดตาก (คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2566)

การบำบัดด้วยเมทาโดน เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1964 เนื่องจากการแพร่ระบาดของเฮโรอีนในสงครามโลกครั้งที่สอง การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับการบำบัดด้วยเมทาโดนแสดงให้เห็นว่า การบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวสามารถลดการใช้เฮโรอีน ลดกิจกรรมทางอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้เฮโรอีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี B รวมด้วย (Teoh Bing Fei, Yee, Habil, & Danaee, 2016) การบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวสามารถเพิ่มอัตราการเข้าทำงาน (Employment Rate) และ

เพิ่มสัมพันธภาพหรือความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคม (Social Well-Being) (Sun et al., 2015) สำหรับประเทศไทย การบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy (MMT)) ได้มีการปฏิบัติติดต่อกัน มานานกว่าหนึ่งทศวรรษ โดยมีรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวมีประมาณ 3,000 ราย ในปี พ.ศ. 2555 โดยมีการจัดทำ “มาตรฐานการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวของประเทศไทย” ประกอบด้วย ขั้นตอนการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการบำบัดจนกระทั่งหยุดการบำบัด การปฏิบัติ ในการให้เมทาโดนระยะยาววิธีดำเนินการที่จำเป็นสำหรับการใช้เมทาโดนอย่างปลอดภัย รวมถึงการเพิ่ม ประสิทธิภาพการกำกับดูแลภายในหน่วยงาน และการส่งต่อระหว่างสถานบริการเมทาโดนระยะยาว (อังกูร ภัทรการ และคณะ, 2556) ผลลัพธ์การบำบัดรักษาผู้ป่วยเมทาโดนระยะยาว ณ คลินิกเมทาโดนสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่าผู้ป่วยที่ใช้การบำบัดวิธีนี้สามารถลดปริมาณการใช้เฮโรอีนได้ ร้อยละ 41.3 หยุดใช้เฮโรอีนได้ร้อยละ 21.9 ผู้ป่วยยังคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษานาน 1 ปีร้อยละ 28.8 และ มีงานทำหรือเรียนหนังสือต่อได้ร้อยละ 72.5 (อิติ ดวงสร้อยทอง และนันทา ชัยพิชิต, 2565)

อาการซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5)) ประกอบไปด้วย อารมณ์ เศร้า การมีความคิดต่อตนเอง ในทางลบ คือ คิดว่าตนเองด้อยค่า รวมไปถึงการคิดฆ่าตัวตาย ความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัวลดลง สมาธิสั้น นอกจากนี้ยังมีการ เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรรมการทานอาหาร การนอน และการเคลื่อนไหว (American Psychiatric Association, 2013) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดด้วย เมทาโดนระยะยาว จากการศึกษาของประเทศมาเลเซียพบว่าผู้ป่วยที่บำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว มีอาการ ซึมเศร้าร่วมด้วย ร้อยละ 44.4 (Baharudin, Mislán, Ibrahim, Sidi, & Nik Jaafar, 2013)

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าชนิดของสารเสพติดและ วิธีการเสพมีผลต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งการศึกษาในประเทศอินเดียพบว่า ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดของส่วนใหญ่เป็นสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ร้อยละ 94.9 มีอาการของโรคซึมเศร้า สูงถึงร้อยละ 84.40 มีความคิดอยากฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 43 ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา และเคยพยายามฆ่าตัวตายแล้วร้อยละ 36 (Armstrong, Nuken, Samson, Singh, Jorm, & Kermode, 2013) จะเห็นว่าการพยายามค้นหาและนำผู้ป่วยเข้ากระบวนการรักษาผู้ที่มี ภาวะซึมเศร้าจากการใช้สารเสพติดที่บำบัดด้วยเมทาโดนมีความสำคัญ

จากปัญหาภาวะซึมเศร้าที่พบได้ในผู้ป่วยเสพสารเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว เป็นปัญหาหลักในพื้นที่ของโรงพยาบาลแม้วาง เนื่องจากมีผู้ป่วยเสพสารเสพติดโอปิออยด์ที่เข้ารับการบำบัด เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564-2567 จำนวน 63, 115, 109 และ 79 รายตามลำดับ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบการคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ใช้สารเสพติดโอปิออยด์ในประเทศแถบตะวันตกและเอเชีย แต่ในประเทศไทยยังไม่มีรายงานดังกล่าว ทั้งที่พบว่าผู้ใช้สารเสพติดโอปิออยด์มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายสูง

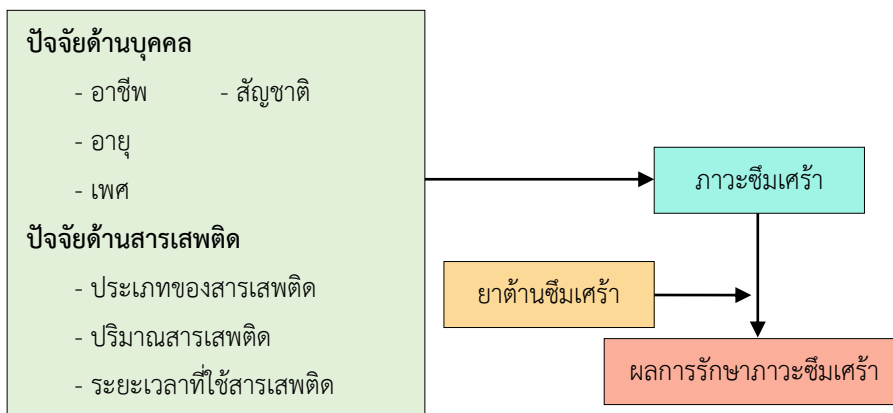
นอกจากนี้ยังไม่พบว่ามีแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ชัดเจน โดยเฉพาะในแง่ของการคัดกรองและรักษาภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพสารเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว
2. เพื่อศึกษาผลของการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพสารเสพติดโอปิออยด์ ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดประเภทโอปิออยด์และได้รับการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ และสัญชาติ และปัจจัยด้านสารเสพติด ได้แก่ ประเภทของสารเสพติด ปริมาณการใช้ ระยะเวลาที่ใช้ และขนาดเมทาโดนเฉลี่ยต่อวัน โดยปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้อาจมีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง Retrospective Cross-Sectional Analytical Study ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 - 31 พฤษภาคม 2567 ณ คลินิกเมทาโดนระยะยาว โรงพยาบาลแม่awang เชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์การจำแนกขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 ICD-10 ว่าเป็นผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ (F 11.2 : Opioid Use Disorder) และผู้ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (F32.0 - F32.9 Major Depressive Disorder) ที่ได้รับการบำบัด ณ คลินิกเมทาโดนระยะยาว โรงพยาบาลแม่วาง เชียงใหม่ โดยมีจำนวนทั้งหมด 236 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ และผู้ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการบำบัดที่คลินิกเมทาโดนระยะยาว โรงพยาบาลแม่วาง เชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 - 31 พฤษภาคม 2567 จำนวน 204 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยนำเข้าการศึกษาทั้งหมด มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์การจำแนกขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (ICD-10) ว่าเป็นผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ (F 11.2: Opioid Use Disorder)
2. มีคะแนนอาการของโรคซึมเศร้า ≥ 7 คะแนน (หมายถึง มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไป) จากแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง
3. ได้รับการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป
4. ได้รับยาต้านซึมเศร้าระยะเวลาไม่น้อยกว่า 4 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม
2. ผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง (เข้ารับการรักษาน้อยกว่า 3 ครั้งต่อเนื่อง)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลการวิจัยมีทั้งหมด 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สัญชาติ การศึกษา ระดับรายได้ โรคร่วมทางกาย โรคร่วมทางจิต สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการใช้สารเสพติด ปริมาณสารเสพติด ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด ส่วนที่ 2 ข้อมูลการบำบัดเมทาโดน จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาที่เริ่มการบำบัดเมทาโดนระยะยาว และ ปริมาณเมทาโดนเฉลี่ยที่ได้รับ (มิลลิกรัมต่อวัน) ส่วนที่ 3 ข้อมูลโรคซึมเศร้าและการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ชนิดยาต้านซึมเศร้า ปริมาณยาต้านซึมเศร้าเฉลี่ยต่อวัน (มิลลิกรัมต่อวัน) ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านซึมเศร้า โดยผู้วิจัยออกแบบแบบบันทึกข้อมูลเอง

2. โปรแกรมระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล HospitalXP และ Query ในการดึงข้อมูลย้อนหลัง

3. แบบประเมินความรุนแรงภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 9 คำถาม (PHQ-9) ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง เกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่เลย = 0, มีบางวันหรือไม่บ่อย = 1, มีค่อนข้างบ่อย = 2, มีเกือบทุกวัน = 3 คะแนนเต็ม 27 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังนี้ น้อยกว่า 7 คะแนน ไม่มีอาการ

ซีมีเศร้า, 7-12 คะแนน มีอาการซีมีเศร้าเล็กน้อย, 13-18 คะแนน มีอาการซีมีเศร้าปานกลาง, มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน มีอาการซีมีเศร้ารุนแรง (ธรรณิทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทรทอง, เบญจมาศ พฤกษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวท และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, 2561)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลแม่วาง โดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 - 31 พฤษภาคม 2567 ซึ่งฐานข้อมูลที่เก็บประกอบไปด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ข้อมูลการบำบัดเมทาโดน และ ส่วนที่ 3 ข้อมูลโรคซีมีเศร้า การรักษาด้วยยาต้านซีมีเศร้า และระดับความรุนแรงภาวะซีมีเศร้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์คุณลักษณะทั่วไปของผู้เสพสารเสพติดที่บำบัดด้วยเมทาโดน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. วิเคราะห์ความชุกของภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยเสพสารเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว โดยใช้สถิติร้อยละ
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของผู้ป่วยเสพสารเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวกับภาวะซีมีเศร้าของผู้ป่วย โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Multivariate Logistic Regression) โดยตัวแปรตามคือภาวะซีมีเศร้า (มีภาวะซีมีเศร้า / ไม่มีภาวะซีมีเศร้า) การคัดเลือกตัวแปรอิสระเพื่อเข้าสู่การวิเคราะห์พหุคูณ ดำเนินการโดยวิเคราะห์เบื้องต้นด้วยสถิติเชิงเดี่ยว (Univariate Logistic Regression) และคัดเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} < 0.25$ เพื่อเข้าสู่โมเดลถดถอยโลจิสติกพหุคูณ จากนั้นใช้วิธีคัดเลือกแบบถดถอยหลัง (Backward Elimination) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ $p\text{-value} < 0.05$ และรายงานผลในรูปของอัตราส่วนความเสี่ยง (Odds Ratio (OR)) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% Confidence Interval (CI)) เพื่อแสดงถึงความแรงและทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับภาวะซีมีเศร้า

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยทบทวนจากเวชระเบียนย้อนหลัง ซึ่งทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภายในโรงพยาบาลแม่วาง การศึกษานี้ผ่านการเสนอโครงร่างงานวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ 28/2567 ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 236 ราย ไม่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.51 และไม่ได้เข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่องจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.10 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 192 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.12 มีอายุเฉลี่ย 38.90 ± 16.35 สารเสพติดที่ใช้เป็นเฮโรอีนจำนวน 190 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.14 รองลงมา คือ ผีนจำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.86 ขนาดของยาโมทาโดนที่ใช้ต่อวันเฉลี่ย 17.42 ± 5.66 มิลลิกรัม และมีโรคทางกายร่วมด้วย 2 รายคิดเป็นร้อยละ 0.98 ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เอ็ดส์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ที่เข้ารับการบำบัดโดยเมทาโดนระยะยาว (n=204)

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	192 (94.12)
หญิง	12 (5.88)
อายุ (ปี)	
Mean $\pm$ S.D.	38.90 $\pm$ 16.35
สัญชาติ	
ไทย	201 (98.53)
ไม่ใช่สัญชาติไทย	3 (1.47)
อาชีพ	
เกษตรกร	48 (23.53)
ค้าขาย	1 (0.49)
นักเรียน/นักศึกษา	30 (14.71)
รับจ้างทั่วไป	120 (58.82)
ไม่มีงานทำ	5 (2.45)
ประวัติการใช้สารเสพติด	
เฮโรอีน	190 (93.14)
ฝิ่น	14 (6.86)
ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด (ปี)	
Median (IQR) (Min-Max)	3 (2) (1-32)
ขนาดเมทาโดนเฉลี่ยที่ใช้ต่อวัน (มิลลิกรัม)	
Mean $\pm$ S.D.	17.42 $\pm$ 5.66

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
โรคร่วมทางกาย	
ไม่มี	202 (99.02)
มี	2 (0.98)
ความดันโลหิตสูง	1 (0.49)
เอ็ดส์	1 (0.49)

2. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพยาเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีโรคร่วมทางจิตอยู่ 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.71 ส่วนใหญ่เป็นโรคซึมเศร้า 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.22 จากการประเมินระดับซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 82.76 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 13.79 และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 3.45 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพยาเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว (n=204)

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
โรคร่วมทางจิต	
ไม่มี	174 (85.29)
มี	30 (14.71)
โรคซึมเศร้า	29 (14.22)
ซึมเศร้าระดับน้อย	24 (82.76)
ซึมเศร้าระดับปานกลาง	4 (13.79)
ซึมเศร้าระดับรุนแรง	1 (3.45)
จิตเภท	1 (0.49)

สำหรับยาต้านซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเสพยาเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวได้รับ คือ Fluoxetine ในขนาด 20 มิลลิกรัม มากที่สุด จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.10 ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้รับยา คือ 247 วัน รองลงมา คือ ยาต้านซึมเศร้า Sertraline ขนาด 50 มิลลิกรัม จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.90 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับยา คือ 173 วัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ยาต้านซึมเศร้าที่สั่งใช้ในผู้ป่วยเสพยาเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว (n=29)

ยาต้านซึมเศร้า/ขนาดยา	ระยะเวลา (วัน) Median, (Min-Max)	ผู้ที่ได้รับยาต้านซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)
Fluoxetine 20 mg วันละ 1 ครั้ง	247 (102-314)	27 (93.10)
Sertraline 50 mg วันละ 1 ครั้ง	173 (150-196)	2 (6.90)

3. ผลการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพยาเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว

พบว่า ผลของการรักษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างด้วยยาต้านซึมเศร้าจำนวน 29 ราย พบว่า การให้ยาต้านซึมเศร้าสามารถลดภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วย PHQ-9 จาก 10.69 ± 3.44 คะแนน เป็น 1.62 ± 3.54 คะแนน โดยค่าเฉลี่ยคะแนน PHQ-9 ก่อนและหลังได้รับยาต้านซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพยาเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว (n=29)

การประเมิน PHQ9	Mean±S.D.	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (95%CI)	P-value
ก่อน	10.69 ± 3.44	9.07 (7.78,10.36)	< 0.001*
หลัง	1.62 3.54		

* $p\text{-value} < 0.05$

4. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพยาเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพยาเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว วิเคราะห์ด้วย Multivariate Logistic Regression Analysis เปรียบเทียบสัดส่วนของการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยควบคุมผลของปัจจัยต่าง ๆ พบว่า เพศ อายุ สัญชาติ อาชีพ ประเภทของสารเสพติด ปริมาณสารเสพติด ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด และขนาดเมทาโดนเฉลี่ยที่ใช้ต่อวัน ไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} > 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพยาเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว

ปัจจัย	Adjusted OR (95% CI)	P-value
อายุ	0.98 (0.94-1.01)	0.21
อาชีพ		
เกษตรกร	0.52 (0.14-1.98)	0.34
นักเรียนนักศึกษา	0.22 (0.04-1.10)	0.067
ประเภทของสารเสพติด	2.72 (0.60-12.27)	0.19
ปริมาณสารเสพติด	1.03 (0.77-1.36)	0.86
ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด	0.99 (0.89-1.09)	0.82
ขนาดเมทาโดนเฉลี่ยที่ใช้ต่อวัน	1.02 (0.94-1.01)	0.59

*ไม่แสดงปัจจัย เพศ เนื่องจากมีเฉพาะเพศชายที่มีภาวะซึมเศร้า

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและผลของการรักษาภาวะซึมเศร้าด้วยยาต้านซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพสารเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเสพสารเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว ณ คลินิกเมทาโดนระยะยาว โรงพยาบาลเมว่ง เชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 236 ราย มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย 204 ราย

จากผลการศึกษาพบว่าความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพสารเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว จากทั้งหมดจำนวน 204 ราย มีภาวะซึมเศร้า 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.22 ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ ในประเทศแถบเอเชีย ได้แก่ ประเทศอินเดีย ประเทศจีน และประเทศมาเลเซีย ที่พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 84.4, 75.1 และ 44.4 ตามลำดับ (Armstrong, Nuken, Samson, Singh, Jorm, & Kermode, 2013; Baharudin, Mislán, Ibrahim, Sidi, & Nik Jaafar, 2013; Li, Gu, Lau, Chen, Mo, & Tang, 2015) อาจเนื่องมาจากกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาของ ประเทศอินเดีย ประเทศจีน และประเทศมาเลเซีย เป็นกลุ่มที่เสพสารเสพติดด้วยวิธีฉีดซึ่งมีความรุนแรงมากกว่า ซึ่งแตกต่างกับการศึกษานี้ที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ใช้ยาเสพติดในรูปแบบฉีด การศึกษาในประเทศจีนพบว่าผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงถึงร้อยละ 75.1 (Li, Gu, Lau, Chen, Mo, & Tang, 2015) ในประเทศเวียดนามพบว่าการเสพโอปิออยด์ด้วยวิธีฉีดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า (Li, Tuan, Liang, Lin, Farmer, & Flore, 2013) อย่างไรก็ตามพบว่ามีบางการศึกษาในประเทศมาเลเซียเมื่อไม่นานมานี้ ภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มลดลงในผู้ป่วยเสพสารเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวเหลือเพียงร้อยละ 13.80 (Wahab, Chun Keat, Azmi, Mahadevan, Muhamed Ramli, & Kian Boon, 2021) ซึ่งค่อนข้างสอดคล้องกับการศึกษานี้ อย่างไรก็ตามความชุกที่ต่างกันอาจมาจากการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือที่ต่างกันด้วย เมื่อดูที่ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับรุนแรงน้อยถึงร้อยละ 82.76 ซึ่งมีความแตกต่างกับการศึกษาในประเทศอิสราเอลของ (Malik, Adelson, Sason, Schreiber, & Peles, 2019) พบว่าร้อยละ 21.3 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง อาจเนื่องจากมีความแตกต่างในเรื่องของกลุ่มผู้เสพสารเสพติดที่ส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาในรูปแบบฉีด มีการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน และมีโรคทางกายร่วมด้วย

ผลของการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้เสพสารเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว ในการศึกษาที่มีการส่งจ่ายยาด้านซึมเศร้า Fluoxetine ในขนาด 20 มิลลิกรัม มากที่สุด จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.10 รองลงมา คือ Sertraline ขนาด 50 มิลลิกรัม จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.90 โดยผลของการรักษาภาวะซึมเศร้าด้วยยาด้านซึมเศร้าจำนวน 29 ราย พบว่าการให้ยาด้านซึมเศร้าสามารถลดภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน PHQ-9 จาก 10.69 ± 3.44 คะแนน เป็น 1.62 ± 3.54 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อวิเคราะห์ผลของการรักษาภาวะซึมเศร้า พบว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ดิน และคณะ

(Dean, Bell, Mascord, Parker, & Christie, 2002) ที่ทำการศึกษารูปแบบ Randomize Controlled Trial (RCT) โดยใช้ยา Fluoxetine ขนาด 20 Mg ในการรักษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้เสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว เทียบกับยาหลอกเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ติดตามผลการรักษาที่ 90 วัน พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงจาก 27.8 ± 7.2 เหลือ 14.1 ± 11.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม และสอดคล้องกับการศึกษา Double-Blind Randomized ของ เปตราคิส และคณะ (Petrakis, Carroll, Nich, Gordon, Kosten, & Rounsaville, 1998) ศึกษาผลของยา Fluoxetine ขนาด 20-60 mg เทียบกับยาหลอกในกลุ่มผู้เสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว เป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 17-item Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) พบว่าในกลุ่มที่ได้รับ Fluoxetine คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงจาก 14.0 ± 4.9 เหลือ 8.0 ± 5.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม และการศึกษาแบบ RCT ในการใช้ยา Sertraline เทียบกับยาหลอก ติดตามการรักษาที่ 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 มีคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าลดลงร้อยละ 50 จากเดิมแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.38$) และร้อยละ 40 มีการใช้สารเสพติดลดลงร้อยละ 50 (Carpenter, Brooks, Vosburg, & Nunes, 2004) จากผลการศึกษาทั้งหมดที่กล่าวมาอาจเห็นได้ว่ายาต้านซึมเศร้าอาจมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างจากยาหลอก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์เชิงอภิมาน (Systematic Review and Meta-Analysis) พบว่าการใช้ยาต้านซึมเศร้าในผู้เสพติดโอปิออยด์ โคเคน หรือ แอลกอฮอล์ ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ยังไม่สามารถสรุปถึงประสิทธิภาพได้ อาจเนื่องมาจากหลายประการ อาทิ กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ช่วงเวลาได้รับยาสั้นเกินไป ขนาดยาไม่เหมาะสม หรือ คุณลักษณะที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งยังคงต้องการการศึกษาในอนาคตเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามยาต้านซึมเศร้ากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) ยังคงเป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เนื่องจากความปลอดภัยจากยา (Iqbal, Levin, & Levin, 2019; Torrens, Fonseca, Mateu, & Farre, 2005)

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเรื่อง เพศ อายุ สัญชาติ อาชีพ ประเภทของสารเสพติด ปริมาณสารเสพติด ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด และขนาดเมทาโดนเฉลี่ยที่ใช้ต่อวัน ไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ในขณะที่การศึกษาของ ยินและคณะ (Yin et al., 2015) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เข้ารับการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว มีเพียงสถานะการมีงานทำ ซึ่งอาจจะขึ้นกับคุณลักษณะพื้นฐานของประชากรที่แตกต่างกัน และต้องการการศึกษาเพิ่มในอนาคต

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

การศึกษาครั้งนี้พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว ร้อยละ 14.20 มีความชุกน้อยกว่าการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมา และการใช้ยาต้านซึมเศร้าสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ดังนั้นจากผลการศึกษาคควรที่จะมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวทุกรายเพื่อที่จะได้รับการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากข้อจำกัดของการศึกษาควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบไปข้างหน้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้อาจจะต้องศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ได้ยาต้านซึมเศร้ากับกลุ่มที่ได้ยาหลอกในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติมในเชิงคุณภาพ หรือ เพิ่มเติมผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตจากกระบวนการรักษา

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2566). *แผนปฏิบัติการภายใต้นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม.
- ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทรทอง, เบญจมาศ พฤษกานนท์, สุพัตรา สุขาวห และ จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2561). ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(4), 321-334.
- อิติ ดวงสร้อยทอง และนันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การบำบัดรักษาผู้ป่วยเมทาโดนระยะยาว สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. *วารสารกรมการแพทย์*, 47(4), 113-121.
- อังกูร ภัทรกร และคณะ. (2556). *มาตรฐานการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition*. Washington: American Psychiatric Association Publishing.
- Armstrong, G., Nuken, A., Samson, L., Singh, S., Jorm, A. F., & Kermode, M. (2013). Quality of life, depression, anxiety and suicidal ideation among men who inject drugs in Delhi, India. *BMC Psychiatry*, 13, 151. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-151>

- Baharudin, A., Mislan, N., Ibrahim, N., Sidi, H., & Nik Jaafar, N. R. (2013). Depression in male patients on methadone maintenance therapy. *Asia-Pacific Psychiatry : Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 5(Suppl 1), 67-73.
<https://doi.org/10.1111/appy.12069>
- Carpenter, K. M., Brooks, A. C., Vosburg, S. K., & Nunes, E. V. (2004). The effect of sertraline and environmental context on treating depression and illicit substance use among methadone maintained opiate dependent patients: A controlled clinical trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(2), 123-134. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2003.11.015>
- Dean, A. J., Bell, J., Mascord, D. J., Parker, G., & Christie, M. J. (2002). A randomised, controlled trial of fluoxetine in methadone maintenance patients with depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 72(1), 85-90. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00419-0](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00419-0)
- Li, J., Gu, J., Lau, J. T., Chen, H., Mo, P. K., & Tang, M. (2015). Prevalence of depressive symptoms and associated factors among people who inject drugs in China. *Drug and Alcohol Dependence*, 151, 228-235. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.03.028>
- Li, L., Tuan, N. A., Liang, L. J., Lin, C., Farmer, S. C., & Flore, M. (2013). Mental health and family relations among people who inject drugs and their family members in Vietnam. *The International Journal on Drug Policy*, 24(6), 545-549.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.06.007>
- Malik, E., Adelson, M., Sason, A., Schreiber, S., & Peles, E. (2019). Outcome of patients with high depressive symptoms on admission to methadone maintenance treatment. *Journal of Dual Diagnosis*, 15(4), 281-290. <https://doi.org/10.1080/15504263.2019.1656353>
- Iqbal, M. N., Levin, C. J., & Levin, F. R. (2019). Treatment for substance use disorder with co-occurring mental illness. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 17(2), 88-97.
<https://doi.org/10.1176/appi.focus.20180042>
- Petrakis, I., Carroll, K. M., Nich, C., Gordon, L., Kosten, T., & Rounsaville, B. (1998). Fluoxetine treatment of depressive disorders in methadone-maintained opioid addicts. *Drug and Alcohol Dependence*, 50(3), 221-226. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(98\)00032-5](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(98)00032-5)

- Sun, H. M., et al. (2015). Methadone maintenance treatment programme reduces criminal activity and improves social well-being of drug users in China: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 5(1), e005997. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005997>
- Teoh Bing Fei, J., Yee, A., Habil, M. H., & Danaee, M. (2016). Effectiveness of methadone maintenance therapy and improvement in quality of life following a decade of implementation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 69, 50-56.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.07.006>
- Torrens, M., Fonseca, F., Mateu, G., & Farré, M. (2005). Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 78(1), 1-22.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.09.004>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *World drug report 2023 : Executive summary*. New York: United Nations.
- Wahab, S., Chun Keat, T., Azmi, A. D., Mahadevan, R., Muhamed Ramli, E. R., & Kian Boon, L. (2021). Risk of depression among MMT patients: Does coping strategies and perceived social support play a role?. *Substance Abuse : Research and Treatment*, 15, 11782218211049407. <https://doi.org/10.1177/11782218211049407>
- Yin, W., et al. (2015). Factors associated with depression and anxiety among patients attending community-based methadone maintenance treatment in China. *Addiction (Abingdon, England)*, 110(Suppl 1), 51-60. <https://doi.org/10.1111/add.12780>

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่ได้รับออกซิเจนอัตราการไหลสูง
ต่อความสำเร็จในการบำบัดและการใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้าในผู้ป่วยอายุรกรรม
The Effects of Implementing a Nursing Practice Guideline for Patients Receiving
High-Flow Oxygen Therapy on Treatment Success and
Delayed Endotracheal Intubation in Medical Patients

จิรนนท์ สุทธิวรานันท์¹, วิมลทิพย์ พวงเข้ม^{2*}, สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม²

Cheeranunt Sutthivaranant¹, Wimonthip Phuangkhem^{2*}, Sutthida Phongphanngam²

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน¹, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา^{2*}

Department of Nursing, Nan Hospital¹, School of Nursing, University of Phayao^{2*}

(Received: November 27, 2024; Revised: February 18, 2025; Accepted: July 14, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลน่าน โดยใช้กรอบแนวคิดของซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ค้นหาปัญหา 2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและทดลองใช้ และ 4) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริงและประเมินผล กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 102 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 51 คน คือ กลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้ข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มประวัติ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูงที่พัฒนาขึ้น มี 3 ระยะ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยระยะก่อนได้รับ ขณะได้รับ และขณะหย่าออกซิเจนอัตราการไหลสูง 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และ 3) แบบประเมินการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบโคลโมโกรอฟ-สมอร์นอฟและการทดสอบของฟิชเชอร์

ผลการศึกษา พบว่าอัตราส่วนความสำเร็จในการใช้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) นอกจากนี้ อัตราส่วนการเกิดความล้มเหลวในการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูงและใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้าลดลงจากร้อยละ 7.84 ในกลุ่มควบคุม เป็นร้อยละ 0 ในกลุ่มทดลอง การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูงช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลและติดตามประเมินความสำเร็จหรือความล้มเหลวในระหว่างการบำบัดอย่างเป็นระบบมีประสิทธิภาพ และเพิ่มมาตรฐานการพยาบาล

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, ออกซิเจนอัตราการไหลสูง, ออกซิเจนบำบัด, การใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้า

*ผู้ให้การติดต่อ วิมลทิพย์ พวงเข้ม e-mail: wimonthip.ph@up.ac.th

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the outcomes of implementing a nursing practice guideline for the care of patients receiving high-flow nasal cannula oxygen therapy in the medical department of Nan Hospital. The study was grounded on Soukup's conceptual framework, which comprises four steps: 1) problem analysis, 2) evidence-based support search, 3) NPG development and pilot study, and 4) implementation and evaluation of the developed NPG. A total of 102 patients were selected through purposive sampling and divided into two groups of 51: the experimental group, which received care based on the developed nursing practice guidelines, and the control group, which received standard nursing care. Data were retrospectively collected from patient records between October 2023 and March 2024. The research instruments included the nursing practice guidelines for high-flow oxygen therapy—covering three phases: prior to initiation, during therapy, and during weaning—along with a general data record form and a high-flow oxygen therapy evaluation form. Data analysis was conducted using descriptive statistics, Chi-square test, Kolmogorov-Smirnov test, and Fisher's exact test.

The study found that the success rate of high-flow oxygen therapy in the experimental group was significantly higher than in the control group ($p\text{-value} < 0.01$). Moreover, the rate of failure in high-flow oxygen therapy requiring delayed endotracheal intubation decreased from 7.84% in the control group to 0% in the experimental group. The implementation of nursing practice guidelines for patients receiving high-flow oxygen therapy enabled nurses to systematically monitor and assess treatment success or failure more effectively, thereby enhancing the quality and standard of nursing care.

Keywords: Nursing Practice Guideline, High-Flow Nasal Cannula, Oxygen Therapy, Delayed Intubation

บทนำ

การให้ออกซิเจนอัตรการไหลสูง (High Flow Nasal Cannula (HFNC)) เป็นการช่วยหายใจแบบไม่ต้องสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 (Delbove, Foubert, Mateos, Guy, & Gousseff, 2021) ในปี ค.ศ. 2021 ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา และสหราชอาณาจักรมีการใช่ออกซิเจนอัตรการไหลสูงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ และแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินร้อยละ 55, 61 และ

69 ตามลำดับ (Alnajada, Blackwood, Messer, Pavlov, & Shyamsundar, 2023) ปัจจุบันออกซิเจนอัตราการไหลสูงถูกนำมาใช้เพิ่มขึ้นในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวชนิดที่ 1 ซึ่งเกิดจากการพร่องออกซิเจนอย่างเฉียบพลัน (Acute Hypoxic Respiratory Failure (AHRF)) เช่น กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน น้ำท่วมปอด และเลือดออกในปอด เป็นต้น นอกจากนี้ ยังนิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันชนิดที่ 2 ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนอากาศเข้าและออกจากปอด (Ventricular Failure) เช่น ความผิดปกติของสมองส่วนกลาง บาดเจ็บที่ศีรษะ กล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนแรง ปอดอุดตันเรื้อรัง หืด พังผืดในปอด และกระดูกสันหลังคด เป็นต้น (Baldomero et al., 2021)

การบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูงมีข้อดี คือ 1) ช่วยปรับอุณหภูมิและความชื้นให้เหมาะสมกับทางเดินหายใจของผู้ป่วยดีกว่าการใช้ออกซิเจนอัตราการไหลต่ำ (Low Flow Oxygen Cannula (LFNC)) หรือการให้ออกซิเจนทางหน้ากากชนิดมีถุงลม (Mask with Bag) 2) ช่วยเพิ่มอัตราการไหลของออกซิเจนให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย 3) ช่วยเพิ่มปริมาณอากาศที่เหลืออยู่ในปอดเมื่อสิ้นสุดการหายใจออกตามปกติ (Functional Residual Capacity (FRC)) 4) สามารถปรับความเข้มข้นของออกซิเจนตามความต้องการ 5) ช่วยลดปริมาตรสูญเปล่า (Dead Space) ในโพรงจมูกและคอ และ 6) เพิ่มความสบายแก่ผู้ป่วยมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การบำบัดด้วยเครื่องช่วยหายใจผ่านทางหน้ากากครอบจมูกและปาก (Non-Invasive Ventilation (NIV)) (Ito et al., 2018; Lodeserto, Lettich, & Rezaie, 2018; Piquilloud et al., 2022) นอกจากนี้ ยังช่วยลดอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจ โรคปอดอักเสบจากการใส่ท่อช่วยหายใจ (Ventilator-Associated Pneumonia) และอัตราการตายในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว (Huang et al., 2018; Rochweg et al., 2020)

อย่างไรก็ตาม ภาวะแทรกซ้อนจากการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูงที่ควรเฝ้าระวัง ได้แก่ ภาวะท้องอืด (Gastric Distension) เกิดจากออกซิเจนบางส่วนอาจเข้าไปในทางเดินอาหาร การบาดเจ็บของผิวหนังหรือเนื้อเยื่อบริเวณจมูก (Nasal Trauma) จากการใส่สายออกซิเจนรัดแน่นเกินไป ภาวะมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) จากการใช้น้ำออกซิเจนบริเวณจมูก (Nasal Prong) ที่มีขนาดใหญ่เกินไป จนอุดรูจมูกจะทำให้เพิ่มแรงดันบวกในทรวงอก เลือดกำเดาไหล (Epistaxis) จากการปรับตั้งค่าอัตราการไหลที่สูง (High Flow Rate) การจำกัดการเคลื่อนไหว ภาวะออกซิเจนเป็นพิษ (Oxygen Toxicity) การได้รับออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงเป็นเวลานาน (Mukherjee & Mukherjee, 2023) นอกจากนี้ ยังมีประเด็นพิจารณา เช่น การบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูงอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้า และการหาหรือในระยะเวลาสำคัญเพื่อกำหนดเพดานการรักษา (Ceiling of Treatment) หรือการตัดสินใจเกี่ยวกับระยะสุดท้ายของชีวิต (End of Life) ของผู้ป่วยล่าช้าได้ (Sharma, Danckers, Sanghavi, & Chakraborty, 2023)

การใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้า (Delayed Intubation) คือ สถานการณ์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจในระหว่างที่ผู้ป่วยบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูงเพื่อยื้อเวลา

ก่อนการจะถูกใส่ท่อช่วยหายใจ อีกนัยหนึ่งคือ ออกซิเจนอัตราการไหลสูงไม่สามารถแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยบางรายจนนำไปสู่ความล้มเหลวในการบำบัด (Failure of High-Flow Nasal Cannula Therapy) การใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้ามักพบในผู้ที่ได้รับออกซิเจนอัตราการไหลสูงอย่างต่อเนื่อง 36-48 ชั่วโมงขึ้นไป ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่เลวลงและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (López-Ramírez, Sanabria-Rodríguez, Bottia-Córdoba, & Muñoz-Velandia, 2023; Miller, Pu, Kukafka, & Bime, 2022) ดังนั้น การติดตามเฝ้าระวังความล้มเหลวหรือความสำเร็จในการบำบัดอย่างต่อเนื่อง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ความสำเร็จในการบำบัด (Success of High-Flow Nasal Cannula Therapy) เป็นผลจากการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงในผู้ที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและมีอาการดีขึ้นจนสามารถหย่าออกซิเจนได้ โดยปัจจัยด้านอายุ คือ อายุไม่เกิน 60 ปี และมีค่าดัชนีออกซิเจนและการหายใจ (Respiratory Rate and Oxygenation Index (ROX Index)) ที่สูงในระยะ 24 ชั่วโมงแรก สัมพันธ์กับความสำเร็จในการบำบัด ในขณะที่การมีอายุมากกว่า 60 ปี และมีปัจจัยเสี่ยง เช่น น้ำหนักเกิน โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคปอดเรื้อรัง ตั้งแต่ 2 ปัจจัยขึ้นไป สัมพันธ์กับความล้มเหลวในการบำบัด (ภทธีรา จริตวัจระ, 2565) สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อถักพบว่าการ ROX index ภายใน 12 ชั่วโมงแรกหลังเริ่มบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง เป็นดัชนีสำคัญในการทำนายความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการบำบัด โดยมีความไว (Pooled Sensitivity) 0.71 และความจำเพาะ (Pooled Specificity) 0.78 (Zhou, Liu, Pan, Xu, & Xu, 2022)

ROX Index คือ อัตราส่วนของค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (Pulse Oxygen Saturation (SpO₂)) ต่อความเข้มข้นของออกซิเจน (fraction of Inspired Oxygen (FiO₂)) ที่ผู้ป่วยได้รับ แล้วหารด้วยอัตราการหายใจ (Respiratory Rate) หากมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ จะเป็นข้อมูลสนับสนุนว่าเกิดความล้มเหลวในการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและทันการณ์ เช่น การรายงานแพทย์เพื่อปรับเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจน อัตราการไหลของอากาศ หรือใส่ท่อช่วยหายใจทันทีหากมีภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง ผู้ป่วยหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปอดอักเสบ หรือน้ำท่วมปอด ที่เกิดความล้มเหลวในการบำบัดแต่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจอย่างรวดเร็ว (Early Intubation) มีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่าผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้า (Praphruekit, Boonchana, Monsomboon, & Ruangsomboon, 2023; Saillard et al., 2022)

โรงพยาบาลน่านมีการใช้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงเพื่อการรักษาผู้ที่มีภาวะพร่องออกซิเจนทั้งในระยะก่อนใส่ท่อช่วยหายใจหรือหลังถอดท่อช่วยหายใจ โดยในปี พ.ศ. 2564 และ 2565 มีผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูงทั้งหมดจำนวน 277 คน และ 422 คน ตามลำดับ แบ่งเป็นผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 138 คน (ร้อยละ 49.82) และ 276 คน (ร้อยละ 65.40) โดยผู้ป่วยอายุรกรรมกลุ่มดังกล่าวเกิดความล้มเหลวในการบำบัดและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 103 คน (งานสถิติ โรงพยาบาลน่าน, 2566) การดูแลผู้ที่ได้รับ

การบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงมีความยุ่งยากซับซ้อน บุคลากรทีมสุขภาพควรได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ (Mukherjee & Mukherjee, 2023) พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนและประเมินความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการบำบัด ในกรณีที่เกิดความล้มเหลวขณะบำบัด ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือทันที เพื่อป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนระดับรุนแรงและลดอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้า

จากการทบทวนการปฏิบัติงานที่ผ่านมา แม้ว่าหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมรับดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูง แต่ไม่มีข้อมูลผลการประเมินความสำเร็จในการบำบัดและความล่าช้าในการใส่ท่อช่วยหายใจในกรณีที่มีความล้มเหลวขณะบำบัด อีกทั้งยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงที่ชัดเจน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับองค์ความรู้และประสบการณ์การทำงานของพยาบาลแต่ละบุคคลที่อาจมีผลต่อคุณภาพการดูแล การประเมินหรือเฝ้าระวังอาการทางคลินิก และการรายงานแพทย์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการติดตามความสำเร็จในการบำบัดและอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้า ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโดยยึดแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน จะช่วยให้มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเพิ่มคุณภาพ และมาตรฐานการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงต่อความสำเร็จในการบำบัดและการใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้าในผู้ป่วยอายุรกรรม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนความสำเร็จในการบำบัดระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนการใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้าระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูง

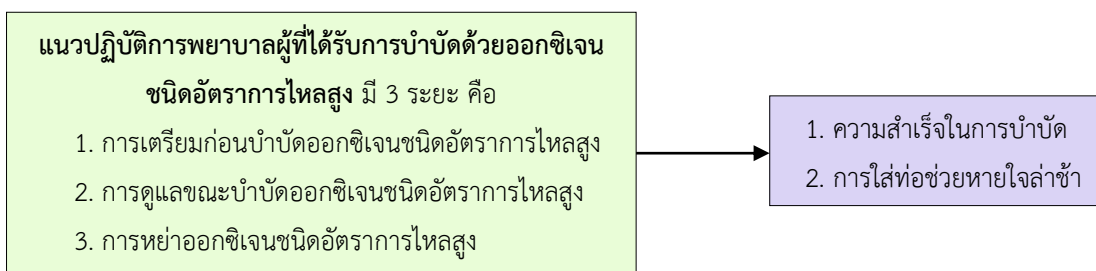
สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงมีอัตราส่วนความสำเร็จในการบำบัดสูงกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ

2. กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูงมีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้ากว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของซูกัพ (Soukup, 2000) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง มี 4 ขั้นตอน คือ 1. การค้นหาปัญหา 2. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3. การพัฒนาแนวปฏิบัติและนำไปทดลองใช้ และ 4. การนำแนวปฏิบัติที่ผ่านการปรับปรุงไปใช้จริงและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567 ณ โรงพยาบาลน่าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนอย่างเฉียบพลันและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลน่าน ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2567 จำนวน 421 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนอย่างเฉียบพลันและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมชั้น 2 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ ชั้น 4 และ 5 ขนาดตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G* Power Version 3.1.9.7 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) สำหรับ 2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) 0.80 เนื่องจากยังไม่พบรายงานการวิจัยก่อนหน้านี้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จึงใช้หลักการกำหนดขนาดอิทธิพลปานกลาง (Moderate Effect Size) 0.50 ของโคเฮน (Cohen, 1988) ได้ขนาด

กลุ่มตัวอย่าง 102 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 51 คน สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติที่ได้รับการพยาบาลปกติ (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง (กลุ่มทดลอง) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง
3. มี Glasgow Coma Score (GCS) 13 คะแนน ขึ้นไป
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยและหรือญาติปฏิเสธการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ (No Intubation)
2. ผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ดูแลไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลการผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice Model) ของซูกัพ (Soukup, 2000) ประกอบด้วย การดูแล 3 ระยะ ดังนี้ 1) การเตรียมก่อนบำบัด ประกอบด้วย การพิจารณาข้อบ่งชี้ ข้อควรระวัง การเตรียมอุปกรณ์ และการเตรียมผู้ป่วยก่อนบำบัด 2) การดูแลขณะบำบัด ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ การวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน อาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน การฟังเสียงปอด การจัดท่า การปรับตั้งค่าต่าง ๆ การประเมิน ROX Index การแปลผลและการพยาบาลตามค่า ROX Index ที่ประเมินได้โดยเฉพาะใน 12 ชั่วโมงแรกของบำบัด โดยกำหนดเกณฑ์ค่า ROX Index เช่น น้อยกว่า 2.85 ในชั่วโมงที่ 2, น้อยกว่า 3.47 ในชั่วโมงที่ 6 และน้อยกว่า 3.85 บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความล้มเหลวในการบำบัด (Ricard et al., 2020) เป็นต้น รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการดูแลด้านจิตใจ และ 3) การหย่าออกซิเจนอัตราการไหลสูง ประกอบด้วย การประเมินข้อบ่งชี้ในการหย่า การฝึกหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ และการส่งเสริมการขยายตัวของปอด

2. แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับฮีโมโกลบิน การใช้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงก่อนหรือหลังใส่ท่อช่วยหายใจ การประเมินสัญญาณทางประสาท เป็นต้น

2.2 แบบประเมินการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง ประกอบด้วย

2.2.1 การบันทึกการตั้งค่าเครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง ได้แก่ ความเข้มข้นของออกซิเจน อัตราการไหล และอุณหภูมิ รวมถึงการประเมินอัตราการหายใจ และความอึดตัวของออกซิเจนในช่วงเวลาก่อนและขณะบำบัด

2.2.2 การติดตามประเมินผู้ป่วยขณะได้รับการบำบัด ได้แก่ ลำดับชั่วโมงที่ได้รับการบำบัด อัตราการหายใจ และความอึดตัวของออกซิเจน และค่า ROX Index โดยทำการบันทึกตั้งแต่เริ่มบำบัดและติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะ 48 ชั่วโมงแรกของการใช้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูงผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index (CVI)) ของแนวปฏิบัติการพยาบาลและแบบบันทึกข้อมูล เท่ากับ 0.92 และ 1 ตามลำดับ หลังจากนั้น นำเครื่องมือวิจัยทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อประเมินปัญหาและความเป็นไปได้ (Feasibility Test) ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลและแบบบันทึกไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลและเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนำ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติหรือก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์คัดเข้าและเข้ารับการรักษาในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 จากข้อมูลในแฟ้มเวชระเบียนและฐานข้อมูลของโรงพยาบาล และเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 51 คน เพื่อลดตัวแปรกวน (Confounding Variables) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนให้แล้วเสร็จก่อนเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ในช่วงเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567 ตามขั้นตอนดังนี้

1. นำเสนอแนวทางปฏิบัติการพยาบาลนี้แก่ทีมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน
2. อบรมพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมชั้น 2 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชั้น 4 และ 5 เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในแนวปฏิบัติการพยาบาลและการใช้แบบบันทึก

3. เมื่อมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงโครงการแก่กลุ่มตัวอย่าง และญาติ เปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ และขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการ

4. เมื่อได้รับความยินยอม ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและเริ่มให้การดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

5. ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการบันทึกการตั้งค่าเครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง อัตราการหายใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจน ความเข้มข้นของออกซิเจน และคำนวณค่า ROX Index ตั้งแต่เริ่มบำบัดและติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะชั่วโมงที่ 2, 6 และ 12 หลังเริ่มบำบัด จนครบ 48 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสำเร็จในการบำบัดและการใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้าในกรณีที่เกิดความล้มเหลวในการบำบัด อย่างไรก็ตาม ความถี่ในการเฝ้าระวังจะยึดตามแนวทางการประเมิน ROX Index ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางการประเมิน ROX Index ในผู้ที่ได้รับออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง

ชั่วโมงที่ใส่ HFNC	ROX Index	การแปลผลและการพยาบาล
2	< 2.85	มีความล้มเหลวในการบำบัด ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ
	2.85 - 4.87	มีความเสี่ยงปานกลางในการใส่ท่อช่วยหายใจ ควรรายงานแพทย์เพื่อปรับตั้งค่าเครื่องให้ออกซิเจน และประเมิน ROX Index ซ้ำทุก 30 นาที
	≥ 4.88	มีความเสี่ยงต่ำในการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ประเมิน ROX Index ซ้ำทุก 1 ชั่วโมง
6	< 3.47	มีความล้มเหลวในการบำบัด ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ
	3.47 - 4.87	มีความเสี่ยงปานกลางในการใส่ท่อช่วยหายใจ ควรรายงานแพทย์เพื่อปรับตั้งค่าเครื่องให้ออกซิเจน และประเมิน ROX Index ซ้ำทุก 30 นาที
	≥ 4.88	มีความเสี่ยงต่ำในการใส่ท่อช่วยหายใจ ควรประเมิน ROX Index ซ้ำทุก 1 ชั่วโมง
12	< 3.85	ความเสี่ยงสูงในการใส่ท่อช่วยหายใจ/เกิดความล้มเหลวในการบำบัด ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ
	3.85 - 4.87	มีความเสี่ยงปานกลางในการใส่ท่อช่วยหายใจ ควรรายงานแพทย์เพื่อปรับตั้งค่าเครื่องให้ออกซิเจน และประเมิน ROX Index ซ้ำทุก 30 นาที
	≥ 4.88	มีความเสี่ยงต่ำในการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ประเมิน ROX Index ซ้ำทุก 1-2 ชั่วโมง อย่างต่อเนื่องจนครบ 48 ชั่วโมง

ที่มา: จาก “Use of nasal high flow oxygen during acute respiratory failure,” by J. D. Ricard, et al. (2020). Intensive Care Medicine, 46, p. 2241.

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. วิเคราะห์ความแตกต่างของคุณลักษณะระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มด้วยสถิติ Fisher's exact test, Kolmogorov-Smirnov z test และ Chi-square test
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราส่วนความสำเร็จในการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตรการไหลสูงระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติด้วยสถิติ Fisher's exact test
4. เปรียบเทียบการใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้าในกรณีที่เกิดความล้มเหลวในการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตรการไหลสูงระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนโรงพยาบาลน่าน หนังสือรับรองเลขที่ COA No. 027/2566 ลงวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่านและแพทย์เจ้าของไข้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ส่งผลกระทบต่อได้รับการรักษาพยาบาลใด ๆ ทั้งสิ้น ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเมื่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ มีการใช้รหัสแทนชื่อ-สกุล และไม่บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถเชื่อมโยงหรือระบุตัวตนของผู้ป่วย และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมของการศึกษา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นเพศชายร้อยละ 64.70 ในขณะที่กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นเพศหญิงร้อยละ 52.70 ค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเท่ากับ 72.35 ปี (S.D. = 13.87) ส่วนกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 68.08 ปี (S.D. = 15.88) กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 39.20 และโรคทางเดินหายใจร้อยละ 35.30 ในขณะที่กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 43.10 และโรคติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 21.60 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 50 ไม่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 76.50 และผลประเมิน GCS 13-15 คะแนน นอกจากนี้ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าฮีโมโกลบินเฉลี่ยประมาณ 10.50 g/dl และมากกว่าร้อยละ 60 ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตรการไหลสูง ในขณะที่ยังไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง

ของข้อมูลคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ด้วยสถิติ Chi-square test, Kolmogorov–Smirnov test, and Fisher's exact test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=102)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		Test	P-value
	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ (n=51)	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n=51)		
เพศ			3.22 ^a	0.11
ชาย	33 (64.70)	24 (47.10)		
หญิง	18 (35.30)	27 (52.90)		
อายุ (ปี)	18-92 Mean = 72.35, S.D. = 13.87	21-99 Mean = 68.08, S.D. = 15.88	0.99 ^b	0.28
การวินิจฉัยโรค			6.38 ^c	0.17
โรคหลอดเลือดสมอง	3 (5.90)	3 (5.90)		
โรคหัวใจและหลอดเลือด	20 (39.20)	22 (43.10)		
โรคทางเดินหายใจ	18 (35.30)	9 (17.60)		
โรคติดเชื้อในกระแสเลือด	4 (7.80)	11 (21.60)		
โรคทางเดินปัสสาวะและอื่น ๆ	6 (11.80)	6 (11.70)		
จำนวนโรครวม			4.95 ^a	0.16
ไม่มี	26 (51.00)	26 (51.00)		
1 โรค	19 (37.30)	23 (45.10)		
2-4 โรค	6 (11.80)	2 (4.00)		
ประวัติสูบบุหรี่			0.69 ^a	0.75
สูบ	6 (11.80)	8 (15.70)		
ไม่สูบ	39 (76.50)	39 (76.50)		
เคยสูบ	6 (11.80)	4 (7.80)		
Glasgow Coma Score ที่เริ่มใช้ HFNC	13-15 Mean = 14.84, S.D. = 0.24	13-15 Mean = 14.69, S.D. = 0.65	0.89 ^b	0.40
ระดับฮีโมโกลบิน (g/dl)	6.7-16.7 Mean = 10.85, S.D. = 2.21	5.5-15.2 Mean = 10.54, S.D. = 2.26	0.59 ^b	0.87
ช่วงเวลาที่ใช้ HFNC			0.04 ^a	0.98
ยังไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ	32 (62.70)	33 (64.70)		
หลังถอดท่อช่วยหายใจ	19 (37.30)	18 (35.30)		

a = Chi-square test, b = Kolmogorov-Smirnov z test, c = Fisher's exact test

2. การเปรียบเทียบความสำเร็จในการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตรการไหลสูง

พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีความสำเร็จในการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตรการไหลสูง จำนวน 50 คน (ร้อยละ 98.04) ในขณะที่กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติพบจำนวน 37 คน (ร้อยละ 72.55) เมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนความสำเร็จในการบำบัดระหว่างกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราส่วนความสำเร็จในการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตรการไหลสูง

ผลลัพธ์	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ (n=51)	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n=51)	Fisher's exact test	P-value
ความสำเร็จในการบำบัด	50 (98.04%)	37 (72.55%)	13.21	<0.001*
ความล้มเหลวในการบำบัด	1 (1.96%)	14 (27.45%)		

*p-value < 0.01

3. การเปรียบเทียบอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้า

พบว่า ในกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ มีผู้ที่เกิดความล้มเหลวในการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตรการไหลสูง จำนวน 14 คน (ร้อยละ 27.45) และมีผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้า 4 คน (ร้อยละ 7.84) ส่วนกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ มีผู้ที่เกิดความล้มเหลวในการบำบัด จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.96) และไม่มีผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มจะเห็นได้ว่า อัตราส่วนการเกิดความล้มเหลวในการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตรการไหลสูงและใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้าลดลงจากร้อยละ 7.84 ในกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ เป็นร้อยละ 0 ในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอัตราส่วนการใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้าในกลุ่มตัวอย่างที่เกิดความล้มเหลวในการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตรการไหลสูงระหว่างกลุ่ม

ผลลัพธ์	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ (n=51)	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n=51)
ความล้มเหลวในการบำบัด	1 (1.96%)	14 (27.45%)
การใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้าในรายที่เกิดความล้มเหลวในการบำบัด	0	4 (7.84%)

การอภิปรายผล

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตรการไหลสูงที่พัฒนาขึ้น พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความสำเร็จในการใช้ออกซิเจนอัตรการไหลสูงมากกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากพยาบาลมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุกกระยะ เป็นไปในทิศทาง

{12/18}

เดียวกัน และมีการกำกับติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ระยะก่อนบำบัดโดยการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติถึงความสำคัญและความจำเป็นในการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา (ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล และอภิสิทธิ์ ตามสัตย์, 2564) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการถอดท่อช่วยหายใจในระยะแรก มักมีความกลัวและวิตกกังวลว่าการใส่ออกซิเจนอัตราการไหลสูงอาจทำให้ปัญหาการหายใจทรุดลงและมีโอกาสที่จะใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (ยุงทอง นาทมนตรี และวัชรยา ตาบุตรวงศ์, 2566) การเลือกขนาดสายให้ออกซิเจนที่เหมาะสม การปรับตั้งค่าเครื่องให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา การจัดท่านอนศีรษะสูง การกระตุ้นไออย่างมีประสิทธิภาพหรือการดูดเสมหะ ทำทางเดินหายใจให้โล่ง และการดูแลความสบาย ปัจจัยเหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้เพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัด (ปาจริย์ ศักดิ์วิลาสกุล, 2566; Colombo et al., 2022)

ออกซิเจนอัตราการไหลสูงเป็นวิธีหลักในการรักษา (First-Line Treatment) ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนในระดับปานกลางถึงรุนแรง ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 150 \text{ mmHg}$) (Rochweg et al., 2020) การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในขณะบำบัด โดยการแนะนำให้ผู้ป่วยปิดปาก จะช่วยลดการรั่วของออกซิเจน และการดูแลไม่ให้สายออกซิเจนเลื่อนหลุดออกจากจมูก เป็นการรักษาระดับแรงดันบวกหลังสิ้นสุดการหายใจออก จึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซและทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ (ธนรัตน์ พรศิริรัตน์ และสุรัตน์ ทองอยู่, 2563) อันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการบำบัด อีกทั้ง การให้ความสำคัญในการประเมินอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจเหนื่อย ซีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำหรือสูงผิดปกติ และความอึดตัวของออกซิเจนลดลง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความล้มเหลวในการบำบัดและผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม (ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล และอภิสิทธิ์ ตามสัตย์, 2564)

นอกจากนี้ ยังมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอย่างต่อเนื่องในขณะที่ผู้ป่วยรับการบำบัดด้วยการใช้ ROX Index เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในชั่วโมงที่ 2, 6 และ 12 ชั่วโมงหลังเริ่มบำบัด ซึ่ง ROX Index เป็นดัชนีบ่งชี้ความสำเร็จหรือความล้มเหลวขณะบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง (Kwon et al., 2024; Ruangsomboon et al., 2023) เนื่องจากเป็นค่าที่คำนวณได้จากค่าความอึดตัวของออกซิเจนระดับความเข้มข้นของออกซิเจนที่ได้รับ และอัตราการหายใจ จึงมีความไวในการประเมินความสำเร็จหรือความล้มเหลวจากการบำบัดได้แม่นยำกว่าการประเมินจากค่าความอึดตัวของออกซิเจน หรือค่าก๊าซออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (PaO_2) เพียงค่าใดค่าหนึ่ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีจำเป็นต้องได้รับออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูง (Schaeffer et al., 2022; Zhou, Liu, Pan, Xu, & Xu, 2022)

ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติมีอัตราส่วนของการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายในหลังเกิดความล้มเหลวในการบำบัดมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยแต่ละระยะการบำบัดอย่างชัดเจน และมีการใช้แบบบันทึกค่า ROX Index เพื่อการติดตามประเมินผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงอย่างต่อเนื่อง

ขณะบำบัด จึงช่วยทำนายแนวโน้มหรือความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจและลดอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้าได้ (Grieco et al., 2021) ซึ่งการศึกษาของ จารุวรรณ ทองมี และจิตรภัทรา จันลาโสม (2566) สนับสนุนว่าการมีสูตรคำนวณ ROX Index ในแบบฟอร์มเฝ้าระวัง ช่วยให้พยาบาลติดตามประเมินได้ถูกต้อง แม่นยำ ร่วมกับการใส่การแปลผลค่า ROX Index ที่บ่งบอกถึงแนวโน้มของความสำเร็จหรือล้มเหลวในการบำบัด ทำให้แพทย์และพยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ความล้มเหลวในการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตรา 100% สามารถเกิดขึ้นได้ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการดำเนินโรคและพยาธิสภาพที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรก็ตาม เมื่อเกิดความล้มเหลวในการบำบัด ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือทันที

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้ออกซิเจนอัตรา 100% และการติดตามประเมินผู้ป่วยด้วยค่า ROX Index ช่วยส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการบำบัดและลดอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้าในผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ ROX Index เป็นหนึ่งในเกณฑ์ในการประเมินภาวะพร่องออกซิเจนในหอผู้ป่วยกลุ่มงานอายุรกรรมและกลุ่มงานอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ควรให้ความสำคัญของการประสานความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับแพทย์ในการใช้ ROX Index เป็นเครื่องมือสื่อสารสภาพอาการของผู้ป่วยเพื่อประเมินความสำเร็จหรือล้มเหลวในการบำบัด และวางแผนปรับเปลี่ยนวิธีการบำบัดด้วยออกซิเจนที่เหมาะสมกับความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วยแต่ละราย หรือร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline) เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตรา 100% อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการที่ดี และมีมาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตามประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะยาว โดยขยายระยะเวลา และขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินประสิทธิภาพ (Effectiveness) และความยั่งยืน (Sustainability) ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล
2. ควรประเมินความพึงพอใจหรือความยากง่ายในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงค่าใช้จ่าย (Cost) ภายหลังมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล
3. ควรศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตรา 100% ในบริบทอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมหลังการผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และพยาบาลวิชาชีพแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลน่านที่ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในขั้นตอนดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- งานสถิติ โรงพยาบาลน่าน. (2566). สถิติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย high flow nasal cannula. น่าน: โรงพยาบาลน่าน.
- จารุวรรณ ทองมี และจิตรภัทรา กันลาโสม. (2566). การพัฒนาแนวทางการใช้แบบประเมินในการดูแลผู้ป่วย Covid-19 ที่ใช้เครื่อง High Flow Nasal Cannula (HFNC). สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2566 จาก [http:// CQI_A0837_สกลนคร_การพัฒนาแนวทางการใช้แบบประเมินในการดูแลผู้ป่วย%20Covid%20-%2019%20.pdf](http://CQI_A0837_สกลนคร_การพัฒนาแนวทางการใช้แบบประเมินในการดูแลผู้ป่วย%20Covid%20-%2019%20.pdf).
- ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล และอภิสิทธิ์ ตามลัดย. (2564). การบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูงสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติการพยาบาลคลินิก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 13(1), 253-264.
- ธนรัตน์ พรศิริรัตน์ และสุรัตน์ ทองอยู่. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะพร่องออกซิเจนและได้รับการรักษาด้วย high flow nasal cannula. *เวชบันทึกศิริราช*, 13(1), 60-68.
- ปาจริย์ ศักดิ์वालีสกุล. (2566). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับออกซิเจนอัตราการไหลสูง. สืบค้นเมื่อ 29 พฤษภาคม 2566 จาก http://somdet.moph.go.th/sd_files/rittapon/research_pajaree.pdf.
- ภทธีรา จริตวัจระ. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันด้วยเครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 41(2), 165-177.
- ยุงทอง นาทมนตรี และวัชรา ตาบุตรวงศ์. (2566). ประสบการณ์ของผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูงผ่านทางจมูกหลังถอดท่อช่วยหายใจ. *วิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(2), E257799.
- Alhajada, A., Blackwood, B., Messer, B., Pavlov, I., & Shyamsundar, M. (2023). International survey of high-flow nasal therapy use for respiratory failure in adult patients. *Journal of Clinical Medicine*, 12(12), 3911. <https://doi.org/10.3390/jcm12123911>

- Baldomero, A. K., et al. (2021). Effectiveness and harms of high-flow nasal oxygen for acute respiratory failure: An evidence report for a clinical guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 174(7), 952-966. <https://doi.org/10.7326/M20-4675>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Erlbaum.
- Colombo, S. M., et al. (2022). Use of high flow nasal cannula in patients with acute respiratory failure in general wards under intensivists supervision: A single center observational study. *Respiratory Research*, 23(1), 171. <https://doi.org/10.1186/s12931-022-02090-x>
- Delbove, A., Foubert, A., Mateos, F., Guy, T., & Gousseff, M. (2021). High flow nasal cannula oxygenation in COVID-19 related acute respiratory distress syndrome: A safe way to avoid endotracheal intubation?. *Therapeutic Advances in Respiratory Disease*, 15, 17534666211019555. <https://doi.org/10.1177/17534666211019555>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Grieco, D. L., et al. (2021). Non-invasive ventilatory support and high-flow nasal oxygen as first-line treatment of acute hypoxemic respiratory failure and ARDS. *Intensive Care Medicine*, 47(8), 851-866. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06459-2>
- Huang, H. W., et al. (2018). Effect of high-flow nasal cannula oxygen therapy versus conventional oxygen therapy and noninvasive ventilation on reintubation rate in adult patients after extubation: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Intensive Care Medicine*, 33(11), 609-623. <https://doi.org/10.1177/0885066617705118>
- Ito, J., et al. (2018). The clinical practice of high-flow nasal cannula oxygen therapy in adults: A Japanese cross-sectional multicenter survey. *Respiratory Investigation*, 56(3), 249-257. <https://doi.org/10.1016/j.resinv.2018.02.002>
- Kwon, H., et al. (2024). Respiratory rate-oxygenation (ROX) index for predicting high-flow nasal cannula failure in patients with and without COVID-19. *The American Journal of Emergency Medicine*, 75, 53-58. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.09.036>

- Lodeserto, F. J., Lettich, T. M., & Rezaie, S. R. (2018). High-flow nasal cannula: Mechanisms of action and adult and pediatric indications. *Cureus*, 10(11), e3639.
<https://doi.org/10.7759/cureus.3639>
- López-Ramírez, V. Y., Sanabria-Rodríguez, O. O., Bottia-Córdoba, S., & Muñoz-Velandia, O. M. (2023). Delayed mechanical ventilation with prolonged high-flow nasal cannula exposure time as a risk factor for mortality in acute respiratory distress syndrome due to SARS-CoV-2. *Internal and Emergency Medicine*, 18(2), 429-437. <https://doi.org/10.1007/s11739-022-03186-4>
- Miller, D. C., Pu, J., Kukafka, D., & Bime, C. (2022). Failure of high flow nasal cannula and subsequent intubation is associated with increased mortality as compared to failure of non-invasive ventilation and mechanical ventilation alone: A real-world retrospective analysis. *Journal of Intensive Care Medicine*, 37(1), 41-45.
<https://doi.org/10.1177/0885066620968041>
- Mukherjee, D., & Mukherjee, R. (2023). High-flow nasal cannula oxygen therapy in the management of respiratory failure: A review. *Cureus*, 15(12). e50738.
<https://doi.org/10.7759/cureus.50738>
- Piquilloud, L., et al. (2022). High flow nasal cannula improves breathing efficiency and ventilatory ratio in COPD patients recovering from an exacerbation. *Journal of Critical Care*, 69, 154023. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2022.154023>
- Praphruetkit, N., Boonchana, N., Monsomboon, A., & Ruangsomboon, O. (2023). ROX index versus HACOR scale in predicting success and failure of high-flow nasal cannula in the emergency department for patients with acute hypoxemic respiratory failure: A prospective observational study. *International Journal of Emergency Medicine*, 16(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12245-023-00477-1>
- Ricard, J. D., et al. (2020). Use of nasal high flow oxygen during acute respiratory failure. *Intensive Care Medicine*, 46, 2238-2247. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06228-7>
- Rochweg, B., et al. (2020). The role for high flow nasal cannula as a respiratory support strategy in adults: A clinical practice guideline. *Intensive Care Medicine*, 46, 2226-2237.
<https://doi.org/10.1007/s00134-020-06312-y>

- Ruangsomboon, O., et al. (2023). Ratio of oxygen saturation to inspired oxygen, ROX index, modified ROX index to predict high flow cannula success in COVID-19 patients: Multicenter validation study. *Western Journal of Emergency Medicine*, 24(3), 511-521. <https://doi.org/10.5811/westjem.58311>
- Saillard, C., et al. (2022). High-flow nasal cannula failure in critically ill cancer patients with acute respiratory failure: Moving from avoiding intubation to avoiding delayed intubation. *PLoS One*, 17(6), e0270138. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270138>
- Schaeffer, B., et al. (2022). Using the ratio of oxygen saturation (ROX) index to predict treatment outcome for high-flow nasal cannula and/or noninvasive ventilation in patients with COPD exacerbations. *Chest*, 162(4), A2605-A2606. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.08.2130>
- Sharma, S., Danckers, M., Sanghavi, D. K., & Chakraborty, R. K. (2023). *High-flow nasal cannula*. Retrieved May 24, 2024 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526071>.
- Soukup, S. M. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. *The Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301-309. doi:10.1016/S0029-6465(22)02468-9
- Zhou, X., Liu, J., Pan, J., Xu, Z., & Xu, J. (2022). The ROX index as a predictor of high-flow nasal cannula outcome in pneumonia patients with acute hypoxemic respiratory failure: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pulmonary Medicine*, 22(1), 121. <https://doi.org/10.1186/s12890-022-01914-2>

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19
ของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดเชียงใหม่
The Relationship Between Health Beliefs and COVID-19 Prevention Behaviors among
Pregnant Women Attending Antenatal Services at Hospitals in Chiang Mai Province

สุปราณี ไชวชรกุล¹, สุพัตรา สินธุบัว^{1*}, ประไพศรี กาบมาลา¹, เยาวลักษณ์ มาก่า¹

Supranee Kowatcharakul¹, Supattra Sinthubua^{1*}, Prapaisri Kabmala¹, Yaowaluck Maka¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

(Received: January 27, 2025; Revised: May 6, 2025; Accepted: July 7, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล จำนวน 23 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ ทำการคัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 380 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.10, S.D. = 0.21) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง และการรับรู้ถึงความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.57 (S.D. = 0.44), 3.39 (S.D. = 0.43), 3.31 (S.D. = 0.43) และ 3.21 (S.D. = 0.52) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.72, S.D. = 0.56) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์พบว่าอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.92, S.D. = 0.27) นอกจากนี้ ยังพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.151, p\text{-value} < 0.01$) จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ที่ถูกต้องและเหมาะสม อันจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีสุขภาพที่แข็งแรง

คำสำคัญ: สตรีตั้งครรภ์, ความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ, โควิด-19, การส่งเสริมสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ สุพัตรา สินธุบัว e-mail: supattra@bcnc.ac.th

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine health beliefs regarding COVID-19 prevention, COVID-19 preventive behaviors, and the relationship between health beliefs and preventive behaviors among pregnant women attending antenatal care clinics in hospitals in Chiang Mai Province. The sample consisted of 380 pregnant women receiving antenatal care services at 23 hospitals in Chiang Mai, selected through simple random sampling. Data were collected using two questionnaires: one assessing health beliefs related to COVID-19 prevention and the other measuring COVID-19 preventive behaviors among pregnant women. Data were analyzed using mean, standard deviation, and Spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that the overall health beliefs regarding COVID-19 prevention among pregnant women were at a high level (Mean = 3.10, S.D. = 0.21). When considering each dimension, it was found that perceived benefits of appropriate preventive practices, perceived susceptibility to infection, perceived cues to action, and perceived severity and complications of the disease were all at a high level, with mean scores and standard deviations of 3.57 (S.D. = 0.44), 3.39 (S.D. = 0.43), 3.31 (S.D. = 0.43), and 3.21 (S.D. = 0.52), respectively. In contrast, perceived barriers to practicing appropriate COVID-19 prevention were at a moderate level (Mean = 2.72, S.D. = 0.56). Preventive behaviors against COVID-19 among pregnant women were found to be at a high level (Mean = 2.92, S.D. = 0.27). Furthermore, there was a statistically significant low positive correlation between overall health beliefs and COVID-19 preventive behaviors ($r_s = 0.151$, $p\text{-value} < 0.01$). These findings can be applied to promote appropriate health belief patterns among pregnant women, thereby enhancing their correct and appropriate COVID-19 preventive behaviors, which may contribute to better health outcomes for both mothers and their unborn children.

Keywords: Pregnant Women, Health Beliefs, Preventive Behaviors, COVID-19, Health Promotion

บทนำ

โรคโควิด-19 หรือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดจากการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ติดต่อกันได้ง่ายผ่านทางละอองเสมหะและการสัมผัส (กรมควบคุมโรค, 2563) การติดเชื้อจะเกิดกลุ่มอาการทางระบบหายใจอย่างรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้ ในปี พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO)) ได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health

Emergencies of International Concern (PHEIC)) (World Health Organization, 2020) โดยปัจจุบันมีประชากรทั่วโลกติดเชื้อโควิด-19 สะสมจำนวน 235,417,062 คน และเสียชีวิตจำนวน 4,811,567 คน (ศูนย์ข้อมูลโควิด-19, 2564) ซึ่งเป็นสตรีตั้งครรภ์และสตรีหลังคลอด 6 สัปดาห์ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2,327 คน และสตรีหลังคลอดเสียชีวิตจำนวน 53 คน โดยพบว่าอัตราการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 มีร้อยละ 2.5 ขณะที่คนปกติมีอัตราการเสียชีวิตจากติดเชื้อโควิด-19 อยู่ที่ร้อยละ 1.04 (ศูนย์ข้อมูลโควิด-19, 2564)

สตรีตั้งครรภ์เป็นกลุ่มเปราะบาง มีความเสี่ยงสูงที่จะสัมผัสกับการติดเชื้อและได้รับผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและกลไกในการตั้งครรภ์ที่เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อที่รุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อระบบหัวใจและทางเดินหายใจได้รับผลกระทบ จะกระตุ้นให้ระบบการหายใจล้มเหลวได้รวดเร็วขึ้น ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยอย่างรุนแรงและเสียชีวิตได้ (กรมอนามัย, 2564) จากรายงานของกรมอนามัยเมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2564 พบสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทยที่ติดเชื้อโควิด-19 เกิดการติดเชื้อลงปอดจำนวน 406 คนจากยอดผู้ติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 1,993 คน นอกจากนี้การติดเชื้อโควิด-19 ยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด การติดเชื้อในเยื่อหุ้มทารก การผ่าคลอดก่อนกำหนด และการตกเลือดหลังคลอด ส่งผลให้เกิดการแท้ง ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกเสียชีวิต (Zaigham & Andersson, 2020) ในประเทศไทยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 ได้รับการผ่าคลอดและคลอดก่อนกำหนดเกือบร้อยละ 18 เทียบกับการคลอดก่อนกำหนดในสถานการณ์ปกติที่อยู่ในระดับร้อยละ 1 และมีทารกเสียชีวิต 24 คน โดยเป็นทารกที่ตายขณะคลอด 11 คนจากยอดทารกที่ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 119 คน (ศูนย์ข้อมูลโควิด-19, 2564)

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดและผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ของประเทศไทย ทำให้กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขมีการยกระดับมาตรการป้องกันและดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์จากการติดเชื้อโควิด-19 เน้นส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัดโดยเว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ รับประทานอาหารที่ปรุงสุก มาตรการตรวจคัดกรองตามนัด เมื่อสงสัยว่าติดเชื้อให้ตรวจเชื้อด้วย Antigen Test Kit รวมถึงควรเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะเกิดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อรุนแรงกว่าคนทั่วไป 3 เท่า อีกทั้งยังส่งผลต่อการสร้างภูมิคุ้มกันของการติดเชื้อไปยังทารกในครรภ์ร่วมด้วย (กรมอนามัย, 2564) หากสตรีตั้งครรภ์ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จะช่วยลดอัตราการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อได้ แต่ในปัจจุบันยังไม่พบรายงานที่แสดงถึงพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ มีเพียงรายงานของกรมอนามัยที่แสดงถึงการได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ โดยพบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 จำนวน 30,441 คน ได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 จำนวน 2,372 คน จากจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ควรได้รับวัคซีนกว่า 400,000 คน ส่วนการศึกษาพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ของประชาชนในจังหวัดพะเยา พบว่ามีพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยพฤติกรรมที่มีคะแนนน้อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์เมื่อต้องออกไปที่สาธารณะ

การใช้มูมข้อศอกหรือแขนด้านในปิดปากหรือจมูกแทนการใช้มือเมื่อไอหรือจาม และการทำความสะอาดมือหลังสัมผัสเงินเหรียญหรือธนบัตร (ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิภา ชัยวรัตน์, 2563) นอกจากนี้ยังพบการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของจังหวัดพิษณุโลกพบว่า ร้อยละ 86.19-91.68 มีการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ร้อยละ 80.93-86.45 ล้างมือด้วยสบู่และน้ำ ร้อยละ 67.65-75.67 รักษาระยะห่าง ร้อยละ 68.30-73.32 เลี่ยงการอยู่ในสถานที่คนอยู่พลุกพล่าน และ ร้อยละ 60.08-68.84 ทำความสะอาดพื้นผิวที่สัมผัสบ่อย (Phitsanulok Provincial Public Health Office, 2021) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทยมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่หรือยังเป็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไขเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) สามารถนำมาอธิบายการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมเจ็บป่วย โดยพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคล มีความเชื่อหรือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและรับรู้ความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (สุจิตรา ชัยวุฒิ, พิมพ์ภาภรณ์ กลั่นกลั่น และอะเคื้อ อุณหเลขกะ, 2566) การส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับในรูปแบบแผนของความเชื่อด้านสุขภาพ โดยคำนึงถึงปัจจัยทางด้านจิตสังคมของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความสนใจในปัญหาทางสุขภาพ ประกอบด้วยโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่ได้รับ ตลอดจนอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่จะกระตุ้นบุคคลให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของไมแมน และเบคเกอร์ (Maiman & Becker, 1974) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรค โดยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมรับประทานอาหารของสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมรับประทานอาหารของสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบต่อสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร (กมลนัธ ภูมิสาร, สุพิศ สิริอรุณรัตน์ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์, 2560) เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มและตัวแบบที่มีชีวิตในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของสตรีตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ผลดีและอุปสรรค (สมถวิล บงกขมาส, 2555) อย่างไรก็ตามการติดเชื้อโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ทำให้ยังไม่มีการศึกษาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย ด้วยสถานการณ์และเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดเชียงใหม่ ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ทั้งนี้ผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแล

สุขภาพของสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อ โควิด-19 และเป็นข้อมูลให้ทีมสุขภาพสามารถเตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ในอนาคตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

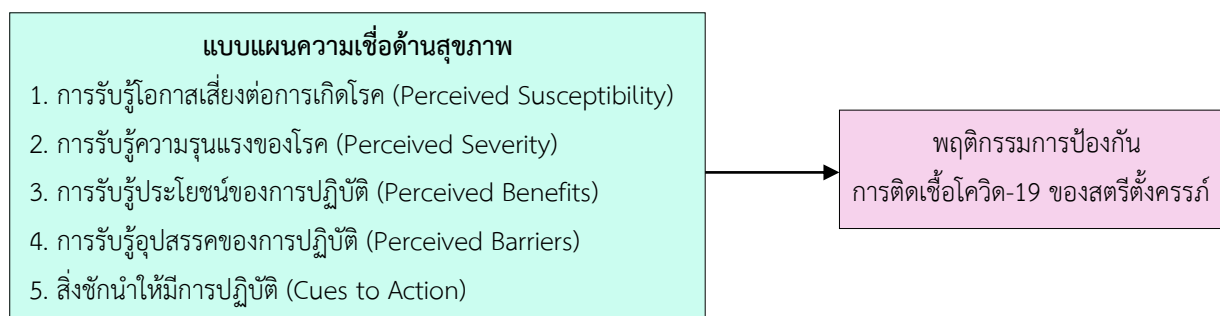
1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดเชียงใหม่

สมมติฐานการวิจัย

ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารั้วนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของไมแมนและเบคเกอร์ (Maiman & Becker, 1974) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาที่เชื่อว่าความเชื่อของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ด้วยความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดีส่งผลในการป้องกันไม่ให้เป็นโรค โดยมีปัจจัยหลักสามประการ ประการแรก คือ ความพร้อมที่จะปฏิบัติ ประกอบด้วยความรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค ประการที่สอง คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยความรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ประการที่สาม คือ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ ซึ่งอาจเป็นสิ่งชักนำมาจากภายในหรือภายนอก ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study) ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ณ โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 23 โรงพยาบาล ดังนี้ โรงพยาบาลระดับ M1 จำนวน 2 โรงพยาบาล โรงพยาบาลระดับ M2 จำนวน 2 โรงพยาบาล โรงพยาบาลระดับ F1 จำนวน 2 โรงพยาบาล โรงพยาบาลระดับ F2 จำนวน 16 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลระดับ F3 จำนวน 1 โรงพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์จำนวนทั้งสิ้น 9,023 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 380 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากขนาดของโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่ ตามเกณฑ์การกำหนดขนาดโรงพยาบาลในแต่ละระดับ โดยการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) และดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยเขียนเลขที่โรงพยาบาลของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการในวันนั้นใส่กระดาษ นำไปใส่กล่องแล้วสุ่มหยิบเลขที่โรงพยาบาลของสตรีตั้งครรภ์ขึ้นมาทีละใบจนครบ 10 คน ในแต่ละครั้งที่รวบรวมข้อมูล ดังแสดงวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling)

โรงพยาบาล	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
1. โรงพยาบาลจอมทอง	809	100
2. โรงพยาบาลสันทราย	733	90
3. โรงพยาบาลหางดง	185	25
4. โรงพยาบาลแม่แตง	372	45
5. โรงพยาบาลดอยสะเก็ด	281	35
6. โรงพยาบาลสารภี	176	25
7. โรงพยาบาลสะเมิง	242	30
8. โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ	260	30
รวม	3,058	380

เกณฑ์การคัดเข้า

1. สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ขึ้นไป เนื่องจากเมื่ออายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์รับรู้ว่าการตั้งครรภ์เกิดขึ้นจริง จะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการแสวงหาความรู้ แสวงหาความรับผิดชอบ เพื่อสร้างความปลอดภัยของการตั้งครรภ์ ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์

3. สตรีตั้งครรภ์ที่สามารถอ่าน เขียน และ/หรือสื่อสารภาษาไทยได้
4. สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการผิดปกติขณะเข้าร่วมการวิจัย เช่น ปวดศีรษะ เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

5. สตรีตั้งครรภ์ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก

สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการผิดปกติในระหว่างการศึกษาวิจัย เช่น มีอาการเจ็บครรภ์ ปวดศีรษะ เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น หากสตรีตั้งครรภ์มีอาการผิดปกติดังกล่าวจะทำการสิ้นสุดการวิจัย และส่งต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อรับการวินิจฉัยและการรักษาในสถานพยาบาลที่ทำการวิจัยทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ โรคประจำตัว การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19

2. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 40 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 17 ข้อ แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 17 ข้อ และการรับรู้สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มีคำตอบเป็นทางเลือก 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อคำถามด้านบวก		ข้อคำถามด้านลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	คะแนน	1	คะแนน
เห็นด้วย	3	คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน	4	คะแนน

การแปลผลคะแนนตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง แบ่งเป็น ระดับน้อย (1-8 คะแนน) ระดับปานกลาง (9-16 คะแนน) ระดับสูง (17-24 คะแนน) 2) การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน แบ่งเป็น ระดับน้อย (1-6 คะแนน) ระดับปานกลาง (7-13 คะแนน) ระดับสูง (14-20 คะแนน)

3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ แบ่งเป็น ระดับน้อย (1-8 คะแนน) ระดับปานกลาง (9-16 คะแนน) ระดับสูง (17-24 คะแนน) 4) การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติ แบ่งเป็น ระดับน้อย (1-22 คะแนน) ระดับปานกลาง (23-45 คะแนน) ระดับสูง (46-68 คะแนน) 5) การรับรู้สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ แบ่งเป็น ระดับน้อย (1-8 คะแนน) ระดับปานกลาง (9-16 คะแนน) ระดับสูง (17-24 คะแนน)

การแปลผลคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ ระดับสูง (3.01-4.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน) ระดับน้อย (1.00-2.00 คะแนน)

3. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 31 ข้อ ลักษณะของคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มีคำตอบเป็นทางเลือก 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง 3 คะแนนปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลย 1 คะแนน การแปลผลคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ ระดับน้อย (1.00-1.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) ระดับสูง (2.34-3.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ สูติแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญการติดเชื้อจำนวน 1 คน และอาจารย์พยาบาลทางสูติศาสตร์ จำนวน 1 คน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index (CVI)) เท่ากับ 0.90 ทั้งสองฉบับ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ ไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ เท่ากับ 0.82 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูลผ่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ส่งไปยังโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 8 แห่ง

2. หลังจากได้รับอนุญาตให้รวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขอบเขต ระยะเวลาในการดำเนินการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้

ในการวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการทำวิจัยในครั้งนี้ และขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลในแผนกฝากครรภ์ของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อนัดหมาย วัน เวลา ในการรวบรวมข้อมูล โดยพิจารณาวัน เวลา ที่ให้บริการฝากครรภ์ของแต่ละโรงพยาบาล

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากเลขประจำตัวผู้ป่วย หลังจากนั้นแจกแบบสอบถามแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์

5. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้สตรีตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 15-20 นาที ขณะตอบแบบสอบถาม หากสตรีตั้งครรภ์มีอาการไม่สุขสบาย เช่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน จะให้สตรีตั้งครรภ์ยุติการตอบแบบสอบถามทันทีและคัดออกจากการวิจัย

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ โดยกำหนดกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และใช้เกณฑ์แปลผลระดับความสัมพันธ์ ดังนี้ ความสัมพันธ์ระดับสูง ($r_s > 0.70$) ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($r_s = 0.30-0.70$) และความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($r_s < 0.30$) (Grove & Gray, 2019)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ รหัสโครงการ C02/2565 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2564 ผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองตามความสมัครใจ และลงลายมือชื่อในแบบสอบถาม และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยนี้

ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ อีกทั้งการเก็บข้อมูลของการวิจัยเป็นความลับและการเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยทางด้านวิชาการและการวิจัยเฉพาะส่วนที่ไม่สามารถระบุถึงตัวกลุ่มตัวอย่างได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 27.27 ปี (S.D. = 5.38) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.16 มีสถานภาพสมรสอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 95.79 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 30.00 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 41.05 รายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 10,701.57 บาท (S.D. = 7,473.54) จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก ร้อยละ 37.10 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 97.89 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 97.37 และมีการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการแพร่ระบาดเชื้อโควิด-19 ผ่านทางอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 36.65 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=380)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Mean = 27.27, S.D. = 5.38)		
20-30	278	73.16
31-40	96	25.26
มากกว่า 40	6	1.58
สถานภาพสมรส		
อยู่ร่วมกัน	364	95.79
แยกกันอยู่	13	3.42
หย่าร้าง	3	0.79
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	35	9.21
ประถมศึกษา	40	10.53
มัธยมศึกษาตอนต้น	97	25.53
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	114	30.00
อนุปริญญา/ปวส.	35	9.21
ปริญญาตรี	59	15.52
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	156	41.05
แม่บ้าน	83	21.84
เกษตรกร	67	17.63

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ค้าขาย	30	7.89
ธุรกิจส่วนตัว	27	7.11
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	12	3.16
ข้าราชการ	5	1.32
รายได้ต่อเดือน (บาท) (Mean = 10,701.57, S.D. = 7,473.54)		
< 5,000	83	21.84
5,000-10,000	195	51.32
10,001-15,000	42	11.05
15,001-20,000	36	9.47
20,001-25,000	5	1.32
25,001-30,000	13	3.42
> 35,000	6	1.58
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
1	141	37.10
2	137	36.05
3	70	18.42
4	24	6.32
5	8	2.11
ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์		
ไม่มี	372	97.89
มี	8	2.11
ไวรัสตับอักเสบบี	3	37.50
เบาหวานขณะตั้งครรภ์	2	25.00
เลือดออกทางช่องคลอด	2	25.00
ภาวะซีด	1	12.50
โรคประจำตัว		
ไม่มี	370	97.37
มี	10	2.63
ภูมิแพ้	4	40.00
ภูมิแพ้ตัวเอง (SLE)	2	20.00
ไม่เกรน	1	10.00
ไทรอยด์เป็นพิษ	1	10.00
ความดันโลหิตสูง	1	10.00
ลิ้นหัวใจรั่ว	1	10.00

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการแพร่ระบาดเชื้อโควิด-19*		
อินเทอร์เน็ต	243	36.65
โทรทัศน์	154	23.23
บุคลากรทางการแพทย์	99	14.93
บุคคลในครอบครัว	82	12.37
เพื่อน	60	9.05
วิทยุ	25	3.77

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

2. ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์

พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.10, S.D. = 0.21) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.57, S.D. = 0.44, Mean = 3.39, S.D. = 0.43, Mean = 3.31, S.D. = 0.43 และ Mean = 3.21, S.D. = 0.52 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.72, S.D. = 0.56) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ (n=380)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	แปลผล
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	3.10	0.21	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติที่ถูกต้อง	3.57	0.44	สูง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	3.39	0.43	สูง
การรับรู้สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง	3.31	0.43	สูง
การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อ	3.21	0.52	สูง
การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติที่ถูกต้อง	2.72	0.56	ปานกลาง

3. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์

พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.92, S.D. = 0.27) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้านพบกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับ ได้แก่ การสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาขณะอยู่ในที่ที่มีคนแออัด (Mean = 2.95, S.D. = 0.24) รองลงมา คือ การสวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อมีอาการเจ็บป่วย (Mean = 2.91, S.D. = 0.31) และการวัดไข้เมื่อเข้าไปในสถานที่ที่มีเครื่องวัดไข้ตั้งไว้

ตรงทางเข้า (Mean = 2.91, S.D. = 0.31) ส่วนพฤติกรรมที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การออกกำลังกายตามความเหมาะสมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ (Mean = 2.32, S.D. = 0.60) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงระดับของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ (n=380)

พฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์	Mean	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
ท่านสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา ขณะอยู่ในที่ที่มีคนแออัด	2.95	0.24	สูง
ท่านสวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อมีอาการเจ็บป่วย	2.91	0.31	สูง
ท่านวัดไข้ เมื่อเข้าไปในสถานที่ที่มีเครื่องวัดไข้ ตั้งไว้ตรงทางเข้า	2.91	0.31	สูง
ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัด หรืออาการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง	2.87	0.36	สูง
เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านหยุดพักอยู่บ้าน ไม่ออกไปนอกบ้าน ไม่เดินทางไปชุมนุมหรือที่สาธารณะ	2.86	0.36	สูง
ท่านรับประทานยา/วิตามิน ตามที่แพทย์/บุคลากรทางการแพทย์จ่ายให้	2.85	0.40	สูง
ท่านงดเดินทางไปยังพื้นที่ ที่มีการรายงานว่าเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อโรคระบาด	2.85	0.42	สูง
ท่านรับประทานอาหารปรุงสุกที่ผ่านการใช้ความร้อนเสมอ	2.84	0.39	สูง
ท่านไม่ใช้ของใช้ร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดมือ แก้วน้ำ และหลอดดูดน้ำ เป็นต้น	2.81	0.46	สูง
ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	2.81	0.42	สูง
ท่านติดตามข่าวสารสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-19 จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น ทางโทรทัศน์/วิทยุ/อินเทอร์เน็ต	2.80	0.41	สูง
ท่านสำรวจอาการผิดปกติของร่างกายตนเองตามที่แพทย์/บุคลากร ทางการแพทย์แนะนำ	2.79	0.42	สูง
เมื่อท่านเจ็บป่วยมีไข้ ไอ เจ็บคอ ท่านไปพบแพทย์ทันที	2.79	0.41	สูง
เมื่อท่านพบผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยเป็นไข้หวัด มีอาการไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ ท่านแนะนำให้บุคคลนั้นรีบไปรับการรักษา	2.77	0.45	สูง
ท่านล้างทำความสะอาดมือด้วยสบู่/เจลแอลกอฮอล์ หลัง ไอ จาม หรือสั่งน้ำมูก	2.74	0.45	สูง
ท่านล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นอย่างน้อย 70% ทุกถึง เมื่อต้องออกไปที่สาธารณะ	2.74	0.46	สูง
ท่านทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว ในถุงพลาสติกที่ปิดสนิทก่อนทิ้งลงใน ถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด	2.72	0.50	สูง
เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านนอนแยกห้องกับบุคคลอื่นในบ้าน	2.71	0.50	สูง
ท่านหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ ที่แออัด/มีคนอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมาก	2.70	0.47	สูง
ท่านไม่รับประทานอาหารดิบ และอาหารที่ไม่ผ่านความร้อน	2.69	0.58	สูง
ท่านตรวจหาเชื้อโควิด-19 (ATK) ด้วยตนเอง เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ไข้ ไอ	2.68	0.55	สูง

พฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์	Mean	S.D.	ระดับพฤติกรรม
เจ็บคอ หรือมีความเสี่ยงจากสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19			
หลังทั้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว ท่านทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์/แอลกอฮอล์สเปรย์/สบู่ทันที	2.67	0.51	สูง
ท่านไม่สัมผัสตา จมูก ปาก หรือหน้ากากอนามัยที่สวมใส่โดยไม่จำเป็น	2.58	0.52	สูง
เมื่อไอ จาม ท่านใช้กระดาษทิชชูปิดปากปิดจมูกทุกครั้ง	2.58	0.52	สูง
ท่านล้างทำความสะอาดมือด้วยสบู่/เจลแอลกอฮอล์หลังสัมผัสสิ่งของรอบตัว เช่น ราวบันได ลูกบิดประตู เป็นต้น	2.58	0.52	สูง
ท่านใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร	2.58	0.53	สูง
ท่านล้างทำความสะอาดมือด้วยสบู่/เจลแอลกอฮอล์ หลังสัมผัสเงินเหรียญ หรือธนบัตร	2.54	0.52	สูง
ท่านสแกนแอปไทยชนะ/ลงชื่อในสมุด เมื่อเข้าไปในสถานที่สาธารณะ เช่น ห้างสรรพสินค้า ร้านอาหาร เป็นต้น	2.52	0.63	สูง
ท่านล้างมือด้วยสบู่อย่างทั่วถึงและให้น้ำไหลผ่านอย่างน้อย 20 วินาที	2.48	0.56	สูง
หากไม่มีกระดาษทิชชู เมื่อไอ จาม ท่านปิดปาก จมูกโดยยกแขนข้างใดข้างหนึ่งมาจับไหล่อนเองฝั่งตรงข้าม ใช้มู่มือข้อศอก และต้นแขนด้านในปิดปากปิดจมูกแทนการใช้มู่มือปิดปากและจมูก	2.37	0.65	สูง
ท่านออกกำลังกายตามความเหมาะสมสำหรับสตรีตั้งครรภ์	2.32	0.60	ปานกลาง
รวม	2.92	0.27	สูง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์

พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.15, p\text{-value} < 0.01$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้านพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.16, p\text{-value} < 0.01$) การรับรู้สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.12, 0.12, 0.11, p\text{-value} < 0.05$) การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.10, p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์และระดับความสัมพันธ์ (n=380)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19		
	r_s	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวม	0.15*	0.003	ต่ำ
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.16*	0.001	ต่ำ
การรับรู้สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.12**	0.02	ต่ำ
การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อ	0.12**	0.02	ต่ำ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	0.11**	0.03	ต่ำ
การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติที่ถูกต้อง	-0.10**	0.05	ต่ำ

*p-value < 0.01, **p-value < 0.05

การอภิปรายผล

ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.10, S.D. = 0.21) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อรายด้าน ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อโควิด-19 และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้รับข่าวสาร และคำแนะนำเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 จากบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อที่หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ วิทยุ เป็นต้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของไมเมนและเบคเกอร์ ที่กล่าวว่าองค์ประกอบเกี่ยวกับสิ่งชักนำทั้งภายใน (สภาวะของร่างกาย เช่น อาการเจ็บป่วย) และภายนอก (การเตือน) รวมถึงสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้รับจากบุคคลอื่น การกระตุ้นเตือนจากบุคลากรทางการแพทย์ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ (Maiman & Becker, 1974) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี อายุเฉลี่ย 27.27 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์และมีศักยภาพในการเรียนรู้สามารถคิดวินิจฉัยไตร่ตรองโดยใช้เหตุผลในการเลือกการรับรู้ได้ดี (พงศ์พัชรา พรหมเผ่า, พินทอง ปิ่นใจ และสุรางคนา ไชยรินคำ, 2563)

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.92, S.D. = 0.27) อธิบายได้ว่าการติดเชื้อโควิด-19 เป็นโรคอุบัติการณ์ใหม่ที่ได้รับ ความสนใจจากประชาชนคนไทยและสังคมโลก ในขณะนั้น ทำให้มีการรายงานข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 อย่างต่อเนื่องผ่านสื่อต่าง ๆ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเองได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 จากอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ และบุคลากรทางการแพทย์ จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายกิจกรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุดคือการใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา ขณะอยู่ในที่ที่มีคนแออัด (Mean

{15/20}

= 2.95, S.D. = 0.24) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนของสตรีตั้งครรภ์ในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19 ในกรุงเทพมหานคร พบว่าสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 99.30 สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง ที่ออกนอกบ้าน และล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์อยู่บ่อยครั้ง (Kunno, Yubonpant, Supawattanabodee, Wiryasirivaj, & Sumanasrethakul, 2022) เช่นเดียวกับสตรีตั้งครรภ์ในประเทศจีน ร้อยละ 100 ป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 โดยการสวมใส่หน้ากากอนามัย (Hu, Lu, Xu, Zhou, Yuan, & Deng, 2021) ส่วนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือการออกกำลังกายตามความเหมาะสมสำหรับ สตรีตั้งครรภ์ โดยมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง (Mean = 2.32, S.D. = 0.60) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากมาตรการภาครัฐ ในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาด โดยการเว้นระยะห่างทางสังคมจำกัดการ ให้บริการของสถานบริการหรือสถานที่ที่มีผู้คนเข้าไปใช้บริการเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีการออกกำลังกาย น้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาการตอบสนองเชิงพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ต่อการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ในระยะแรกเริ่ม ในยุคดิจิทัลของประเทศไทยที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 40.40 มีการออกกำลังกายลดลง ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 (Hu, Lu, Xu, Zhou, Yuan, & Deng, 2021)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.15, p\text{-value} < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศอียิปต์ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.65, p\text{-value} < 0.001$) (EL Sayed & Sarhan, 2022) เช่นเดียวกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ในคลินิกฝากครรภ์ ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมานซูรา ประเทศอียิปต์ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.45, p\text{-value} < 0.01$) (Mahmoud Mahmoud Saadon & El-Ansary, 2022) เมื่อพิจารณาความเชื่อรายด้าน พบว่าการรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการ ติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ ($r_s = 0.16, p\text{-value} < 0.01$) อธิบายได้ว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงข้อดี ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เช่น การหลีกเลี่ยงการอยู่ร่วมกับคนจำนวนมากในที่แออัด การล้างมือทุกครั้งหลังสัมผัสสิ่งของรอบตัวอาจช่วยป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างจึงมีพฤติกรรมในการ ป้องกันตนเองด้วยการล้างทำความสะอาดมือด้วยสบู่/เจลแอลกอฮอล์หลังสัมผัสสิ่งของรอบตัว และหลีกเลี่ยงการไป ในสถานที่ที่แออัด/มีคนอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมาก ซึ่งการที่บุคคลจะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะต้องรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง (Becker, 1974)

สำหรับด้านการรับรู้สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ ($r_s = 0.12, p\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกจึงมีความคาดหวังต่อการตั้งครรภ์มาก และอาจยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ จึงมีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 จากบุคลากรทางการแพทย์ขณะมารับบริการฝากครรภ์ หรือจากสื่อต่าง ๆ เช่น อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ ซึ่งการได้รับข้อมูลข่าวสารที่บ่อยครั้งสม่ำเสมอและเป็นประโยชน์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อที่ถูกต้อง และมีทางเลือกมากขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ในเมืองอูร์เมียประเทศอิหร่าน พบว่าการรับรู้สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.26, p\text{-value} < 0.001$) (Bayrami, Didarloo, Masudi, & Noumezhad, 2021)

สำหรับด้านการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อโควิด-19 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ ($r_s = 0.12, p\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข่าวสารที่ติดเชื้อโควิด-19 จะมีอาการรุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคมามากกว่าบุคคลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจึงมีพฤติกรรมในการให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งในความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่าแม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะเกิดอันตรายต่อร่างกายหรือมีผลกระทบต่อฐานะทางสังคม (Maiman & Becker, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ในเมืองอูร์เมียประเทศอิหร่าน ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.28, p\text{-value} < 0.001$) (Bayrami, Didarloo, Masudi, & Noumezhad, 2021) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ ($r_s = 0.11, p\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ในขณะตั้งครรภ์ จะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่าคนที่บุคคลจะแสวงหา และปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพนั้น บุคคลต้องมีความเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการเจ็บป่วยจะมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ประเทศจีนที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยของสตรีตั้งครรภ์ (Mo, Fong, Song, Di, Wang, & Wang, 2021) และพฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์ (Yu, He, Wang, Yang, Sun, & Szumilewicz, 2022)

สำหรับด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ ($r_s = -0.10, p\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติว่ามีน้อย กลุ่มตัวอย่างจึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 เป็นไปตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่าบุคคลจะประเมินถึงสิ่งที่กีดขวางหรืออุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความรู้สึกหรือการคาดคะเนของตนเอง หากเห็นว่าอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นมีน้อยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพมากกว่าผลเสีย สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ในเมืองอูร์เมีย ประเทศอิหร่าน พบว่าการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.25, p\text{-value} < 0.001$) (Bayrami, Didarloo, Masudi, & Noumezhad, 2021)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรพัฒนาเนื้อหาการให้คำแนะนำในหน่วยบริการฝากครรภ์ โดยสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับความเชื่อทางด้านสุขภาพ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีสุขภาพที่แข็งแรง
2. ควรพัฒนาการใช้สื่อประกอบคำแนะนำตามแบบแผนความเชื่อด้านต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต หอกระจายข่าวภายในชุมชน และเสียงตามสายของสถานพยาบาล ซึ่งเป็นการให้ความรู้และชักนำให้มีการนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม
3. ส่งเสริมให้สามี ญาติ หรือผู้ที่ใกล้ชิดของสตรีตั้งครรภ์มีโอกาสเข้ารับฟังคำแนะนำในหน่วยบริการฝากครรภ์พร้อมสตรีตั้งครรภ์ เพื่ออาศัยบุคคลดังกล่าวส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเชื่อด้านสุขภาพ นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ เพื่อพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพและนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

เอกสารอ้างอิง

- กมลนัธ วุฒิสาร, สุพิศ สิริอรุณรัตน์ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 42(1), 19-26.
- กรมควบคุมโรค. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นเมื่อ 14 เมษายน 2566 จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>.
- กรมอนามัย. (2564). การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดและทารกแรกเกิดภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19. สืบค้น 25 เมษายน 2564 จาก <https://covid19.anamai.moph.go.th>.
- ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิภา ชัยวัฒน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 29 สายพันธุ์ใหม่ 2019. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 21(2), 29-39.
- พงศ์พัชรา พรหมเผ่า, พินทอง ปินใจ และสุรางคณา ไชยรินคำ. (2563). ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในศูนย์เด็กเล็ก:กรณีศึกษาศูนย์เด็กเล็กจังหวัดพะเยา. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 21(1), 68-78.
- ศูนย์ข้อมูลโควิด-19. (2564). สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2564 จาก https://www.facebook.com/informationcovid19locale=th_TH.
- สมถวิล บงกขมาศ. (2555). ประสิทธิภาพของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับกระบวนการกลุ่มและตัวแบบที่มีชีวิต ในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจิตรา ชัยวุฒิ, พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น และอะเคื้อ อุนทเลทกะ. (2566). การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมการป้องกันโรคโควิด-19 ในหญิงตั้งครรภ์. *พยาบาลสาร*, 50(3), 269-285.
- Bayrami, R., Didarloo, A., Masudi, S., & Noumezhad, H. (2021). *Predictors of COVID-19 preventive behaviors based on the health belief model among pregnant women*. Retrieved November 21, 2022 from www.researchsquare.com/article/rs-1021064/v1.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 324-508.
- Maiman, L. A. & Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2, 336-353. <https://doi.org/10.1177/109019817400200404>

- EL Sayed H., & Sarhan, A. El. (2022). Effect of health belief model based educational intervention on COVID-19 preventive behaviors among pregnant women. *Tanta Scientific Nursing Journal*, 24(1), 305-335. <https://doi.org/10.21608/tsnj.2022.221607>
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice*. 7th ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Hu, W. S., Lu, S., Xu, M. Y., Zhou, M. C., Yuan, Z. M., & Deng, Y. Y. (2021). Behavioral responses of pregnant women to the early stage of covid-19 pandemic in the network era in China: Online questionnaire study. *Asian Nursing Research*, 15(3), 215-221.
- Kunno, J., Yubonpunt, P., Supawattanabodee, B., WiriyaSirivaj, B., & Sumanasrethakul, C. (2022). Knowledge ,attitudes,and practices related to the COVID-19 pandemic among pregnant women in Bangkok,Thailand. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 357-367.
- Mahmoud Mahmoud Saadoon, O. H., & El-Ansary, E.S. (2022). Pregnant women's awareness, beliefs and self-protective behaviors regarding COVID-19 pandemic: Nursing intervention based on health belief model. *Egyptian Journal of Health Care*, 13(3), 349-364. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2022.252326>
- Mo, P. K. H., Fong, V. W. I., Song, B., Di, J., Wang, Q., & Wang, L. (2021). Association of perceived threat, negative emotions, and self-efficacy with mental health and personal protective behavior among chinese pregnant women during the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(4), e24053. <https://doi.org/10.2196/24053>
- Phitsanulok Provincial Public Health Office. (2021). *The survey of COVID-19 prevention behaviors of populations in Phitsanulok Province*. Retrieved January 14, 2021 from <https://www.plkhealth.go.th>.
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (COVI-19) questions and answer*. Retrieved June 18, 2020 from www.who.int/thailand/emergencies/.
- Yu, H., He, J., Wang, X., Yang, W., Sun, B., & Szumilewicz, A. (2022). Pregnancy activity levels and impediments in the era of COVID-19 based on the health belief model: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 19, 3823. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063283>
- Zaigham, M. & Andersson, O. (2020). Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(7), 823-829. <https://doi.org/10.1111/aogs.13867>

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายหลังภาวะการระบาด
โรคโควิด-19 สู่วิถีปกติวิถีดีต่อไป อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
Factors Affecting Self-Management of Older Persons After the COVID-19
Epidemic to the Next Normal, Mueang District Chaiyaphum Province

ปัญญากรินทร์ หอยรัตน์¹, วราวุฒิ มหามิตร^{2*}

Pankarin Hoyrat¹, Warawut Mahamit^{2*}

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ¹, คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ^{2*}

Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University¹, Faculty of Arts and Science, Chaiyaphum Rajabhat University^{2*}

(Received: February 1, 2025; Revised: May 20, 2025; Accepted: July 8, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่วิถีปกติวิถีดีต่อไป กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 161 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย เจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19 ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 มีค่าความเที่ยงแต่ละด้านเท่ากับ 0.72, 0.70, 0.75 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วย Pearson's Correlation และ Enter Multiple Regression Analysis

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ระดับปานกลาง (Mean = 3.29, S.D. = 0.64) และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งได้แก่ เจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19 ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19 ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่วิถีปกติวิถีดีได้ร้อยละ 35 ($R^2 = 0.35$, $F = 27.64$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 มีอิทธิพลในการทำนายมากที่สุด (Beta = 0.51, $p\text{-value} < 0.001$) รองลงมาคือ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19 (Beta = 0.19, $p\text{-value} < 0.01$) ตามลำดับ สรุปได้ว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ได้ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรนำความรอบรู้ทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตปกติวิถีดีต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคโควิด-19, ชีวิตปกติวิถีดีต่อไป

*ผู้ให้การติดต่อ วราวุฒิ มหามิตร e-mail: warawutm9@gmail.com

Abstract

This predictive correlational research aimed to study the level of self-management behaviors and identify factors influencing self-management behaviors among older adults for the prevention of COVID-19 during the transition to the next normal. The sample consisted of 161 older adults aged 60 years and above residing in Mueang District, Chaiyaphum Province, selected through multistage sampling. The research instruments were questionnaires measuring four key areas: attitudes toward COVID-19 prevention, health literacy related to COVID-19 self-management, social support for COVID-19 prevention, and self-management behaviors for COVID-19 prevention among older adults. The reliability coefficients for these instruments were 0.72, 0.70, 0.75, and 0.82, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, and enter multiple regression analysis.

The results revealed that the overall level of self-management behavior was moderate (Mean = 3.29, SD = 0.64). Attitudes toward COVID-19 prevention, health literacy, and social support were all associated with self-management behaviors. These three factors jointly explained 35% of the variance in self-management behavior ($R^2 = 0.35$, $F = 27.64$, $p\text{-value} < 0.001$). Among these, health literacy was the strongest predictor ($\beta = 0.51$, $p\text{-value} < 0.001$), followed by social support ($\beta = 0.19$, $p\text{-value} < 0.01$). In conclusion, enhancing health literacy and providing social support can effectively promote self-management behaviors among older adults for COVID-19 prevention. Therefore, public health professionals should incorporate these factors into the design of health promotion programs aimed at supporting older adults during the post-pandemic transition to next normal.

Keywords: Older Person, COVID-19, Next Normal

บทนำ

โรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาทำให้เกิดอาการไข้ ไอ และอาจมีปอดอักเสบ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO)) รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 ทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคโควิด-19 จำนวน 483,824,064 ราย เสียชีวิต จำนวน 6,152,197 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 1.27 (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และสถานการณ์ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตั้งแต่ พ.ศ. 2563-2566 มีรายงานพบผู้ป่วยสะสม จำนวน

{2/20}

4,725,885 ราย เสียชีวิตสะสม จำนวน 34,697 ราย (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ทั้งนี้พบว่าผู้เสียชีวิตโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยง 608 โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งวัยนี้เป็นวัยที่ร่างกายมีระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยโดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง มีโอกาสรับเชื้อได้ง่ายและแสดงอาการรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้มากกว่าวัยอื่น (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2564)

สถานการณ์โรคโควิด-19 ประชาชนมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตปราศจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ประกาศใช้ เช่น การสวมหน้ากากอนามัย (Mask Wearing) การเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ (Hand Washing) การตรวจคัดกรอง (Testing and Screening) บันทึกรายการเข้าออกสถานที่ (Check In) ลดการอยู่รวมกันด้วยการทำงานที่บ้าน (Work from Home) งดการนั่งร้านและใช้การส่งกลับบ้านทางแอปพลิเคชันออนไลน์ เป็นต้น การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตดังกล่าว ซึ่งเรียกว่า ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) (จิตนธิ รัชชี, 2565; ธันยรัตน์ สมบูรณ์รัตนโชค และสันต์ ลมไธสง, 2564) ประชาชนมีการปรับตัวจนเข้าสู่ภาวะสงบของการระบาดของโรคโควิด-19 และปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่การใช้ชีวิตหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่เรียกว่ายุคชีวิตปกติวิถีถัดไป (Next Normal) เป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนไปด้วยการมีเทคโนโลยีและบริการดิจิทัลออนไลน์เกิดขึ้นที่มุ่งเน้นความปลอดภัยด้านสุขภาพรวมถึงการเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน (ฉัตรชัย สุกสี, พุธิตา กิริมงคลชัย, อธิกร วรบำรุงกุล, เริงวิษญ์ นิลโคตร, วิญญู บุญลอย และอรุณเกียรติ จันทร์สงแสง, 2565)

การเข้าสู่ยุคชีวิตปกติวิถีถัดไป (Next Normal) หลังสถานการณ์โควิด-19 สังคมเปิดรับการใช้บริการเทคโนโลยีดิจิทัลรูปแบบออนไลน์ในการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้นร่วมกับคงความสำคัญในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีการปรับตัวเช่นกันตามบริบทสังคมที่เปลี่ยนไปเพราะหากการปรับตัวดูแลตนเองไม่เหมาะสมก็มีโอกาสได้รับเชื้อและป่วยมักจะทำให้เกิดความรุนแรงต่อภาวะสุขภาพได้มากกว่าคนทั่วไป ทั้งนี้การปรับตัวหรือพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ทักษะที่มีผลต่อการจัดการดูแลตนเองที่จะป้องกันโรคโควิด-19 เนื่องจากเป็นความรู้สึกนึกคิดมุมมองต่อเหตุปัจจัยที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้และการศึกษาของ ดรณุชนก พันธสุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา (2564) พบว่าทักษะที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ขณะเดียวกันการมีความรอบรู้ทางสุขภาพก็เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นทักษะของบุคคลทำให้มีการเข้าถึงเข้าใจในการใช้ข้อมูลข่าวสารช่วยตัดสินใจในการรักษาและคงไว้ซึ่งสุขภาพดี (Nutbeam, 2000) และการศึกษาของ ยุภาวรรณ จุ้ยสวัสดิ์, วรรณดี ศรีคงจันทร์, ญาณันธร กราบทิพย์, กัมปนาท ฉายชูวงศ์ และบุญมี โพธิ์คำ (2567) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันตนเองหลังการระบาดของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติรวมถึงการให้แรงสนับสนุน

ทางสังคมเป็นการแลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างบุคคลสองคนขึ้นไปเพื่อช่วยส่งเสริมความผาสุกให้แก่ผู้รับ (พรณิ ปานเทวัญ, อภิญา อินทรรัตน์ และองค์อร ประจันเขตต์, 2567; Shumaker & Brownell, 1984) และ การศึกษาของ Peng, Qi, Fan, Zhou, & Lin (2024) สนับสนุนว่าการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 จากวรรณกรรมดังกล่าวพบว่า ทักษะคิด ความรอบรู้ทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุดังที่กล่าวมา

ข้อมูลอัตราป่วยตายด้วยโรคโควิด-19 โรงพยาบาลชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2564-2565 พบอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 1.80 อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 4.50 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 14.50 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 18.20 และ อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 60.90 (พิชญามณต์ วรรณโก และอรุณรัตน์ สู้หนองบัว, 2565) จากข้อมูลเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีอัตราป่วยตายด้วยโรคโควิด-19 มากกว่าวัยอื่นและการป่วยด้วยโรคดังกล่าวสามารถป้องกันได้ด้วยการ จัดการพฤติกรรมตนเองซึ่งถ้าหากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 รวมถึงมีการ ปรับตัวได้อย่างเหมาะสมตามบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากโรคโควิด-19 ได้ดี ด้วยเหตุผลนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรค โควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ เพื่อนำองค์ความรู้นี้ไปเสนอต่อหน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลและส่งเสริมศักยภาพให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัย และมีคุณภาพในยุคชีวิตปกติวิถีถัดไปได้เป็นอย่างดี ต่อไป

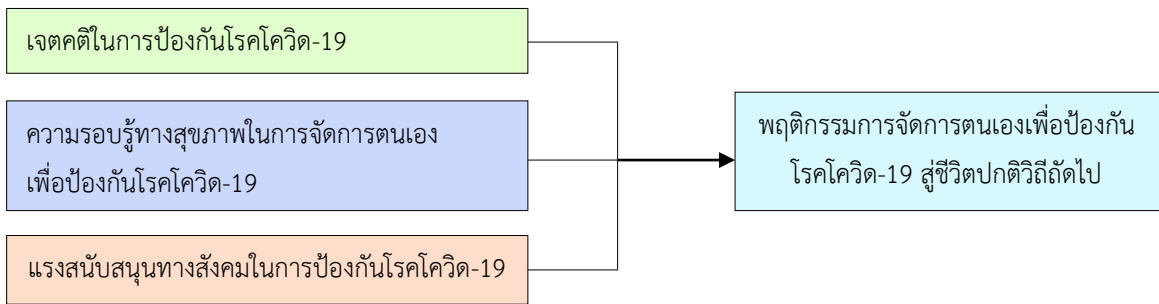
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติ วิถีถัดไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคิดจิตพิสัย (Affective Domain) ของ Bloom (1956) ที่กล่าวว่าเจตคติซึ่งเกิดจาก การเรียนรู้จะมีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรม มาทำการศึกษาโดยเชื่อว่าเจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19 สามารถทำให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้ ขณะเดียวกันผู้วิจัยได้นำแนวคิดความรู้ ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามการอธิบายขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่า เป็นกระบวนการทางปัญญาและ ทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลที่จะทำให้เข้าถึงเข้าใจในการใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพดี (อารยา เขียงทอง, 2566) มาทำการศึกษาซึ่งเชื่อว่าการมีความรอบรู้ทางสุขภาพ ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้ รวมถึง

ได้นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างบุคคลสองคนขึ้นไป เพื่อส่งเสริมความผาสุกของผู้รับ (พรรณี ปานเทวัญ, อภิญา อินทรรัตน์ และองศ์อร ประจันเขตต์, 2567; Shumaker & Brownell, 1984) มาใช้ในการศึกษาโดยเชื่อว่าเมื่อบุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการ ป้องกันโรคโควิด-19 จะส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยปัจจัยดังกล่าว แสดงความเชื่อมโยงตามกรอบแนวคิด ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีวิจัยการศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงระหว่าง 1 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 33,401 คน ข้อมูลของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ (2566)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปซึ่งได้รับการสุ่มและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 161 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power Version 3.1.9.7 โดยใช้ สถิติทดสอบ Linear Multiple Regression : Fixed Model, R^2 Deviation from Zero กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size f^2) เท่ากับ 0.11 คำนวณจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา R^2 เท่ากับ 0.10 (มานะชัย จรุงไชยสง, 2565) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α Err Prob) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power, 1- Beta Err Prob) เท่ากับ 0.95 จำนวนตัวแปรพยากรณ์ (Number of Predictors) เท่ากับ 3 การวิจัยครั้งนี้ได้ขนาดตัวอย่าง รวมทั้งสิ้นเท่ากับ 161 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง 3) สามารถอ่านออกเขียนได้ 4) สนทนาสื่อสารเข้าใจเรื่อง และ 5) มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีความเจ็บป่วยไม่สบายขณะเข้าเก็บข้อมูล และ 2) ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงเก็บข้อมูล การสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 สุ่มหาตำบลของอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ซึ่งมี 19 ตำบล โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มตามขนาดประชากรผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) กลุ่มตำบลที่มีผู้สูงอายุ 2,000 คน ขึ้นไป มี 3 ตำบล สุ่มมา 1 ตำบล ได้แก่ตำบลนาฝาย 2) กลุ่มตำบลที่มีผู้สูงอายุ 1,000-1,999 คน มี 12 ตำบล สุ่มมา 1 ตำบล ได้แก่ตำบลโพหนอง และ 3) กลุ่มตำบลที่มีผู้สูงอายุน้อยกว่า 1,000 คน มี 4 ตำบล สุ่มมา 1 ตำบล ได้แก่ ตำบลรอบเมือง ขั้นตอนที่ 2 สุ่มหาหมู่บ้านจากแต่ละตำบลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยสุ่มมา 1 หมู่บ้านของแต่ละตำบล ดังนี้ 1) ตำบลนาฝายสุ่มได้บ้านช่อระกา 2) ตำบลโพหนองสุ่มได้ บ้านโพหนอง12 และ 3) ตำบลรอบเมืองสุ่มได้บ้านมอดินแดง และขั้นตอนที่ 3 สุ่มหาตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ดังนี้ 1) บ้านช่อระกา จำนวน 251 คน ขนาดตัวอย่าง 73 คน 2) บ้านโพหนอง12 จำนวน 203 คน ขนาดตัวอย่าง 58 คน และ 3) บ้านมอดินแดง จำนวน 106 คน ขนาดตัวอย่าง 30 คน หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างตาม Sampling Frame

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563), ณัฐรัตน์ จันเครื่อง (2565), ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง (2565), มานะชัย จรณูไธสง (2565) ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล มีจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว และการเคยได้รับวัคซีนโควิด-19

2. เจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19 มีจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว คำถามเชิงบวกให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนคำถามเชิงลบให้ค่าคะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ การแปลผลใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1981) ดังนี้ เจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19 ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68-5.00)

3. ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 มีจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับตัวเลือก ได้แก่ จริงมากที่สุด จริงมาก จริง ไม่จริง และไม่จริงเลย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว คำถามให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลผลใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1981) ดังนี้ ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19

ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68-5.00)

4. แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19 มีจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับตัวเลือก ได้แก่ ประจํา บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และ ไม่เคย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว คำถามให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลผลใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1981) ดังนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19 ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68-5.00)

5. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับตัวเลือก ได้แก่ ประจํา บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และ ไม่เคย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว คำถามให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลผลใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1981) ดังนี้ พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตปกติวิถีถัดไประดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34- 3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68 - 5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามโดยหาดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Index of Objective-item Congruence (IOC)) ด้วยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน 2) อาจารย์สาขาการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน และ 3) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 ท่าน ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน (Hambleton, 1980) จากนั้นตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอหนองบัวแดง จำนวน 30 คน จึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ดังนี้ 1) เจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19 2) ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 3) แรงสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันโรคโควิด-19 และ 4) พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไปจากการหาความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.72, 0.70, 0.75 และ 0.82 ตามลำดับ ตามเกณฑ์ยอมรับ (Cronbach, 1951)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2567 ด้วยแบบสอบถามตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ทำเรื่องขออนุมัติเก็บข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

2. ติดต่อพื้นที่ที่ได้รับการสุ่มโดยทำหนังสือไปยังหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยภูมิ และองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยหลังจากนั้นประสานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเพื่อแจ้งและขอความร่วมมือดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ช่วยในการลงพื้นที่ร่วมด้วย

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแนะนำตนเองและอธิบายให้อาสาสมัครได้รับทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัยวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและรายละเอียดต่าง ๆ ตามเอกสารคำชี้แจงรวมถึงให้อาสาสมัครลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความยินยอมของอาสาสมัครด้วยความสมัครใจ

4. อธิบายการทำแบบสอบถามให้อาสาสมัครเข้าใจพร้อมตอบคำถามหากอาสาสมัครมีข้อสงสัยในการทำแบบสอบถาม โดยการทำแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้จะให้แบบสอบถามไว้กับอาสาสมัครเป็นเวลา 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะมาเก็บแบบสอบถามคืน ทั้งนี้ตอนเก็บแบบสอบถามคืนผู้วิจัยจะมีการสอบถามอาสาสมัครว่าได้ทำแบบสอบถามด้วยตนเองหรือไม่ ซึ่งถ้าหากอาสาสมัครไม่ได้ทำแบบสอบถามเองผู้วิจัยก็จะให้อาสาสมัครช่วยทำแบบสอบถามใหม่อีกครั้งโดยผู้วิจัยจะดูแลให้คำแนะนำด้วยตนเอง

5. ผู้วิจัยทำการเก็บแบบสอบถามคืนพร้อมตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและครบตามจำนวนจากนั้นนำแบบสอบถามไปลงข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูปและทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและวิเคราะห์ระดับเจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19 ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม ดังนี้ เจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19 ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19 กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Pearson's correlation กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นเกณฑ์ยอมรับสำหรับนำเข้าสู่การวิเคราะห์ Multiple Regression Analysis

4. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Multiple Regression Analysis with Enter Method) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นเกณฑ์ยอมรับ ทั้งนี้ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์พบว่า เป็นไปตามข้อตกลง ดังนี้ 1) ข้อมูลตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีการแจกแจงปกติ (Normality) โดยระดับของตัวแปรเป็นแบบค่าต่อเนื่องทั้งหมด 2) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตามทดสอบด้วยสถิติ Pearson's Correlation พบว่า เจตคติในการป้องกัน

โรคโควิด-19 ($p\text{-value} < 0.01$) ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ($p\text{-value} < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19 ($p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง (Linearity) 3) ค่าความคลาดเคลื่อน ต้องเป็นอิสระต่อกัน พบว่าไม่เกิดปัญหา Autocorrelation พิจารณาจากค่า Durbin-Watson ต้องมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 (Azami, Sharifi, & Alvandpur, 2020) ซึ่งการวิจัยนี้มีค่าเท่ากับ 2.25 4) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (Multicollinearity) ทดสอบด้วยสถิติ Pearson's Correlation พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ของตัวแปรอิสระแต่ละตัวสัมพันธ์กันค่าสูงสุดอยู่ที่ 0.56 ซึ่งไม่เกิน 0.80 เป็นไปตามเกณฑ์ (Stevens, 1996) และ 5) ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers ซึ่งตรวจสอบจากกราฟ Scatter Plot ซึ่งพบว่าการกระจายมีแบบแผนคงที่อยู่รอบศูนย์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติเก็บข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ลำดับที่ 1-015/2567 เลขที่รับรอง HE 67-1-009 ลงวันที่ 12 มิถุนายน 2567 อาสาสมัครได้รับทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและรายละเอียดต่าง ๆ ตามเอกสารคำชี้แจงแก่อาสาสมัครรวมถึงให้ลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยตาม ความยินยอมของอาสาสมัครด้วยความสมัครใจ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.49 เพศชาย ร้อยละ 38.51 ช่วงอายุ 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 50.31 รองลงมาช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 32.92 ซึ่งอยู่ในสถานภาพคู่สมรส มากที่สุด ร้อยละ 63.98 รองลงมา สถานภาพหม้าย/อย่าร้าง ร้อยละ 28.57 ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 76.40 รองลงมามัธยมศึกษาและอนุปริญญา ร้อยละ 16.15 โดยประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 57.76 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพและข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 28.57 ส่วนรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,001 บาท มากที่สุด ร้อยละ 47.20 รองลงมา 1,001-10,000 บาท ร้อยละ 42.86 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.01 และเคยได้รับวัคซีนโควิด-19 เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.14 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=161)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	62	38.51
หญิง	99	61.49
อายุ (ปี) (Mean = 70.89 S.D. = 7.51 Min = 60 Max = 89)		
60-69 ปี	81	50.31
70-79 ปี	53	32.92
80 ปี ขึ้นไป	27	16.77
สถานภาพสมรส		
โสด	12	7.45
คู่สมรส	103	63.98
หม้าย/อย่าร้าง	46	28.57
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	123	76.40
มัธยมศึกษาและอนุปริญญา	26	16.15
ปริญญาตรีขึ้นไป	12	7.45
อาชีพ		
เกษตรกรและรับจ้างทั่วไป	93	57.76
ค้าขายและธุรกิจส่วนตัว	22	13.67
ไม่ได้ประกอบอาชีพและข้าราชการบำนาญ	46	28.57
รายได้ต่อเดือน (Mean = 4,666.46 S.D. = 7668.52 Min = 600 Max = 50,000)		
ต่ำกว่า 1,001 บาท	76	47.20
1,001-10,000 บาท	69	42.86
มากกว่า 10,000 บาท	16	9.94
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	95	59.01
มีโรคประจำตัว	66	40.99
การเคยได้รับวัคซีนโควิด-19		
เคย	158	98.14
ไม่เคย	3	1.86

2. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป เจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19 ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19

พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไปอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.29, S.D. = 0.64) เจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19 (Mean = 3.71, S.D. = 0.60) อยู่ในระดับสูง ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 (Mean = 3.60, S.D. = 0.69) อยู่ในระดับปานกลาง และแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19 (Mean = 3.91, S.D. = 0.63) อยู่ในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป เจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19 ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19 (n=161)

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean	S.D.	Level
พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป	3.29	0.64	ปานกลาง
การทำงานของตนเองอยู่บ้านเกือบทั้งวัน	4.21	1.22	สูง
การทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจอยู่ที่บ้าน	4.47	0.94	สูง
การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นผ่านระบบออนไลน์	2.14	1.34	ต่ำ
การโพสต์หรือแชร์กิจกรรมต่างๆที่ทำในบ้านบนสื่อออนไลน์ เช่น เฟสบุ๊ก กลุ่มไลน์	2.04	1.30	ต่ำ
การสั่งซื้อสินค้า เช่น เสื้อผ้า ของใช้ ผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ผ่านระบบออนไลน์	2.25	1.40	ต่ำ
การสั่งซื้ออาหารและอื่น ๆ ผ่านระบบออนไลน์ เช่น สั่งซื้อ ออนไลน์จากเซเว่นอีเลฟเว่น	2.60	1.42	ปานกลาง
การสวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน	4.12	1.00	สูง
การรักษาระยะห่างทางสังคมเมื่ออยู่นอกบ้าน	4.07	0.96	สูง
การล้างมือทุกครั้งเมื่อออกและกลับเข้าบ้าน	4.12	0.83	สูง
การทำกิจกรรมเสริมเพิ่มรายได้หลังการระบาดโรคโควิด-19	2.97	1.40	ปานกลาง
เจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19	3.71	0.60	สูง
ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19	3.60	0.69	ปานกลาง
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	3.27	0.95	ปานกลาง
ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ	3.38	0.90	ปานกลาง
การโต้ตอบ ชักถาม	3.57	1.02	ปานกลาง
การตัดสินใจ	3.89	0.70	สูง
การเปลี่ยนพฤติกรรม	4.03	0.78	สูง
การบอกต่อข้อมูล	3.48	1.10	ปานกลาง

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean	S.D.	Level
แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19	3.91	0.63	สูง
ครอบครัว	4.15	0.85	สูง
เพื่อนบ้าน คนรู้จักทั่วไป	3.95	0.95	สูง
อาสาสมัครสาธารณสุข	3.89	0.97	สูง
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.89	0.98	สูง
สื่อสังคมออนไลน์ สื่อโทรทัศน์	3.67	1.01	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19 ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19 กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป

พบว่า เจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19 ($r = 0.24, p\text{-value} < 0.01$) ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ($r = 0.56, p\text{-value} < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19 ($r = 0.33, p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19 ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19 กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป ($n=161$)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4
1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป	1.00			
2. เจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19	0.24*	1.00		
3. ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19	0.56**	0.39**	1.00	
4. แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19	0.33**	0.26*	0.28**	1.00

* $p\text{-value} < 0.01$, ** $p\text{-value} < 0.001$

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป

พบว่า เจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19 ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19 สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไปได้ร้อยละ 35 ($R^2 = 0.35, F = 27.64, p\text{-value} < 0.001$) โดยความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 มีอิทธิพลในการทำนายมากที่สุด

(Beta = 0.51, p -value < 0.001) รองลงมาคือ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19 (Beta = 0.19, p -value < 0.01) ส่วนเจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป แสดงดังในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป (n=161)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	SE	Beta	t	P-value
Constant	8.54	3.42		2.49	0.014
เจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19	- 0.01	0.13	- 0.007	- 0.10	0.92
ความรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19	0.19	0.03	0.51	7.10	< 0.001**
แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19	0.39	0.14	0.19	2.81	0.006*

R = 0.588, R² = 0.35, R²_{adj} = 0.333, SEE = 5.244, F = 27.642 (p -value < 0.001)

* p -value < 0.01, ** p -value < 0.001

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป ได้ดังต่อไปนี้

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิต ปกติวิถีถัดไป อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.29, S.D. = 0.64) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ภายหลังภาวะการระบาดของโรคมีบางพฤติกรรม มักทำบ่อย และก็มีบางพฤติกรรมที่ไม่ค่อยได้ทำจึงทำให้เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไปจึงอยู่ในระดับปานกลางโดยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ที่ทำบ่อย ๆ เช่น การทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจอยู่ที่บ้าน (Mean = 4.47, S.D. = 0.94) และการทำงานของตนเองอยู่บ้านเกือบทั้งวัน (Mean = 4.21, S.D. = 1.22) ซึ่งเป็นไปตามพฤติกรรมชีวิตวิถีถัดไป (Next Normal) ที่มุ่งความปลอดภัยต่อสุขภาพด้วยการทำทุกอย่างอยู่บ้าน (All in Home) เน้นทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่บ้านจนเกิดเป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่ (พนัส จันทรศรีทอง, 2565) ขณะเดียวกันก็มีพฤติกรรมที่ไม่ค่อยทำเช่นกัน เช่น การโพสต์หรือแชร์กิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำในบ้านบนสื่อออนไลน์ เช่น เฟสบุ๊ก กลุ่มไลน์ (Mean = 2.04, S.D. = 1.30) และการสั่งซื้อสินค้า เช่น เสื้อผ้า ของใช้ ผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ผ่านระบบออนไลน์ (Mean = 2.25, S.D. = 1.40) ของซึ่งเป็นการกระทำผ่านเทคโนโลยีออนไลน์ที่ผู้สูงอายุอาจมองว่ากิจกรรมดังกล่าวคงไม่ได้มีความจำเป็น เพราะเป็นเพียงการใช้เทคโนโลยี ออนไลน์แชร์ประสบการณ์ชีวิตที่บ้านหรือสั่งซื้อของใช้ทั่วไปเท่านั้นและอีกเหตุผล

{13/20}

อาจเนื่องมาจากมีความลำบากต่อความเข้าใจทางเทคโนโลยี ปัญหาด้านความจำและสายตา ตัวอักษรขนาดเล็ก หรือความสามารถด้านภาษาอังกฤษ เป็นต้น (พนม คลีณา, 2564) จึงทำให้ภาพรวมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไปจึงอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการวิจัยดังกล่าว พบว่ามีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ อลิษา เปียจันทร์, สลักจิต แจ้งเอี่ยม, วาสนา บุญยมนิ, ศิริลักษณ์ วรรณละเอียด และวิมล อ่อนแสง (2567) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย พบว่า ค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.21, S.D. = 1.35) เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามพบว่าการศึกษาของ Juntakot, Boonyamalik, Kerdmongkol, & Rawiworrakul (2023) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุจังหวัดระยอง มีระดับ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี (Mean = 34.05, S.D. = 3.41) ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุ ดังกล่าวมีการปรับตัวในการเรียนรู้ ทักษะคติ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ตามภาวะปกติใหม่ (New Normal) จึงทำให้พฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับดี

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป ได้ดังต่อไปนี้

ความรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป (Beta = 0.51, $p\text{-value} < 0.001$) อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีความรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.60, S.D. = 0.69) จึงทำให้มีการดูแลป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อยู่ถึงแม้ว่าจะเข้าสู่ช่วงชีวิตปกติวิถีถัดไปก็ตาม ซึ่งความรู้ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม (Mean = 4.03, S.D. = 0.78) และการตัดสินใจ (Mean = 3.89, S.D. = 0.70) จะมีผลมากต่อการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ รองลงมาจะเป็นการโต้ตอบ ชักถาม (Mean = 3.57, S.D. = 1.02) และการบอกต่อของข้อมูล (Mean = 3.48, S.D. = 1.10) ที่ทำให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนตนเองจนเกิดความเข้าใจและตระหนักต่อภัยโรคโควิด-19 จึงมีผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไปซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ที่กล่าวว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและชักถามเพื่อตัดสินใจในการจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุภาวรรณ จุ้ยสวัสดิ์, วรรณดี ศรีคงจันทร์, ญาณันธร กราบทิพย์, กัมปนาท ฉายชูวงศ์, และบุญมี โพธิ์คำ (2567) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสม็ด อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองหลังการระบาดของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

และสอดคล้องกับการศึกษาของ Suksatan, Teravecharoenchai, & Sarayuthpitak (2024) ที่ศึกษาองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังยุคโควิด-19 พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = 0.20, p\text{-value} = 0.016$) เช่นกัน

แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19 มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป ($Beta = 0.19, p\text{-value} < 0.01$) อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุได้รับการบอกกล่าวกระตุ้นเตือนให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 โดยการสนับสนุนจากสังคมรอบข้าง ดังเช่น จากบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นแรงสนับสนุนสูงสุด ($Mean = 4.15, S.D. = 0.85$) รองลงมา ได้แก่ เพื่อนบ้าน คนรู้จักทั่วไป ($Mean = 3.95, S.D. = 0.95$) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($Mean = 3.89, S.D. = 0.98$) และอาสาสมัครสาธารณสุข ($Mean = 3.89, S.D. = 0.97$) ตามลำดับรวมถึงสื่อสังคมออนไลน์ สื่อโทรทัศน์ ($Mean = 3.67, S.D. = 1.01$) ด้วยเช่นกัน จากแรงสนับสนุนดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 หลังการระบาดของโรคในช่วงชีวิตปกติวิถีถัดไปซึ่งเป็นไปตามแนวคิด การสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในเครือข่ายทางสังคมเพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนหรือ การปกป้องบุคคลที่เป็นสมาชิกให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีสุขภาพที่ดีขึ้น (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562; Thoits, 1982) โดยแหล่งการสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มปฐมภูมิ (Primary Group) เช่น ครอบครัว ญาติพี่น้อง กลุ่มเพื่อน สมาชิกในชุมชน และกลุ่มทุติยภูมิ (Secondary Group) เช่น บุคลากรทางการแพทย์ องค์กรทางสังคมและหน่วยงานภาครัฐ (พรรณี ปานเทวัญ, อภิญา อินทรรัตน์ และองค์กร ประจันเขตต์, 2567) และสอดคล้องกับการวิจัยของ Yodmai, Pechrapa, Kittipichai, Charupoonpol, & Suksatan (2021) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดีของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองของประเทศไทย พบว่า แรงสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว ($OR: 2.05, 95\% CI: 1.10-3.82$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาของ Hati, Manurung, & Dodo (2023) พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และการสนับสนุนทางสังคมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ เมืองอาตัมบัว ประเทศอินโดนีเซีย พบว่า ผู้สูงอายุ มีแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ร้อยละ 87.00 ซึ่งอยู่ในระดับดี

เจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สู่ชีวิตปกติวิถีถัดไป ($p\text{-value} > 0.05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุอาจรับรู้ ความเสี่ยงที่ลดลงร่วมกับเห็นว่าการป้องกันโรคโควิด-19 มีอุปสรรคอื่นที่ขัดขวางการปฏิบัติ เช่น การใช้เทคโนโลยีออนไลน์เข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันมากขึ้นในการให้ระยะห่างแบบไม่เผชิญหน้าโดยตรง เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งยังเป็นอุปสรรคสำหรับผู้สูงอายุจากผลการศึกษาดังกล่าวไม่เป็นไปทิศทางเดียวกับการศึกษาของ นูรฮาอีดา เจ๊ะมามะ, สาธิมาน มากซุซิด และพิชญ์ชญาธิษฐ์ เรืองเริงกุลฤทธิ์ (2565) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่ง ในภาคใต้ พบว่า ทักษะ

เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.14$, $p\text{-value} = 0.02$) ซึ่งผู้วิจัยกล่าวว่าเนื่องจากผู้สูงอายุได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากหน่วยงานรัฐ และศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ผ่านการแถลงสถานการณ์ประจำวันทำให้เชื่อมั่นในมาตรการควบคุมโรคจากภาครัฐจึงทำให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกันโรคโควิด-19

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ความรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19 มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ผู้ชีวิตปกติวิถีถัดไป ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดโครงการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 โดยเน้นอบรมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ทางสุขภาพด้วยการสอนให้ฝึกใช้เทคโนโลยีออนไลน์ในการค้นหาข้อมูลดูแลตนเองรวมถึงอบรมการฝึกสั่งซื้ออาหารและของใช้อุปโภคบริโภคผ่านระบบออนไลน์ เช่น แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือเนื่องจากผู้สูงอายุยังมีการใช้อยู่ในระดับต่ำและด้วยปัจจัยวิถีชีวิตถัดไปเทคโนโลยีออนไลน์จะใช้ในการติดต่อแทนการเผชิญหน้าโดยตรงมากขึ้น นอกจากนี้ควรแนะนำให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้สูงอายุด้วยในการดูแลป้องกันโรคโควิด-19 ภายในบ้านรวมถึงแนะนำให้ครอบครัวสอนการใช้เทคโนโลยีออนไลน์ให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ในชีวิตประจำวันในช่วงชีวิตปกติวิถีถัดไปในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาด้วยวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) เพื่อเป็นการจัดการกระทำให้เห็นผลลัพธ์กับตัวบุคคลโดยนำตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ผู้ชีวิตปกติวิถีถัดไป ได้แก่ ความรู้ทางสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19 มาใช้เป็นกรอบออกแบบการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) งบประมาณด้าน ววน. ประเภท Fundamental Fund ประจำปีงบประมาณ 2567 และมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2564). *คู่มือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)* ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: กองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ข่าวเพื่อสื่อมวลชน*. สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2567 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/4423820240703070652.pdf>.
- กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2567 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2426720220330084652.pdf>.
- กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2567 จาก <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/files/3146920230120095730.pdf>.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2562). *พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- จิตนธิ ริชชี. (2565). *โควิด-19 และความปกติถดถอย: การปฏิบัติการพยาบาลอนามัยโรงเรียน*. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 23(2), 1-12.
- ฉัตรชัย สุกสี, พุติตา กิริมงคลชัย, อีรังกูร วรบำรุงกุล, เรืองวิญญ์ นิลโคตร, วัชรุณี บุญลอย และอรุณเกียรติ จันทร์ส่งแสง. (2565). *ผู้บริหารมืออาชีพยุคชีวิตวิถีถดถอย*. *วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย*, 18(2), 65-76.
- ณัฐรัตน์ จันเครื่อง (2565). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย*. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา.
- ดรัญชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. (2564). *ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(5), 597-604.
- ธัญนันท์ สมบูรณ์รัตนโชค และสันต์ ลมไธสง. (2564). *การบริหารแบบไร้ผู้บริหาร : รูปแบบองค์กรธุรกิจยุควิถีชีวิตแบบ NEW NORMAL*. *วารสารสหศาสตร์ศรีปทุม ชลบุรี*, 7(3), 1-13.
- นุรชาฮิดา เจ๊ะมามะ, สาธิมาน มากชูชิต และพิชญ์ชญาณิชญ์ เรืองเรืองกุลฤทธิ. (2565). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งในภาคใต้*. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 40(4), 1-13.
- ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง. (2565). *การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคปกติถดถอย*. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 2(1), 74-84.

- พนม คล้ายยา. (2564). การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุและข้อเสนอเพื่อการเสริมสร้าง ภาวะพลดิจิทัล และผลิตภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารนิเทศศาสตร์*, 39(2), 56-78.
- พนัส จันทศรีทอง. (2565). ชีวิตวิถีถัดไปกับการศึกษา. *วารสารครุศาสตร์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครสวรรค์*, 5(3), 25-36.
- พรณี ปานเทวัญ, อภิญา อินทรรัตน์ และองค์อร ประจันเขตต์. (2567). พยาบาลกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: รักงานพิมพ์ 2017 จำกัด.
- พิชญามณต์ วรรณโก และอรุณรัตน์ สู่หนองบัว. (2565). ความสัมพันธ์ของวัคซีนโควิด-19 และความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรคโควิด-19 โรงพยาบาลชัยภูมิ ปี 2564-2565. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(3), 1057-1069.
- มานะชัย จรุงไชยสง. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ยุภาวรรณ จัยสวัสดิ์, วรรณดี ศรีคงจันทร์, ญาณันธร กราบทิพย์, กัมปนาท ฉายชูวงศ์, และบุญมี โพธิ์คำ. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสม็ด อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา*, 30(2), 18-30.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. (2566). ข้อมูลของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2568 จาก <https://hdc.moph.go.th/cpm/public/standard-report-detail/>.
- อลิษา เปียจันทร์, สลักจิต แจ่มเอี่ยม, วาสนา บุญยมณี, ศิริลักษณ์ วรรณละเอียด และวิมล อ่อนเส็ง. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม*, 8(6), 227-239.
- อารยา เชียงทอง. (2566). สุขภาพคนเมือง: ทฤษฎี กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ประเด็น ปัญหาและมุมมองอนาคต. นนทบุรี: พี.เค.เค.พริ้นท์ติ้ง จำกัด.
- Azami, M., Sharifi, H., & Alvandpur, S. (2020). Evaluating the relationship between information literacy and evidence-based nursing and their impact on knowledge and attitude of nurses working in hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences on medication errors. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(8), 4097-4106. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_5_20
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.

- Bloom, B. S. (1956). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals; Handbook I: Cognitive domain. In M. D. Engelhart, E. J. Furst, W. H. Hill, & D. R. Krathwohl (Eds.), *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals; Handbook I: Cognitive domain*. New York: David McKay.
- Cronbach, L. J. (1951). "Coefficient alpha and the internal structure of tests". *Psychometrika*, 16, 297-334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Hambleton, R. K. (1980). Test score validity and standard-setting methods. In R. A. Berk (Ed.), *Criterion-referenced measurement: The state of the art*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Hati, B. A., Manurung, I. F. E., & Dodo, D. O. (2024). Covid-19 prevention behaviors and social support for elderly group in the working area of the Atambua City Puskesmas. *Journal of Ageing and Family*, 2(1), 1-10. <https://doi.org/10.52643/joaf.v3i2.4133>
- Juntakot, N., Boonyamalik, P., Kerdmongkol, P., & Rawiworrakul, T. (2023). Factors predicting preventive behaviors of coronavirus disease 2019 infection among older adults in Rayong Province. *Thai Journal of Public Health*, 53(2), 501-517.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health and education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Peng, J., Qi, H., Fan, Z., Zhou, Q., & Lin, Y. (2024). Social support and health behaviors of older adults during the COVID-19 pandemic in China: A moderated mediation model of loneliness and economic income. *BMC Public Health*, 24(1), 2780. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20272-8>
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11-36. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01105.x>
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3rd ed.). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Suksatan, W., Teravecharoenchai, S., & Sarayuthpitak, J. (2024). Determinants of the health-promoting behaviors among community dwelling older adults with non-communicable diseases during the post-COVID-19 Era. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 11(1), 1-11. <https://doi.org/10.5812/jnms-144587>

- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 145-159.
- Yodmai, K., Pechrapa, K., Kittipichai, W., Charupoonpol, P., & Suksatan, W. (2021). Factors associated with good COVID-19 preventive behaviors among older adults in urban communities in Thailand. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 21501327211036251.
<https://doi.org/10.1177/21501327211036251>

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมนีเวชร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19

The Effects of a Maneevej Exercise Program Combined with Music on Depression in Older Adults After the COVID-19 pandemic

มนีรัตน์ เอี่ยมอนันต์^{1*}, อุไร นิโรทนันท์¹, วรรัตน์ มากเทพพงษ์¹

Maneerat Aiamanan^{1*}, Urai Nirotnun¹, Wararat Magteppong¹

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี¹

Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi¹

(Received: February 25, 2025; Revised: May 8, 2025; Accepted: July 22, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมนีเวชร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์โควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์โควิด-19 ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 40 คน โดยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมนีเวชร่วมกับดนตรี โดยดำเนินกิจกรรมตามคู่มือโปรแกรม 2 ครั้งต่อวัน ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ตามมาตรฐานจากสถานพยาบาลที่เข้ารับบริการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมนีเวชร่วมกับดนตรี 2) แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติบรรยาย และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Pair และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม ลดลงมากกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรม ไปใช้ส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ในชุมชนได้

คำสำคัญ: มนีเวช, ผู้สูงอายุ, ภาวะซึมเศร้า, โควิด-19

*ผู้ให้การติดต่อ มนีรัตน์ เอี่ยมอนันต์ e-mail: Maneerat.a@hotmail.com

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of a Maneevej exercise program combined with music on depression in older adults after the COVID-19 pandemic. The participants comprised 40 older adults who had experienced the COVID-19 pandemic and exhibited mild to moderate levels of depression. They were equally divided into an experimental group (n=20) and a control group (n=20). The experimental group participated in the Maneevej exercise program combined with music, following the program manual, twice daily for eight consecutive weeks. The control group received routine care according to the standard practices of healthcare facilities. The research instruments consisted of: 1) the Maneevej exercise program combined with music, 2) the Thai Geriatric Depression Scale, and 3) a personal data questionnaire. General data were analyzed using descriptive statistics. The differences in mean depression scores in the experimental group before and after the program were compared using paired t-test, and the differences between the experimental and control groups after the program were compared using independent t-test.

The results showed that the mean depression scores in the experimental group after the intervention decreased significantly compared to the baseline ($p\text{-value} < 0.001$). However, there was no statistically significant difference in the post-intervention mean depression scores between the experimental and control groups ($p\text{-value} > 0.05$). Therefore, healthcare professionals can implement this program to promote older adults' mental health and help prevent depression in the community following the COVID 19 pandemic.

Keywords: Maneevej, Older Adults, Depression, COVID-19

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2017) ได้ประกาศว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดขนาดใหญ่ในทั่วภูมิภาคของโลก การระบาดของโรครวดเร็วเป็นวงกว้างนอกจากส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพร่างกายแล้ว ยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า มีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่รับการรักษาภายในโรงพยาบาลสนามในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.4 (Dai et al., 2020) และจากรายงานการศึกษาพบว่า ประชาชนมีอาการของความกังวลและภาวะซึมเศร้าจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ร้อยละ 16-28 (Rajkumar, 2020) นอกจากนี้การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

{2/17}

ในผู้สูงอายุ โดยพบมากในผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 11-28 ซึ่งเป็นภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 3-12 โดยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 มีลักษณะการเกิดอย่างน้อย 12 สัปดาห์ หลังหายจากโรค (Renaud-Charest, et al., 2021) และคงอยู่นาน ถึง 7 เดือน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุจะพบอาการทางระบบประสาท และการรับรู้ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตรวมถึงภาวะซึมเศร้า (Rajkumar, 2020) มีการศึกษาพบว่าภายหลังการเผชิญการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุจะเกิดพฤติกรรมการแยกตัวและโดดเดี่ยว มีการทำกิจกรรมทางกายลดลง (สุภาพ อารีเอื้อ, อินทิรา รูปสว่าง, ทิพย์ทัศน์ ชินตาปัญญากุล, ยุติ สารบูรณ์, ศิริรัตน์ อินทรเกษม, และวรรณ กวินวงศ์โกวิท, 2564) อีกทั้งการที่ผู้สูงอายุต้องเป็นผู้แยกสังเกตอาการ/ผู้กักกันตัวนั้นกล่าวรวมถึงการแยกรับประทานอาหาร การแยกห้องพัก ต้องออกห่างสังคมนอกบ้าน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564; ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์, 2564) ทั้งนี้หากผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัวย และสังคม รวมถึงภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่แย่งของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ (Siette et al., 2021)

การบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological Treatments) สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (Mild to Moderate Depression) มีหลากหลายวิธีที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้แก่ ศิลปะบำบัด (Art Therapy) (Kongkasuwan, Voraakhom, Pisolayabutra, Maneechai, Boonin, & Kuptniratsaikul, 2016) การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (Guided Imagery and Music) (มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2558) กิจกรรมดนตรี (มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์, น้ำฝน ปฏิการณพล, ทินกร จังหาร และประวีณา อินทวงศ์, 2562) และการออกกำลังกาย (Chiu et al., 2017) เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การบริการร่างกายแบบมณีเวชศึกษาในกลุ่มหญิงวัยกลางคน (อารีรัตน์ นวลแย้ม และนวรรตน์ ไชยมภู, 2563) ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (ฉัตรลดา ดีพร้อม และพัชรารวรรณ จันทรเพชร, 2563) และพบการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ (สุรีย์ สิมพลี และพรณี บัญชรหัตถกิจ, 2562) ทั้งนี้ยังพบว่าการบริหารร่างกายแบบมณีเวชและดนตรีเป็นวิธีการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยไม่ใช้ยาวิธีหนึ่ง ซึ่งสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ กล่าวคือ การบริการร่างกายแบบมณีเวชเป็นรูปแบบของการออกกำลังกายแบบยืดหยุ่น ผ่านการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การเคลื่อนที่หมุนรอบแกน และตามแนวแรงภายใต้หลักกายวิภาคศาสตร์และชีวกลศาสตร์ ตามท่าบริหารร่างกายที่มีลักษณะเฉพาะแบบมณีเวช (นภดล นิงสานนท์ และสุรภา หังสพฤกษ์, 2561) ทั้งนี้การบริหารร่างกายแบบมณีเวชจำนวน 5 ท่า ความถี่ในการออกกำลังกาย 2 ครั้งต่อวัน ความหนักของการออกกำลังกายเท่าที่ผู้ปฏิบัติสามารถทนไหว ระยะเวลาการออกกำลังกาย 20-30 นาทีต่อครั้ง และปฏิบัติซ้ำ 3 ครั้งต่อท่าออกกำลังกายตามหลักการออกกำลังกายแบบยืดหยุ่น (American College of Sports Medicine, 2018) ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังสมองส่งเสริมการทำงานของ Hypothalamic-Pituitary Adrenal Axis ส่งผลต่อการหลั่งฮอร์โมนเอนโดรฟิน (Endorphin) และ

เซโรโทนิน (Serotonin) เพิ่มขึ้น รวมถึงการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) และ เอพิเนฟริน (Epinephrine) อีกทั้งเมื่อได้ฟังดนตรีบรรเลงที่มีลักษณะของเสียงดนตรีคล้ายดนตรีพื้นบ้านของจีนสอดแทรกขณะบริหารร่างกาย แบบมณีเวชจะมีการหลั่งสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) ได้แก่ เซโรโทนิน ที่ทำหน้าที่ควบคุมสภาวะอารมณ์ และการรับรู้ความรู้สึก และโดพามีน (Dopamine) ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ของบุคคล ช่วยให้มีคามตื่นตัว กระฉับกระเฉง มีสมาธิมากขึ้น ซึ่งช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ รวมถึงดนตรีช่วยลดการกระตุ้นประสาทอัตโนมัติทำให้ การหลั่ง Epinephrine และ Norepinephrine ลดลงมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และอัตราการหายใจลดลง (Solanki, Zafar, & Rastogi, 2015) จึงส่งเสริมให้ร่างกายผ่อนคลายและลดภาวะซึมเศร้าได้

ทั้งนี้การศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาจะเป็นการศึกษาการบริหารร่างกายแบบมณีเวชเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และการปรับสมดุลโครงสร้าง แต่ยังไม่พบการศึกษาผลของมณีเวชร่วมกับดนตรี ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดปทุมธานี ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุค่อนข้างสูงอย่างต่อเนื่อง และพบผู้สูงอายุเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอีกด้วย ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุหากสามารถลดการเกิดภาวะดังกล่าว จะช่วยให้ไม่เกิดผลกระทบที่รุนแรง เช่น การฆ่าตัวตาย อีกทั้งยังไม่พบการดูแลเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุภายหลัง เชียสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวช ร่วมกับดนตรี เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเชียสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งผลการวิจัย ที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางของการให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ และนำไปสู่การพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลด้านผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

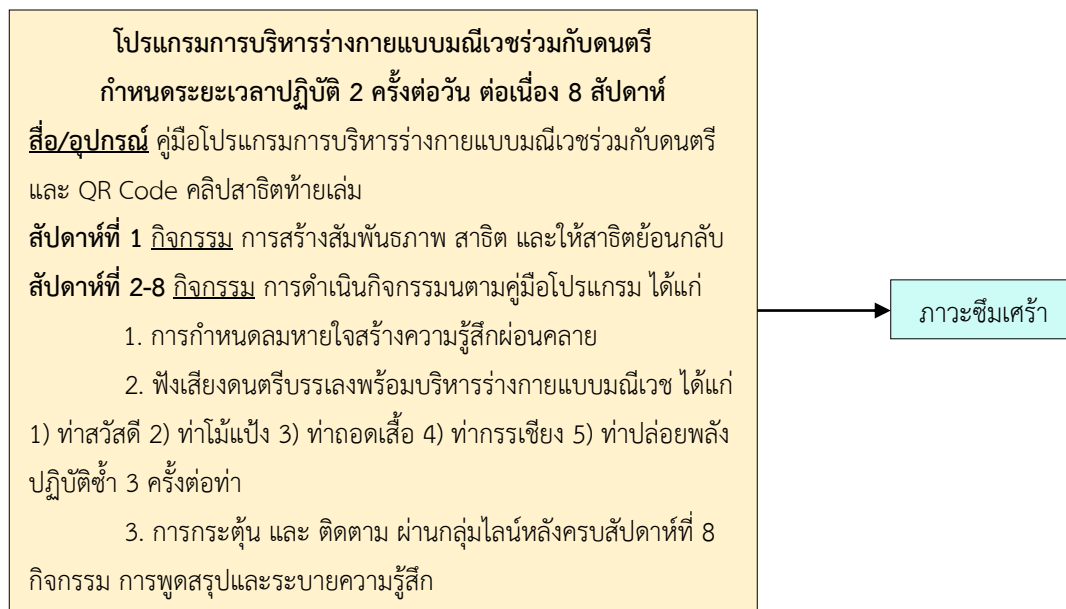
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเชียสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรี
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเชียสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการได้รับโปรแกรม
2. ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ศาสตร์การบริหารร่างกายแบบมนีเวช (Maneevej) เป็นศาสตร์การจัดสมดุลร่างกาย ผสมผสานระหว่าง แพทย์แผนไทย จีน และอายุรเวทของอินเดีย ผู้คิดค้นและพัฒนาโดยประสิทธิ์ มณีจิระประการ (นภดล นิงสานนท์, 2554) ศาสตร์มนีเวช ปรากฏมาในรูปแบบของการออกกำลังกายแบบยืดหยุ่น ผ่านการ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ทำบริหารร่างกายมีลักษณะเฉพาะแบบมนีเวช จำนวน 5 ท่า (นภดล นิงสานนท์ และสุรภา หังสพฤกษ์, 2561) ร่วมกับดนตรีบรรเลงลักษณะคล้ายเสียงดนตรีพื้นบ้านของจีน ให้บรรยากาศแบบเอเชีย ในการพัฒนาโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมนีเวชร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญ สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพ สานิต และ สานิตย้อนกลับ 2) การดำเนินกิจกรรมตามคู่มือโปรแกรม และ 3) การพูดสรุปและระบายความรู้สึก โดยมีสื่อ/ อุปกรณ์ คือ คู่มือโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมนีเวชร่วมกับดนตรี และ คิวอาร์ โค้ด (QR-Code) คลิปสานิต ท้ายเล่ม โดยรูปแบบของโปรแกรมหวังว่าจะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน อำเภอมะนัง จังหวัดปทุมธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางขุน หมู่ 1 ถึง หมู่ 6 จังหวัดปทุมธานี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และมีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินโดยแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) พบว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 13-24 คะแนน จำนวน 43 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางขุน จังหวัดปทุมธานี ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด (Inclusion Criteria) ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ สุ่มเลือกหมู่บ้าน 2 หมู่บ้านจาก 6 หมู่บ้าน โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ หมู่ที่ 4 และ หมู่ที่ 6 หลังจากนั้นผู้วิจัยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Random Sampling) ด้วยการจับฉลากเพื่อเลือกกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ได้กลุ่มทดลอง คือ หมู่ที่ 6 และ กลุ่มควบคุม คือ หมู่ที่ 4 กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยการทดสอบแบบ t-test ภายใต้การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระ (Means: Difference Between Two Independent Means-Two Groups) โดยกำหนดค่าพารามิเตอร์ในการคำนวณดังนี้ ขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.8 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 42 คน หรือกลุ่มละ 21 คน อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานจริง พบว่ามีผู้สูงอายุในพื้นที่ที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 43 คน จากทั้ง 2 หมู่บ้าน ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ประชาสัมพันธ์ แต่มีผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 3 คน (กลุ่มทดลอง 1 คน กลุ่มควบคุม 2 คน) คงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าร่วมได้จริงจำนวน 40 ดังนั้นผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

1. อายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งเพศชาย และเพศหญิง
2. มีความสามารถในการรับรู้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน สื่อสารได้ถูกต้อง
3. อ่านออก เขียนภาษาไทยได้
4. การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ และบุคคลปกติ ประเมินโดยแบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE Thai 2002) แปลโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 (2545) ไม่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือมีระดับคะแนน ≥ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษาในระดับคะแนน ≥ 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้สูงอายุเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาในระดับคะแนน ≥ 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

5. สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ประเมินโดยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) แปลเป็นไทยและพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2544) แปลผล ไม่มีภาวะพึ่งพา โดยมีคะแนนระหว่าง 12-20 คะแนน

6. ผู้สูงอายุที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางโดยได้รับการประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) เกณฑ์ในการประเมินแบบทดสอบ คือ ผู้สูงอายุได้คะแนนระหว่าง 13-24 คะแนน

7. ยินดีร่วมมือในการทำวิจัยตามแบบขอความร่วมมือ

เกณฑ์การคัดออก

1. ได้รับประทานยาต้านเศร้า (Antidepressant)

2. ผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีไข้เป็นต้น ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่องจนครบ 8 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรี ผู้วิจัยสร้างโดยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ (15-20 นาที) สาสิต และสาสิตย้อนกลับ (30 นาที) 2) การดำเนินกิจกรรมตามคู่มือโปรแกรม ได้แก่ การกำหนดลมหายใจ สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย ฟังเสียงดนตรีบรรเลงพร้อมบริหารร่างกายแบบมณีเวช 5 ท่า ได้แก่ ท่าสวัสดี ท่าไม้แป้ง ท่าถอดเสื้อ ท่ากรรเชียง ท่าปล่อยพลัง ปฏิบัติซ้ำ 3 ครั้งต่อท่า (ทั้งหมด 60-90 นาที) 3) การกระตุ้น และติดตามผ่านกลุ่มไลน์ (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) และ 4) พูดสรุปและระบายความรู้สึก (15-20 นาที) โดยใช้สื่อ คือ คู่มือการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 และ QR-CODE คลิปสาธิตการกำหนดลมหายใจสร้างความรู้สึกผ่อนคลายและการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรีท้ายเล่ม กำหนดระยะเวลาปฏิบัติ 2 ครั้งต่อวัน ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่ เป็นโรคโควิด-19 และประสบการณ์การถูกแยกกักตัว

2.2 แบบวัดความซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่นำมาใช้วัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.93 (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) มีจำนวน 30 ข้อ เลือกตอบ ใช่ กับ ไม่ใช่ ถ้าตอบ ไม่ใช่ ในข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ได้ข้อละ 1 คะแนน ในส่วนของข้อที่เหลือ ถ้าตอบว่าใช่ ได้ข้อละ 1 คะแนน การแปลผล ดังนี้ 0-12 คะแนน หมายถึง ปกติ, 13-18

คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย, 19-24 คะแนน หมายถึงภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 25-30 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรี ผู้วิจัยสร้างโดยทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาพัฒนาเป็นคู่มือโปรแกรม ประกอบด้วย คู่มือการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรี ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 รวมทั้ง QR-CODE คลิปสาธิตการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรีทำนองง่ายๆ ผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารร่างกายแบบมณีเวช 1 คน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรีบำบัด 1 คน หลังจากนั้น นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์ และสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายการใช้แบบสอบถามในการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นนัดพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย ซึ่งแจ้งการพิทักษ์สิทธิให้แก่กลุ่มตัวอย่างและลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มตัวอย่าง โดยมีกิจกรรมของแต่ละกลุ่มดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง 1 ครั้ง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที ผู้วิจัยแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลา พร้อมอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม แก่กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน เตรียมสถานที่โดยประสานงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางขุน ขอใช้ห้องประชุมนัดพบกลุ่มตัวอย่าง หลังจากพากลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยแนะนำการใช้คู่มือการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดลมหายใจ สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย และทำบริหารร่างกายแบบมณีเวช 5 ท่า โดยระหว่างปฏิบัติมีดนตรีบรรเลงประกอบ พร้อมทั้ง QR-CODE คลิปสาธิต ทำนองง่ายๆ อีกทั้งผู้วิจัยสาธิต และให้สาธิตย้อนกลับ พร้อมแจ้งข้อควรระวังระหว่างบริหารร่างกาย เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้สูงอายุสามารถทำได้ และไม่เป็นอันตรายเมื่อกลับไปปฏิบัติเอง สร้างกลุ่มออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สำหรับสื่อสาร ติดตามจากการเข้าร่วมงานวิจัย

สัปดาห์ที่ 2-8 ดำเนินตามคู่มือโปรแกรม โดยมีความถี่ 2 ครั้งต่อวัน ความหนักของการบริหารร่างกาย เท่าที่ผู้สูงอายุสามารถทนไหว (ไม่เจ็บหรือตึงเกินไป) ปฏิบัติซ้ำ 3 ครั้งต่อท่า ระยะเวลาการบริหารร่างกายอย่างน้อย 20-30 นาทีต่อครั้ง ระหว่างสัปดาห์ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยสอบถามเพื่อติดตามการดำเนินโปรแกรมผ่านกลุ่มไลน์

เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ ภายหลังดำเนินโปรแกรม ครบ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำแบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (หลังทดลอง) ผู้วิจัยพูดสรุปกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึก แจ้งกลุ่มทดลองให้ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง และปิดโครงการ พร้อมขอบคุณ

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลา พร้อมอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมแก่กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยตัดสินใจได้อย่างอิสระ จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงและให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการดูแลตามปกติตามมาตรฐานจากสถานพยาบาลที่เข้ารับบริการ

สัปดาห์ที่ 2-8 ได้แก่ ได้รับการดูแลตามปกติ กล่าวคือ การแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการความเครียด ภาวะซึมเศร้า และให้คำปรึกษาปัญหาแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว จากบุคลากรทางสุขภาพ ปฏิบัติตามระบบ แนวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สถานพยาบาลที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน หรือ ที่บ้านของผู้สูงอายุ

เมื่อครบ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำแบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (หลังทดลอง)

เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยมอบคู่มือการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เปิดคลินิกสาธิตให้ทดลองปฏิบัติจนเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้ และนำไปปฏิบัติที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Pair t-test) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี ครั้งที่ 1 หมายเลขรับรอง PPHO-REC 2567/19 และยื่นขอขยาย ครั้งที่ 2 หมายเลขรับรอง PPHO-REC 2567/49 อีกทั้งผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการ วัตถุประสงค์การศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การป้องกันอันตรายแก่กลุ่มตัวอย่างชัดเจน ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมโครงการ หรือปฏิเสธเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีผลต่อการบริการการรักษาศูนย์ที่ได้รับ สามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระ ข้อมูลที่ให้จะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุตัวบุคคล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 75 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 (อายุเฉลี่ย 69.70 ปี) มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 75 จำนวนครั้งที่เป็นโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่ คือ 1 ครั้ง และร้อยละ 90 ถูกแยกกักตัวในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19

สำหรับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 75 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 (อายุเฉลี่ย 67.70 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 60 จำนวนครั้งที่เป็นโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่ คือ 1 ครั้ง และร้อยละ 75 ถูกแยกกักตัวในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่เป็นโรคโควิด-19 ประสิทธิภาพการถูกแยกกักตัว (n=40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	10	25.00	5	25.00	5	25.00
หญิง	30	75.00	15	75.00	15	75.00
อายุ (ปี)		(Mean = 69.70, S.D. = 7.78)		(Mean = 67.70, S.D. = 7.66)		
60-69	25	62.50	14	70.00	11	55.00
70-79	11	27.50	4	20.00	7	35.00
80-89	4	10.00	2	10.00	2	10.00
สถานภาพสมรส						
โสด	3	7.50	1	5.00	2	10.00

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คู่	21	52.50	11	55.00	10	50.00
หม้าย	15	37.50	7	35.00	8	40.00
หย่า	1	2.50	1	5.00	-	-
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	27	67.50	12	60.00	15	75.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	17.50	5	25.00	2	10.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	5.00	1	5.00	1	5.00
ปริญญาตรีและสูงกว่า	4	10.00	2	10.00	2	10.00
จำนวนครั้งที่ป่วยเป็นโรคโควิด-19						
1 ครั้ง	28	70.00	10	50.00	18	90.00
2 ครั้ง	3	7.50	2	10.00	1	5.00
3 ครั้ง	8	20.00	7	35.00	1	5.00
มากกว่า 3 ครั้ง	1	2.50	1	5.00	-	-
ประสบการณ์การถูกแยกกักตัว						
ถูกแยกกักตัว	33	82.50	18	90.00	15	75.00
ไม่ถูกแยกกักตัว	7	17.50	2	10.00	5	25.00

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรี

พบว่าก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 14.95 (S.D. = 1.85) ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 8.80 (S.D. = 3.15) ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรี (n=20)

คะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง	14.95	1.85	8.80	3.16	7.24	<0.001

* $p\text{-value} < 0.05$

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลอง (Mean =14.95, S.D. = 1.85) และกลุ่มควบคุม (Mean = 15.45, S.D.= 2.95) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.52$) และพบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า (Mean = 8.80, S.D. = 3.16) และกลุ่มควบคุม (Mean = 10.00, S.D. = 4.83) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ($p\text{-value} = 0.36$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ก่อนการทดลอง	14.95	1.85	15.45	2.95	-0.64	0.52
หลังการทดลอง	8.80	3.16	10.00	4.83	-0.93	0.36

* $p\text{-value} < 0.05$

การอภิปรายผล

ภายหลังได้รับโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรี ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการวิจัยดังกล่าวอธิบายได้จากแนวคิดการบริหารร่างกายแบบมณีเวชและดนตรีสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ปรากฏมาในรูปแบบของการออกกำลังกายแบบยืดหยุ่น ผ่านการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เคลื่อนที่หมุนรอบแกนและตามแนวแรงตามท่าออกกำลังกายที่มีลักษณะเฉพาะแบบมณีเวช จำนวน 5 ท่า (นภดล นิงสานนท์ และสุรภา หังสพฤกษ์, 2561) ซึ่งเป็นท่าที่ไม่ซับซ้อนฝึกตามได้ง่าย เกิดอันตรายน้อยเพราะระดับความแรงอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางซึ่งเป็นระดับที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นการประยุกต์ที่ลงตัวเพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลง ด้านกายวิภาคและสรีรวิทยา ผู้สูงอายุและยังสามารถปฏิบัติได้ง่ายโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใด ๆ มีจังหวะที่ช้าและสม่ำเสมอ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวและลมหายใจได้ดี ทั้งนี้การบริหารร่างกายช่วยปรับปรุงวิถีชีวิตให้ได้เคลื่อนไหวเพิ่มความมั่นใจ ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาท เช่น เอนดอร์ฟิน (Endorphin) โดปามีน (Dopamine) และเซโรโทนิน (Serotonin) ซึ่งช่วยกระตุ้นอารมณ์ (Kandola, Ashdown-Franks, Hendrikse, Sabiston, & Stubbs, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายในลักษณะยืดเหยียดกล้ามเนื้อพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมดีขึ้น

{12/17}

กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ฉัตรลดา ดีพร้อม และพัชรารรณ จันทรเพชร, 2563) และตามหลักการที่ว่าเมื่อได้รับฟังดนตรีจะมีการตอบสนองในส่วนต่าง ๆ ของระบบในร่างกายโดยส่วนของระบบประสาทลิมบิก (Limbic) ซึ่งมีความสำคัญต่อการตอบสนองของร่างกายที่เรียกว่า Brain Reward Center ทำให้สมองหลั่งสารสื่อประสาท เช่น โดปามีน (Dopamine) ซีโรโทนิน (Serotonin) ออกมา ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ฟังใจ จนเกิดความสุขส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้น (Freeman, 2016) ทั้งนี้ ดนตรีบรรเลง มีส่วนประกอบของดนตรี ได้แก่ จังหวะ ทำนอง ระดับเสียง และ ความกลมกลืนของเสียง เมื่อผ่านเข้าสู่ระบบลิมบิกจะไปกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทที่ก่อให้เกิดภาวะผ่อนคลายออกมามากขึ้น ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ของบุคคล ช่วยให้มีสติสัมปชัญญะ กระฉับกระเฉง มีสมาธิมากขึ้น ซึ่งช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (พิริวิชัย สุวรรณเวลา, สายฝน เอกวรารังกูร และนัยนา หนูนิล, 2566) ช่วยปรับสมดุลสารสื่อประสาทสมอง คือ ซีโรโทนิน (Serotonin) โดปามีน (Dopamine) และนอร์เอปิเนฟริน (Norepinephrine) ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับการแสดงอารมณ์ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) กล่าวคือ การเพิ่มระดับสาร Serotonin ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมทั้งช่วยปรับคลื่นสมองให้มีลักษณะผ่อนคลายมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลโปรแกรมดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนของ พิริวิชัย สุวรรณเวลา สายฝน เอกวรารังกูร และนัยนา หนูนิล (2566) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมดนตรีบำบัดวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที 4 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแล จากเหตุผลข้างต้นจึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรี สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ได้ เพราะช่วยเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาท เช่น เอนโดर्फิน (Endorphin) โดปามีน (Dopamine) และซีโรโทนิน (Serotonin) ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย ฟังใจ จนเกิดความสุข ส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้น ผ่านการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับการรับฟังเสียงดนตรีบรรเลง อีกทั้งทำให้ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นช่วยบรรเทาความเครียด ความกังวล หรือความเหงาจากการถูกจำกัดการเข้าสังคมในช่วงโควิด-19 ได้อีกด้วย อีกทั้งการมีคู่มือโปรแกรม พร้อมคลิปสาธิต ช่วยให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามได้ง่ายด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ อาริรัตน์ นวลแย้ม, อาริยา หวังดี, จันทรปภัสร เครือแก้ว, มณฑกา อธิชัยสกุล และกฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ (2564) ที่พบว่าการสอนสาธิตการบริหารร่างกายและใช้สื่อการดูแลรักษาด้วยศาสตร์มณีเวช สามารถสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้ อีกทั้งผู้ป่วยสามารถบริหารร่างกายได้ต่อเนื่องที่บ้าน

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรีมีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 แต่อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่คล้ายคลึงกันหรือมีปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือโรคประจำตัว ทั้งนี้หากติดตามการดำเนินโปรแกรมในระยะเวลาอันยาวนาน เช่น

6 เดือน หรือ 1 ปี จะช่วยให้เห็นแนวโน้มความคงทนของผลลัพธ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น อีกทั้งปัจจุบันผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงสื่อความรู้สุขภาพได้หลายช่องทางโดยโปรแกรมที่ใช้มากที่สุดคือ ไลน์ เฟซบุ๊ก และยูทูป (พนม คลีณา, 2564) ผู้สูงอายุสืบหาความรู้ ข่าวสาร เพื่อการเรียนรู้ได้ด้วยตนเองในเรื่องที่สนใจ (วรารัณ โดโพรไทย, 2563) อีกทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีกระบวนการส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพจิตในประชาชน ในสถานการณ์โควิด-19 อีกด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2563) เนื่องจากการศึกษานี้ดำเนินการในช่วงหลังสถานการณ์โควิด-19 เริ่มคลี่คลาย การนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นควรพิจารณาปัจจัยบริบททางสังคมเป็นหลัก สามารถใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าได้

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุนำโปรแกรมนี้อไปใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนได้
2. ด้านการจัดการเรียนการสอน อาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาพยาบาลนำโปรแกรมนี้อไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมผู้เรียนให้มีสมรรถนะในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19
3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลนำรูปแบบของโปรแกรมนี้อมาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายทางการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าแก่ผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาและพัฒนาโปรแกรม หรือ นวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19
2. ควรส่งเสริมให้ทดลองเปรียบเทียบโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรีต่อภาวะอื่น ๆ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ในผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
3. ควรวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโปรแกรม เช่น ทักษะการสื่อสารของผู้สูงอายุที่อาจส่งผลต่อการดำเนินโปรแกรม
4. ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถแทนประชากรได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ทูสนันสนุนการพัฒนาวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (รหัสโครงการวิจัย FRB67E1102F.4) (รหัสคำรับรอง FRB670027/0168)

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Combat 4th Wave of COVID-19 : C4). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอวัน ปริ้นต์ติ้ง
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-8.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานสถานการณ์โควิด-19 ฉบับที่ 538. สืบค้นเมื่อ 24 มิถุนายน 2564 จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no538-240664.pdf>.
- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542. (2545). *แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ฉัตรลดา ดีพร้อม และพัชรารวรรณ จันทร์เพชร. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยนวัตกรรมพื้นบ้าน V-exercise ต่อสมรรถภาพทางกาย ระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(1), 109-120.
- ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. (2564). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของประชาชนเขตคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสียว อำเภอสนับทาม จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(1), 12-21.
- นภดล นิงสานนท์. (2554). มณีเวช...เพื่อชีวิตง่าย ๆ สบาย ๆ. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาสังคมศาสตร์และเทคโนโลยี)*, 3(5), 1-13.
- นภดล นิงสานนท์ และสุรภา หังสพฤกษ์. (2561). *ตำรา มณีเวช Maneevej: New paradigm in healthcare เปลี่ยนกระบวนทัศน์ ปรับกระบวนคิด สร้างสมดุลชีวิต*. สงขลา: นีโอพ้อยท์ (1995) จำกัด.
- พนม คลีฉายา. (2564). การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุและข้อเสนอเพื่อการเสริมสร้าง ภาวะพลัดพลัง และผลิตภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารนิเทศศาสตร์*, 39(2), 56-78.
- พีรวิชัย สุวรรณเวลา, สายฝน เอกวรารกุล และนัยนา หนูนิล. (2566). ผลของโปรแกรมดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดตรัง. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 39(1), 1-14.
- มนิรัตน์ เอี่ยมอนันต์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2558). ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารพยาบาล*, 65(2), 49-56.
- มนิรัตน์ เอี่ยมอนันต์, น้ำฝน ปฏิกรมณฑล, ทินกร จังหาร และประวีณา อินทรวงศ์. (2562). ผลของโปรแกรมกิจกรรมดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 6(1), 15-26.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และพฤกษวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุภาพ อารีเอื้อ, อินทิรา รูปสว่าง, ทิพย์ทัศน์ ชินตาปัญญากุล, ยุวดี สารบูรณ์, ศิริรัตน์ อินทรเกษม และวรรณากวินวงศ์โกวิท. (2564). การติดตามการเปลี่ยนแปลงมิติสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในช่วงก่อนระบาด ของโรคโควิด-19 ช่วงระบาด และฐานวิถีชีวิตใหม่. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุรีย์ สิมพลี และพรณี บัญชรหัตถกิจ. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารมณีเวชประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารสุขศึกษา*, 42(145), 69-82.
- วรางคณา โตโพธิ์ไทย. (2563). สื่อสังคมเพื่อการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา*, 15(19), 1-14.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ (บ.ก.). (2558). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ม.ป.ท.: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีรัตน์ นวลแย้ม และ นวรัตน์ ไวมัญญ. (2563). การพัฒนารูปแบบการบริหารร่างกายด้วยศาสตร์มณีเวชสำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลหาดใหญ่. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(2), 1-12.
- อารีรัตน์ นวลแย้ม, อาริยา หวังดี, จันทรปภัสร เครือแก้ว, มณฑกา อีรัชัยสกุล และกฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. (2564). การศึกษาประสิทธิภาพของการดูแลรักษาสุขภาพด้วยศาสตร์มณีเวช: การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 19(3), 702-712.
- American College of Sports Medicine. (2018). *ACSM's Guidelines for exercise testing and prescription*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Chiu, H. L., et al. (2017). Effectiveness of light therapy in cognitively impaired persons: A metanalysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(10), 2227-2234. <https://doi.org/10.1111/jgs.14990>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Erlbaum.
- Dai, L. L., et al. (2020). Anxiety and depressive symptoms among COVID-19 patients in Jiangnan Fangcang Shelter Hospital in Wuhan, China. *PloS One*, 15(8), e0238416. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238416>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>

- Freeman, R. (2016). *Music and the brain's reward and bonding system*. Retrieved June 1, 2022 from <https://www.psychologytoday.com/us/blog/neurosagacity/201604/music-and-the-brains-reward-and-bonding-systems>.
- Kandola, A., Ashdown-Franks, G., Hendrikse, J., Sabiston, C. M., & Stubbs, B. (2019). Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 525-539.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.040>
- Kongkasuwan, R., Voraakhom, K., Pisolayabutra, P., Maneechai, P., Boonin, J., & Kuptniratsaikul, V. (2016). Creative art therapy to enhance rehabilitation for stroke patients: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 30(10), 1016-1023.
<https://doi.org/10.1177/0269215515607072>
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Renaud-Charest, O., et al. (2021). Onset and frequency of depression in post-COVID-19 syndrome: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 144, 129-137.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.054>
- Siette, J., et al. (2021). A national survey on COVID-19 second-wave lockdowns on older adults' mental wellbeing, health-seeking behaviours and social outcomes across Australia. *BMC Geriatrics*, 21, 1-16. <http://doi.org/10.1186/s12877-021-02352-1>
- Solanki, M.S., Zafar, M., & Rastogi, R. (2015). Review: Music as a therapy: Role in psychiatry. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(3), 193-199. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2012.12.001>
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Retrieved May 1, 2025 from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการสุขภาพ ของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

Effects of a Family-Centered Care Promotion Program on Self-Management Behaviors in Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

พิมพรรณ เรืองพุทธ¹, ดาลิมา สำแดงสาร^{1*}, วรัญญา จิตรบรรทัด¹

Pimpawan Rueangphut¹, Dalima Samdaengsarn^{1*}, Waranya Jitbantad¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹

Boromrajonnani College of Nursing, Nakhonsithammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health¹

(Received: February 5, 2025; Revised: May 6, 2025; Accepted: July 31, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง คัดเลือกโดยวิธีแบบสุ่มอย่างง่าย จำนวน 23 ราย เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัวในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการสุขภาพ และแบบสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพ และการสังเกตพฤติกรรมจัดการสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพ และคะแนนการสังเกตพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงว่าผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีพฤติกรรมการจัดการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาล และทีมสุขภาพสามารถนำรูปแบบนี้ไปปรับใช้เป็นแนวทางการให้บริการในสถานพยาบาลและในชุมชนที่ต้องมีการติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

คำสำคัญ: การดูแลร่วมกันของครอบครัว, พฤติกรรมการจัดการสุขภาพ, การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

*ผู้ให้การติดต่อ ดาลิมา สำแดงสาร e-mail: dalima@bcnnakhon.ac.th

Abstract

This quasi-experimental research study with a one-group pretest-posttest aimed to study the effect of family care promoting program on self-management behaviors among patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. The simple random sampling consisted of 23 participants. Research tool was the family care promoting program on self-management behaviors, developed by the researcher. Data collection instruments included a personal information questionnaire, a self-management behavior assessment, and a self-management observer. General data were analyzed using descriptive statistics and wilcoxon signed rank test.

The findings showed that, after experiment, the participants showed a statistically significant increased their mean score on self-management behavior and observed self-management before the experiment ($p\text{-value} < .001$). The results demonstrated that a family care promoting program on self-management behaviors effectively improves self-management behavior. Nurse and healthcare teams can apply this program to services in medical facilities and communities that require continuous home-based follow-up care.

Keywords: Family-Centered Care, Self-Management Behaviors, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease (CKD)) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย เนื่องจากมีอุบัติการณ์และความชุกของโรคเพิ่มขึ้น จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center (HDC)) ในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1,062,756 คน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 มากถึง 85,064 คน จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 464,420 ราย ระยะที่ 4 จำนวน 122,363 ราย และระยะที่ 5 ที่ต้องล้างไตมากถึง 70,474 ราย (กรมควบคุมโรค, 2567) รัฐบาลให้สิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตได้ ทำให้ค่าใช้จ่ายที่บริหารจัดการด้วยกองทุนสำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยปัจจุบันมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรับการรักษาบำบัดทดแทนไตในระบบสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ปีงบประมาณ 2565 จำนวนรวม 82,463 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ฟอกเลือดจำนวน 46,868 คน ล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 31,897 คน ส่วนที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนเฉพาะค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (ระบบรายงานสารสนเทศผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง, 2566)

การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองที่บ้านซึ่งต้องปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัด หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองได้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนถึงสูญเสียชีวิตได้ คือ การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง จากการศึกษาของธวัช เตยวิไล และรสสุคนธ์ ตันติวิชิตเวช (2563) พบว่าปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้อง ได้แก่ การล้างมือบางครั้ง การสวมผ้าปิดปากและจมูกบางครั้ง สถานที่เปลี่ยนน้ำยาล้างไตที่ไม่ได้มาตรฐาน และการศึกษาของวงศกร บุญญาญจน์ (2563) เกี่ยวกับการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช พบว่า อัตราการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อเท่ากับ 578 ครั้งในผู้ป่วย 1,051 คน ซึ่งสถิติหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน 282 ราย พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง 0.38 ครั้งต่อผู้ป่วย-ปี และอุบัติการณ์การติดเชื้อทางช่องสายออก (Exit-Site) 0.02 ครั้งต่อผู้ป่วย-ปี ซึ่งในจำนวนนี้ มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ร้อยละ 4 (หน่วยไตเทียม, 2567) นอกจากนี้จากรายงานการวิจัยของ จันทรเพ็ญ ปะวะโพตะโก, นงเยาว์ เกษตรภิบาล และนงศ์คราญ วิเศษกุล (2564) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ และทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ($r_s = 0.34, p\text{-value} < 0.001$ และ $r_s = 0.21, p\text{-value} < 0.05$ ตามลำดับ) ดังนั้น เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพและการคงอยู่ของชีวิตที่ยาวนาน ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการจัดการสุขภาพตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management) เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองอย่างมีเป้าหมาย เพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และลดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด การปรับตัวต่อบทบาทในชีวิตประจำวัน รวมถึงการดูแลจัดการอารมณ์ของตนเอง เป็นกระบวนการต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Creer, 2000) จากผลการศึกษาการใช้ชีวิตหลังการได้รับการรักษาโดยการล้างไตทางหน้าท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับการล้างไต แต่ไม่สามารถปฏิบัติตนได้อย่างเคร่งครัด การเปลี่ยนน้ำล้างไตวันละ 4-5 รอบ เป็นอุปสรรคสำคัญในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย บางรายถึงขั้นต้องลาออกจากงาน ส่งผลให้รูปแบบการดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน ผู้ป่วยบางรายยังมีความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว ความกังวลเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสภาวะทางอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตและผ่านอุปสรรคไปได้ เนื่องจากความเข้าใจจากสมาชิกในครอบครัว (ศิริลักษณ์ เมืองไทย และยุพาวดี ชันทบัลลัง, 2567) นอกจากนี้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเผชิญกับภาวะเหนื่อยล้า ซึ่งมีสาเหตุจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ภาวะชืด การสูญเสียการทำงานของไต การขาดการออกกำลังกายหรือการขาดการมีกิจกรรมทางกาย และภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มพึ่งพาครอบครัวหรือผู้ดูแล

มากขึ้น (ณจิต วงศ์ชัย และจรีภรณ์ เจริญพงศ์, 2565) จากปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในรูปแบบที่แตกต่างกัน

พฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเอง เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น สามารถควบคุมอาการของโรคได้ (Creer, 2000) อีกทั้งการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวในการดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม การดูแลร่วมกันของครอบครัวเป็นความสามารถของสมาชิกครอบครัวในการบูรณาการความเจ็บป่วยเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และมีชีวิตอยู่บนฐานของการดูแลร่วมกันซึ่งต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการกับภาวะความเจ็บป่วย (กมลรัตน์ เอี่ยมสำราญ, 2563) ทักษะที่สำคัญ (Sebern, 2005) ได้แก่ 1) การสื่อสาร เพื่อสร้างการรับรู้ บอกเล่าความรู้สึก ความต้องการการช่วยเหลือ และความเข้าใจในการดูแลร่วมกันในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ป่วยที่ลำไส้ใหญ่ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและครอบครัว 2) การตัดสินใจ เพื่อเลือกแนวทางในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ การแก้ปัญหาอาการอาการแสดงที่เกิดขึ้น คงไว้ซึ่งการควบคุมอาการและความเจ็บป่วย และ 3) การกระทำความร่วมมือกันของครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ลำไส้ใหญ่ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของ มงคล วารีย์, นภาลย์ แสงโพธิ์ และแจ่มจันทร์ แสนสุข (2562) พบว่า การส่งเสริมการจัดการสุขภาพครอบครัว สามารถเพิ่มการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ สอดคล้องกับพันทิวา เวชกามา (2566) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของพยาบาล ญาติผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองได้ ไม่เกิดการติดเชื้อ

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว ต่อพฤติกรรมจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ลำไส้ใหญ่ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย 1) สร้างสัมพันธภาพ (Relationship) และตั้งเป้าหมายการดูแลร่วมกัน โดยใช้ทักษะการสื่อสาร 2) รวบรวมความรู้และประมวลผลข้อมูล (Education) เกี่ยวกับการปฏิบัติลำไส้ใหญ่ทางช่องท้อง การดูแลแผลช่องสายออก การจัดการอาหาร น้ำ และยา การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และการจัดการสิ่งแวดล้อม 3) ตัดสินใจเลือก (Decide) แนวทางในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ โดยวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมดูแลร่วมกัน 4) ฝึกปฏิบัติกิจกรรม (Use) การลำไส้ใหญ่ทางช่องท้อง การดูแลแผลช่องสายออก การบันทึกข้อมูล และการสังเกตอาการผิดปกติ การจัดการอาหารน้ำและยา การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และการจัดการสิ่งแวดล้อม 5) แลกเปลี่ยนความคิดเห็น (Confer) และแก้ปัญหาในการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และ 6) การสะท้อนประเมินผลการปฏิบัติ (Evaluation) โดยนำแนวคิดการจัดการตนเองของ เครียร์ (Creer, 2000) ในการคิด การแก้ปัญหา การวางแผน การจัดการปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง ประเมินผลการปฏิบัติ รวมถึงการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติ ร่วมกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวของซีเบิร์น (Sebern, 2005) ในการสนับสนุนการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ลำไส้ใหญ่ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและครอบครัว ในการสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำความร่วมมือในการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพ โดยการให้ความรู้หรือการสอนรายบุคคล หรือรายกลุ่ม ร่วมกับคู่มือการดูแลตนเอง การติดตาม ประเมินเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำทั้งก่อนและหลังปฏิบัติการล้างไต การประเมินสภาพแวดล้อม เพื่อให้การดูแล เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วย และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วย และครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วย ที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง อย่างต่อเนื่องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว

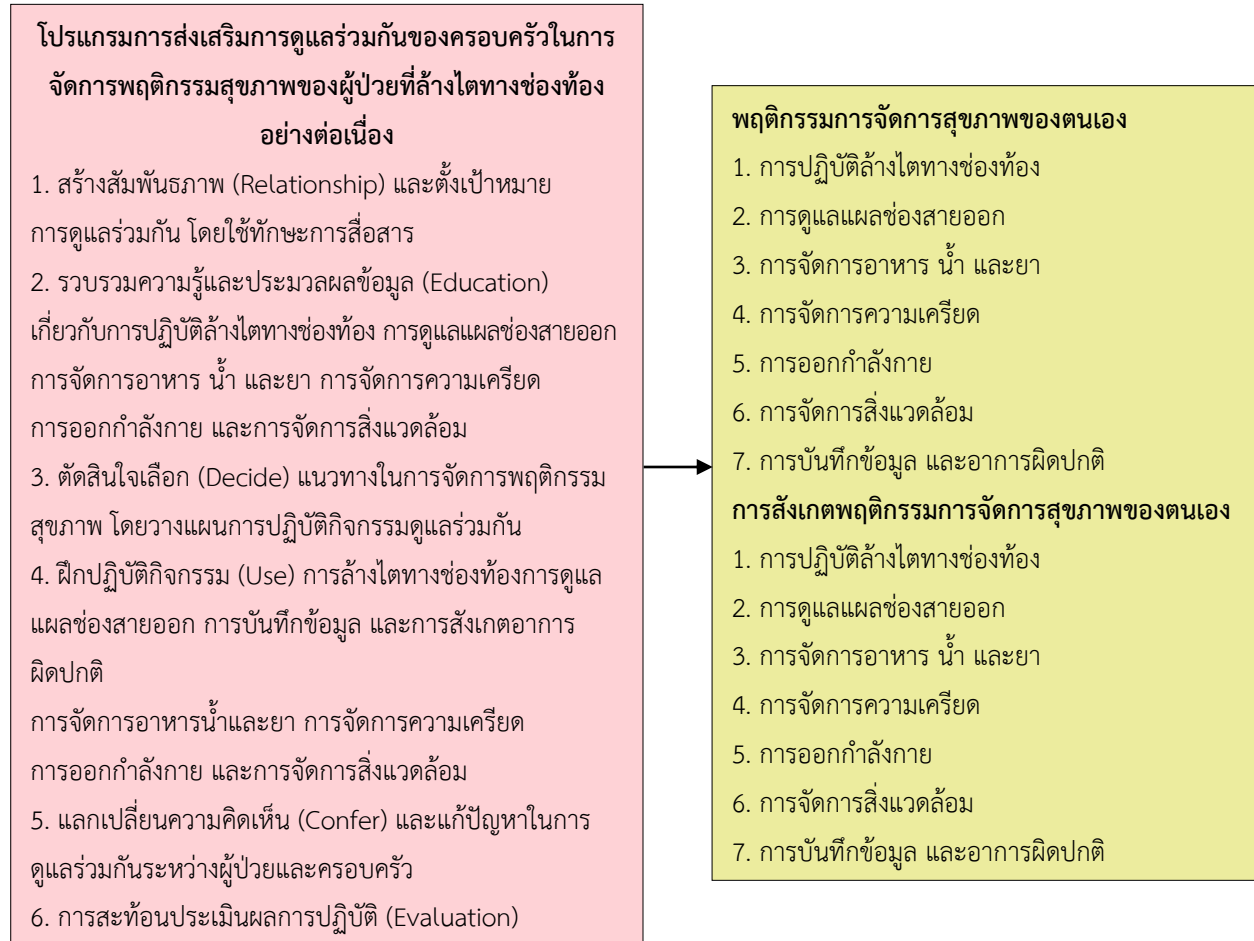
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นมากกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. หลังได้รับโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยการสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้น มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์ (Creer, 2000) ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลผลและประเมินผลของข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนผลการปฏิบัติ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัวตามแนวคิดการดูแล ร่วมกัน (Share Care) ของซีเบิร์น (Sebern, 2005) ได้แก่ 1) การสื่อสาร 2) การตัดสินใจ และ 3) การกระทำ ร่วมกัน นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัวในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการจัดการ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ 1) การล้างไตทางช่องท้อง 2) การดูแลแผลช่องทางออก 3) การจัดการอาหาร น้ำ และยา 4) การจัดการความเครียด 5) การออกกำลังกาย 6) การจัดการสิ่งแวดล้อม และ 7) การบันทึกข้อมูล

และการสังเกตอาการผิดปกติ ช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับบริบท ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้น ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi-Experimental Research, one group pre-test post-test design) ชนิดกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึงเดือนธันวาคม 2567 ที่มารับบริการ ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และผู้ดูแลที่มารับบริการ ที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 282 ราย (หน่วยไตเทียม, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และผู้ดูแลที่มารับบริการที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งอาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Bucher, 2007) ใช้ Test Family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Difference Between Two Dependent Mean (Matched Pairs) เลือก One Tailed กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติ เท่ากับ 0.05 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Analysis) 0.80 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากงานวิจัยของ รุจิราพร ป้องเกิด และทัศนาศูววรรณะปกรณ (2559) เท่ากับ 0.6 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 19 คน และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหาย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 23 ราย (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2558) ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยจับฉลากแบบไม่คืน (Sampling without Replacement) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าวิจัย

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการรักษาโรคไตเรื้อรังด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ การรับรู้วันเวลาสถานที่ อยู่ในระดับปกติ
4. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัยตามขั้นตอนตลอดการวิจัย

เกณฑ์คัดผู้ป่วยออกจากวิจัย

1. มีการเจ็บป่วยรุนแรง หรือมีโรคติดต่อที่มีผลต่อการรักษา เช่น วัณโรค โควิด-19 เป็นต้น
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการติดเชื้อในช่องท้องระหว่างการศึกษาศึกษา
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยจนครบทุกขั้นตอน
4. ขอยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาในภายหลัง หรือเปลี่ยนวิธีการรักษา หรือเสียชีวิตในระหว่างวิจัย หรือ

ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย

เกณฑ์การคัดผู้ดูแลเข้าร่วมวิจัย

1. เป็นสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ การรับรู้วันเวลาสถานที่ อยู่ในระดับปกติ
3. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัยตามขั้นตอนตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดผู้ดูแลออกจากวิจัย

1. ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตามโปรแกรมฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยที่ลำไส้ใหญ่ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและครบถ้วนในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) ของซีเบิร์น (Sebern, 2005) และแนวคิดการจัดการตนเองของแครีย์ (Creer, 2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรม และคู่มือการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้ในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ลำไส้ใหญ่ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ด้านการปฏิบัติลำไส้ การดูแลแผลช่องสายออก การจัดการอาหาร น้ำและยา การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การจัดการสิ่งแวดล้อม การบันทึกข้อมูลและอาการผิดปกติ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา โรคประจำตัวร่วม ระยะเวลาการรักษาด้วยการลำไส้ใหญ่ทางช่องท้อง การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง/แผลช่องสายออก

2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย แบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ฝึกปฏิบัติลำไส้ใหญ่ทางช่องท้อง หน้าที่หลักของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ลำไส้ใหญ่ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การปฏิบัติลำไส้ การดูแลแผลช่องสายออก การจัดการอาหารน้ำและยา การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การจัดการสิ่งแวดล้อม การบันทึกข้อมูลและอาการผิดปกติ รวมทั้งหมด 50 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ใช้เลย (1) ใช้บ่อยมาก (2) ใช้บางครั้ง (3) ใช้บ่อยครั้ง (4) และ ใช้ตลอดเวลา (5) คะแนนรวม 50-250 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ พฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองดี ได้คะแนนร้อยละ 75 ขึ้นไป (188-250 คะแนน) พฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 50-74 (125-187 คะแนน) และพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองไม่ดี ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 (50-124 คะแนน)

2.4 แบบสังเกตพฤติกรรมจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ลำไส้ใหญ่ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ การลำไส้ใหญ่ทางช่องท้อง การดูแลแผลช่องสายออก การจัดการอาหารน้ำและยา การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การจัดการสิ่งแวดล้อม การบันทึกข้อมูลและอาการผิดปกติ รวมทั้งหมด 24 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งหมด (2) ปฏิบัติได้ถูกต้องบางส่วน (1) และ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่ปฏิบัติ (0) คะแนนรวม 0-48 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติได้ดี ได้คะแนนร้อยละ 75 ขึ้นไป (37-48 คะแนน) ปฏิบัติได้ปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 50-74 (25-36 คะแนน) และปฏิบัติได้น้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 (0-24 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง แบบสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและครอบครัวในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไต จำนวน 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงด้านเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 1 ท่าน โดยค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.95, 0.97, 0.97, 0.98 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และแบบสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน จำนวน 10 ราย แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีการของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.82 และ 0.85 ตามลำดับ ส่วนโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมฯ นำไปศึกษานำร่องกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย พบว่า สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมฯ ไปใช้ได้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่คืน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 23 คน ซึ่งจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและครอบครัวในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลผล และประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ และแนวคิดการดูแลร่วมกันของ Sebern (2005) ได้แก่ การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน โดยใช้ระยะเวลาในการทดลองทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ (Relationship) กับผู้ป่วยและครอบครัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพ โดยเปิดโอกาสให้มีการสื่อสารอย่างอิสระและการตัดสินใจร่วมกัน ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยใช้เวลา 20-30 นาที

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านเพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทำแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

(Pre-test) และผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ลำไส้ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ลำไส้ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Pre-test) จากนั้นจัดประชุมครอบครัวเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ประเมินข้อมูลที่ได้ร่วมกัน กระตุ้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการตัดสินใจร่วมกัน (Decision Making) เกี่ยวกับวิธีการดูแลที่เหมาะสม และให้ความรู้เรื่องการลำไส้ การดูแลแผล การจัดการอาหาร น้ำและยา การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การจัดการสิ่งแวดล้อม การบันทึกข้อมูลและการสังเกตอาการผิดปกติ พร้อมอธิบายการใช้คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

สัปดาห์ที่ 2-4 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแลรายบุคคล ฝึกทักษะการลำไส้ ดูแลแผล การจัดการอาหาร น้ำและยา การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การจัดการสิ่งแวดล้อม การบันทึกข้อมูล และการสังเกตอาการผิดปกติ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติตามแผน (Implementation) พร้อมทั้งกระตุ้นการสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัว สร้างการกระทำร่วมกัน (Shared Action) ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล เสริมแรงกำลังใจ ให้ข้อเสนอแนะและทบทวนวิธีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมนี้ใช้เวลาสัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง ต่อเนื่องเป็นเวลา 3 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแล (Post-test) โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ลำไส้ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ลำไส้ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นจากโปรแกรมฯ ตรวจสอบบันทึกข้อมูล พูดคุยสะท้อนผลการดูแลร่วมกัน (Self-Reflection and Evaluation) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวแบ่งปันประสบการณ์ ผลลัพธ์ และประโยชน์ของการดูแลร่วมกัน เพื่อสร้างแรงจูงใจในการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดโครงการ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ลำไส้ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ลำไส้ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ได้รับรองจริยธรรม เลขที่ SCPHYLIRB-2567/229 เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยขออนุญาต เก็บข้อมูลโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย และสิทธิที่จะถอนตัวจากการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีจำนวน 23 ราย เพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.87 และ 39.13 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 55 ปี (S.D. = 12.77) โดยอยู่ในช่วง 45-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 52.17 รองลงมา อายุ 61-77 ปี ร้อยละ 34.78 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.48 สถานภาพสมรส โสด/หย่าร้าง ร้อยละ 52.17 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.91 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 86.96 ใช้สิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 82.61 มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ ร้อยละ 82.61 มีโรคประจำตัวร่วมด้วยอย่างน้อย 1 โรค คือ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.83 มีระยะเวลาในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน-3 ปี (Mean = 4.50, S.D. = 3.22) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.22 ไม่เคยติดเชื้อเยื่อช่องท้อง/แผลช่องสายออก

ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 23 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.22 มีอายุเฉลี่ย 49.08 ปี (S.D. = 13.90) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอนุปริญญา/ปริญญาตรี ร้อยละ 39.13 เท่ากัน ร้อยละ 69.57 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 47.83 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 65.22 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 เดือน-3 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.30 ผ่านประสบการณ์ฝึกปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้องจากหน่วยไตเทียม ร้อยละ 26.08 มีหน้าที่หลักคือช่วยล้างไต ให้ผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นญาติ ร้อยละ 34.78

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว

พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การจัดการสุขภาพภาพรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.001 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ลำไส้ใหญ่ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว (n=23)

พฤติกรรมการจัดการสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	P-value (1-tailed)
	Median	IQR	Median	IQR		
1. ปฏิบัติลำไส้ใหญ่ทางช่องท้อง	4.73	0.55	4.91	0.27	3.16	0.001**
2. ดูแลแผลช่องสายออก	4.88	0.50	4.88	0.04	2.38	0.008*
3. จัดการอาหาร น้ำ และยา	4.27	0.73	4.73	0.36	4.12	0.001**
4. จัดการความเครียด	4.20	1.60	4.40	0.80	3.04	0.001*
5. ออกกำลังกาย	4.50	0.75	5.00	0.50	3.44	0.001**
6. จัดการสิ่งแวดล้อม	4.80	0.80	5.00	0.20	3.32	0.001**
7. บันทึกข้อมูลและอาการผิดปกติ	4.50	0.67	5.00	0.50	2.86	0.002*
รวม	4.45	0.48	4.76	0.16	4.20	0.001**

*p-value < 0.01, **p-value < 0.001

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ลำไส้ใหญ่ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว

พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว พบว่า คะแนนเฉลี่ยการสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งภาพรวมและรายด้านสูงขึ้น มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05, 0.01 และ 0.001 ตามลำดับ ยกเว้นด้านการดูแลแผลช่องสายออก พบว่าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยการสังเกตพฤติกรรมการจัดการดูแลแผลไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ลำไส้ใหญ่ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว (n=23)

การสังเกตพฤติกรรมจัดการสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	P-value (1-tailed)
	Median	IQR	Median	IQR		
1. ปฏิบัติลำไส้ใหญ่ทางช่องท้อง	1.80	0.40	2.00	0.10	3.55	0.001***
2. ดูแลแผลช่องสายออก	2.00	0.33	2.00	0.00	1.54	0.06
3. จัดการอาหาร น้ำ และยา	1.33	0.67	2.00	0.33	3.61	0.001***
4. จัดการความเครียด	2.00	0.00	2.00	0.00	1.73	0.041*
5. ออกกำลังกาย	2.00	1.00	2.00	0.00	2.71	0.003**
6. จัดการสิ่งแวดล้อม	1.50	1.00	2.00	0.25	3.76	0.001***
7. บันทึกข้อมูลและอาการผิดปกติ	2.00	0.00	2.00	0.00	2.06	0.02*
รวม	1.72	0.47	1.92	0.23	4.22	0.001***

*p-value < 0.05, **p-value < 0.01, ***p-value < 0.001

การอภิปรายผล

จากการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของซีเบิร์น (Sebern, 2005) ได้แก่ การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน ในการส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงความสำคัญของการดูแลร่วมกันของครอบครัว การพูดคุยใช้คำถามปลายเปิด รวมถึงการวิเคราะห์สถานการณ์ และความต้องการของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจตรงกัน สามารถวางแผนการดูแลร่วมกันและให้การช่วยเหลือกันได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของกาญญา ศรีอุดม, ธาราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช และศรีธัญญา เบญจกุล (2561) ที่พบว่าการสร้างบรรยากาศภายในกลุ่มรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว กระตุ้นและให้กำลังใจพร้อมกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นกลวิธีในการเสริมสร้างการเรียนรู้ที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการตนเองของแครีย์ (Creer, 2000) ในการจัดการตนเองอย่างเป็นขั้นตอน ตั้งแต่การตั้งเป้าหมายให้มีความรู้ในการจัดการโรคและความเจ็บป่วย การสังเกตเฝ้าระวังอาการผิดปกติของตนเองเพื่อนำสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมในการลงมือปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนผลการปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ มาใช้ในโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ในหัวข้อปฏิบัติการล้างไต การดูแลแผลช่องสายออก การจัดการอาหาร น้ำและยา การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การจัดการสิ่งแวดล้อม การบันทึกข้อมูล และอาการผิดปกติ พร้อมทั้งการลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนและแผนที่วางไว้ ผู้วิจัยสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมใช้คำพูดจูงใจ กระตุ้นอารมณ์ทางบวกของผู้ป่วยและครอบครัวในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่พบและร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหา การสะท้อนผลของการปฏิบัติช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจและเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ เอี่ยมสำราญ (2563) พบว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องภายหลังได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปิยะดา ด่วงพิบูลย์ (2565) ที่พบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้ มีการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติจนมีทักษะการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ผลการวิจัยยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยการสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัวสูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ยกเว้นด้านการดูแลแผลช่องสายออก พบว่า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว พฤติกรรมจัดการดูแลแผลไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วย

และผู้ดูแลได้รับความรู้ภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมอง/ช่องสายออก และบางรายเคยมีประสบการณ์ของการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองที่มีอาการปวดท้อง มีไข้ น้ำยาล้างไตทางช่องท้องและออกน้อย ต้องไปนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล จึงระมัดระวังปฏิบัติตามขั้นตอนการทำแผลและดูแลแผลช่องสายออกอย่างเคร่งครัด สอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล, ลลนา แร่กาสินธุ์ และวินัฐ ดวงแสนจันทร์ (2566) พบว่า การใช้ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของมณฑล วารีย์, นภาลัย แสงโพธิ์ และแจ่มจันทร์ แสนสุข (2562) พบว่าผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและครอบครัวภายหลังได้รับการจัดการสุขภาพบุคคลและครอบครัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองในระดับบุคคลระดับครอบครัวสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) นอกจากนี้ในระหว่างการทำนิเวศวิทยา ผู้วิจัยได้ประสานกับชุมชนและ อสม. ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า อสม. มีโอกาสเรียนรู้กระบวนการส่งเสริมการดูแลร่วมกัน ผ่านการสังเกตและรับฟังการให้คำแนะนำจากผู้วิจัย ส่งผลให้ได้รับความรู้และทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังส่งเสริมให้เกิดการติดตามต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืน ผลลัพธ์ที่ได้สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมฯ มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีแนวโน้มในการดำรงชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรังอย่างมีคุณภาพมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถใช้ผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายหรือแนวปฏิบัติของคลินิกล้างไต โดยเน้นการสร้างความรู้ความตระหนักถึงบทบาท และการสร้างทักษะในการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัวในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ
2. พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมฯนี้เป็นแนวทางในการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยที่มีอาการล้างไตทางหน้าท้องและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ
3. ควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปเชื่อมโยงกับการดำเนินงานของ อสม. เพื่อให้มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและพัฒนาศักยภาพ อสม.ให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องและครอบครัว เนื่องจาก อสม.เป็นคนในพื้นที่ชุมชนที่มี

ความใกล้ชิด สนับสนุน และเข้าใจบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถติดตามพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างต่อเนื่อง

2. การวิจัยเพื่อพัฒนาสื่อออนไลน์ที่ใช้ในการปฏิบัติการล้างไตและการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ เอี่ยมสำราญ. (2563). ผลการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 7(1), 63-74.
- กรมควบคุมโรค. (2567). *กรมควบคุมโรค รณรงค์ “วันไตโลก” 2567 ขับเคลื่อนการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ประชาชน มุ่งเน้นการเข้าถึงการบริการที่เท่าเทียม*. สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2567 จาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?deptcode=brc&news=41551>.
- กาญญา ศรีอุดม, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช และศรีธัญญา เบญจกุล. (2561). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 41(1), 49-61.
- จันทร์เพ็ญ ปะวะโพตะโก, นงเยาว์ เกษตรภิบาล และนงค์คราญ วิเศษกุล. (2564). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 35(2), 99-113.
- ณจิต วงศ์ชัย และจวีรภรณ์ เจริญพงศ์. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีความเหนื่อยล้า. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 9(1), 114-129.
- ธวัช เตียววิไล และรสสุคนธ์ ตันติวิชิตเวช. (2563). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพธาราม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 39(1), 51-64.
- ปิยะดา ด้วงพิบูลย์. (2565). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างทักษะในการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลวัดเพลง. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 2(3), 13-24.
- พันทิwa เวชกามา. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลยโสธร. *ยโสธรเวชสาร*, 25(1), 38-51.
- มงคล วารีย์, นภาลย์ แสงโพธิ์ และแจ่มจันทร์ แสนสุข. (2562). ผลการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้องของบุคคลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 2(3), 22-31.

- ระบบรายงานสารสนเทศผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. (2566). การใช้บริการการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
กองทุน สบสช. เชียงใหม่: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- รุจิราพร ป้องเกิด และทัศนาศูววรรณ. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง.
วารสารเกื้อการุณย์, 23(2), 165-181.
- วงศ์กร บุญญาญจน์. (2563). การติดเชื้อราในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง: ประสบการณ์
10 ปี ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร, 4(1), 97-107.
- ศิริลักษณ์ เมืองไทย และยุพาวดี ชันทบัลลัง. (2567). การใช้ชีวิตหลังการได้รับการรักษาโดยการล้างไตทางหน้า
ท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 18(2), 679-694.
- สิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล, ลลนา แร่กาสินธุ์ และวินัฐ ดวงแสนจันทร์. (2566). ผลของโปรแกรมภาพสะท้อนทาง
ความคิดต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. วารสารพยาบาล, 72(3), 1-10.
- หน่วยไตเทียม. (2567). รายงานสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง พ.ศ. 2562-2566. นครศรีธรรมราช:
หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช.
- อรุณ จิรวัดนกุล. (2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วิทยาพัฒน์.
- Creer, L. T. (2000). Self- management of chronic illness. In Boekaerts, M., Pintrich, P. R., &
Zeidner, M. (Eds.). *Handbook of self-regulation* (pp. 601-629). Cambridge, Massachusetts:
Academic Press.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power
analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research
Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Sebern, M. D. (2005). Shared care elder and family member skills used to manage burden.
Journal of Advanced Nursing, 52(2), 170-179. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03580.x>

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูง
โดยไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
หรือภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น

A Systematic Review of Non-Pharmacological Management Approaches for
Hypertension in Older Adults at Risk of or in the Early Stages of Hypertension

วิภาวรรณ สีหาคม^{1*}, นาฏนภา อารยะศิลป์¹, อรุณา แก้วเกิด¹, รัตติยา ทองอ่อน¹

Vipawan Sehakom^{1*}, Nadnapa Arayasinlapathon¹, Onuma Kaewkerd¹, Rattiya Thong-on¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม¹

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom Nakhon Phanom University¹

(Received: September 30, 2024; Revised: June 22, 2025; Accepted: July 31, 2025)

บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและสรุปผลลัพธ์ของงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุโดยสืบค้นจากฐานข้อมูล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัยโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวนและร้อยละ วิเคราะห์รูปแบบและผลลัพธ์การจัดการโรคความดันโลหิตสูง โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการสืบค้นข้อมูลพบรายงานการวิจัยตามคำสำคัญที่ระบุจำนวน 7,649 เรื่อง ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของสถาบันโจแอนนา บริกส์ (2020) จำนวน 7 เรื่อง โดยแบ่งเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 4 เรื่อง และงานวิจัยเชิงทดลองจำนวน 3 เรื่อง

ผลการศึกษา พบรูปแบบการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา 4 รูปแบบ ได้แก่ การจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้วิธีการผสมผสาน การออกกำลังกาย การรับประทานสารสกัดจากพืช และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการหายใจเข้าและลึก ซึ่งผลลัพธ์ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมหัวใจเพิ่มขึ้น ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น สมรรถภาพทางกายดีขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงลดลง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาสามารถนำไปใช้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในระยะยาว จำเป็นต้องมีการสนับสนุนให้มีการวิจัยเชิงทดลองในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มเติม ทั้งนี้เพื่อช่วยชะลอและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ, การจัดการโดยไม่ใช้ยา, ความดันโลหิตสูง, ผู้สูงอายุ, กลุ่มเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง

*ผู้ให้การติดต่อ วิภาวรรณ สีหาคม e-mail: svipawan@gmail.com

Abstract

This systematic review aimed to study the patterns and synthesize the outcomes of research on non-pharmacological management of hypertension in older adults. Literature was searched from databases covering the period from 2019 to 2023. Research characteristics were analyzed using descriptive statistics, including frequency and percentage. The patterns and outcomes of hypertension management were analyzed using content analysis. The search yielded 7,649 studies based on the specified keywords. After applying selection criteria using a research screening form and the Joanna Briggs Institute (JBI) critical appraisal tool (2020), a total of seven studies met the inclusion criteria—comprising four quasi-experimental studies and three experimental studies.

The study found four non-pharmacological management approaches for hypertension: integrated management, physical exercise, consumption of plant extracts, and muscle relaxation combined with slow, deep breathing. The outcomes included reductions in blood pressure levels and heart rate, improved autonomic nervous system function regulating the heart, increased knowledge about hypertension, enhanced self-care behaviors, improved self-efficacy, better physical fitness, and reduced risk of developing hypertension. The results demonstrate that non-pharmacological hypertension management approaches can be effectively used to prevent hypertension in older adults. To maximize long-term benefits, further experimental research in older adult populations is necessary to help delay and prevent complications associated with hypertension in the future.

Keywords: Systematic Review, Non-Pharmacological Management, Hypertension, Older Adults, At-Risk Groups for Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตามมาได้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) เผยแพร่ว่า ทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงประมาณ 1.28 พันล้านคน โดย 2 ใน 3 ของจำนวนนี้อยู่ในประเทศด้อยพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา ประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ทั้งนี้ ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ตามอายุ โดยพบว่าร้อยละ 27 ของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74 ในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี (Oliveros et al., 2020) สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ประชาชนไทยวัย 15 ปีขึ้นไปเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 10 ล้านคน อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 14,618 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2564 เป็น 16,364 ในปี พ.ศ. 2567 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2567) โดยมีจำนวนผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2565-2566 ถึง 1,420,304 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จากสถิติจะเห็นว่าประชากรที่มีความดันโลหิตสูงได้มีการขยายตัวไปทุกภูมิภาคของโลก ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจ และหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงทำให้เสียชีวิตได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2561)

จากข้อมูลข้างต้นสามารถกล่าวได้ว่าการควบคุมความดันโลหิตให้ลดลง สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมไปถึงอัตราการเสียชีวิตก็จะลดลงเช่นกัน ซึ่งการรักษาส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องใช้ยาในการรักษาส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายในระยะยาว เมื่อต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน เช่น การหกล้มหรือเป็นลม ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง เป็นต้น (Sheppard et al., 2023) โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้มากกว่าคนในกลุ่มวัยอื่น เนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามวัย เช่น อัตราการกรองของไตลดลง การทำงานของระบบเอนไซม์ในตับลดลง ส่งผลต่อประสิทธิภาพการขจัดยาออกจากร่างกาย และมีความไวต่อยาบางชนิดเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อประสิทธิภาพการขจัดยาออกจากร่างกาย และมีความไวต่อยาบางชนิดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมหลายโรคทำให้ต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน และมีปริมาณมากที่สุดเมื่อเทียบกับวัยอื่น จึงเป็นปัจจัยสำคัญก่อให้เกิดปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยา ซึ่งภาวะเหล่านี้เพิ่มโอกาสที่ผู้สูงอายุจะเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสูงขึ้น (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2565) ดังนั้นวิธีการที่เหมาะสมคือการรักษาโดยไม่ใช้ยา (Li, Liang, Bu, & Hesketh, 2020) และป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่วัยเริ่มต้น

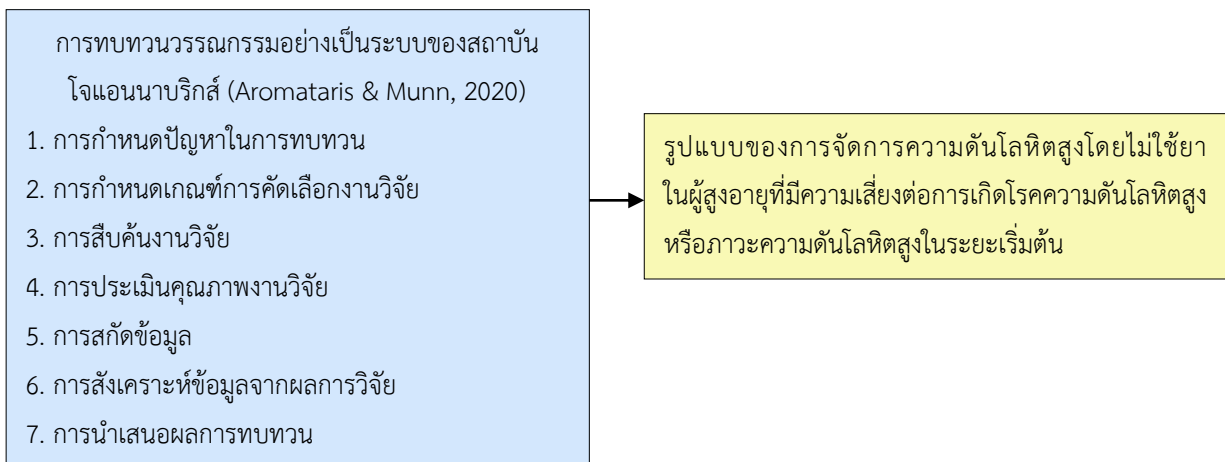
จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จะช่วยให้เข้าใจปัญหาและการจัดการปัญหานี้ได้ดีขึ้น เพื่อนำไปจัดกิจกรรมการพยาบาลและโปรแกรมที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัย เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเป็นงานวิจัยที่น่าเชื่อถือเมื่อเทียบกับงานวิจัยประเภทอื่น ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2549-2559 แต่ยังไม่พบการทบทวนวรรณกรรมในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้นและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิธีการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาโดยทำการสืบค้นผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น เพื่อเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ใช้ยาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อรวบรวมและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อทบทวนรูปแบบของการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาที่ปรากฏในงานวิจัยในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่รายงานไว้ตั้งแต่ พ.ศ. 2562-2566 (ค.ศ. 2019-2023) กำหนดคุณสมบัติงานวิจัยตามหลักการทบทวนวรรณกรรม (PICO) ประกอบด้วย 1) กลุ่มตัวอย่าง (Population) เป็นรายงานวิจัยที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงหรือมีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น 2) การจัดการกระทำ (Intervention) เป็นรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบ วิธีการ จัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา 3) การเปรียบเทียบ (Comparison) โดยการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง 4) ผลลัพธ์ (Outcome) โดยศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากรูปแบบวิธีการ จัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา โดยดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Aromataris & Munn, 2020) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ 1) การกำหนดปัญหาในการทบทวน 2) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 3) การสืบค้นงานวิจัย 4) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 5) การสกัดข้อมูล 6) การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย และ 7) การนำเสนอผลการทบทวน ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วยงานวิจัยที่มีการจัดการเพื่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง หรือมีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น ผู้วิจัยสืบค้นรายงานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2562-2566 จาก Google Scholar, Thailis, CINAHL, ProQuest, Cochrane Library, MEDLINE, ScienceDirect และ PubMed ผู้วิจัยใช้คำค้นชุดเดียวกันในการสืบค้นทุกฐานข้อมูลโดยไม่มีการปรับเปลี่ยน กำหนดคำสืบค้น ได้แก่ “Prehypertension” “High Risk of Hypertension” “ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง” “ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น” “Stage 1 Hypertension” “ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1” “Older Adults” “ผู้สูงอายุ” “Management” “การจัดการ” ผู้วิจัยได้รวบรวมงานวิจัยและสืบค้นอย่างเป็นระบบโดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น ตามกรอบแนวคิด PICO และพิจารณาคัดเลือกรายงานวิจัยที่สืบค้นตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) P หมายถึง Participant เป็นงานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 2) I หมายถึง Intervention เป็นรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบ วิธีการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา 3) C หมายถึง Comparison เป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือมีการออกแบบงานวิจัย โดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (RCT) หรืองานวิจัยแบบกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม (Quasi-Experiment with Control Group) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 4) O หมายถึง Outcome คือ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากรูปแบบวิธีการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ งานวิจัยเชิงสำรวจ/บรรยาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพรายงานการวิจัย (Critical Appraisal Checklist) ที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันโจแอนนา บริกส์ (Aromataris, Lockwood, Porritt, Pilla, & Jordan, 2024) สำหรับงานวิจัยเชิงทดลอง (Critical Appraisal Checklist for Experimental Studies) จำนวน 13 ข้อ มีรายการประเมินเกี่ยวกับการออกแบบงานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง การวัดผลการทดลอง การควบคุมปัจจัยกวน การวิเคราะห์ข้อมูล การรายงานผล และอคติ ส่วนงานวิจัยกึ่งทดลอง (Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies) จำนวน 9 ข้อ มีรายการประเมินเกี่ยวกับตัวแปร กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม การวัดผลการติดตามผลลัพธ์ ความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ และการใช้สถิติ แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ “ใช่” หมายถึง “มีและเหมาะสม” “ไม่ใช่” หมายถึง “ไม่มีหรือไม่เหมาะสม” “ไม่ชัดเจน” หมายถึง “ข้อมูลไม่เพียงพอ” และ “ไม่เกี่ยวข้อง” หมายถึง “ไม่สามารถใช้ได้หรือไม่มีความเกี่ยวข้อง” เมื่อพิจารณาแต่ละข้อโดยรวมงานวิจัยมีระดับความเสี่ยงต่ออคติ (Risk of Bias) ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความเสี่ยงต่ำ ความเสี่ยงปานกลาง และความเสี่ยงสูง โดยงานวิจัยที่มีความเสี่ยงต่ำ จะนำมาใช้ในการทบทวนวรรณกรรม การประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยผู้วิจัย 3 ท่าน เป็นอิสระต่อกัน โดยผู้วิจัยท่านที่ 1 และท่านที่ 2 ทำหน้าที่ประเมินคุณภาพของงานวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยท่านที่ 3

ซึ่งเป็นผู้วิจัยหลักจะทำการเปรียบเทียบผลการประเมิน หากพบความแตกต่าง จะมีการประชุมร่วมกันทั้งสามท่าน เพื่อปรึกษาหารือและตกลงผลการประเมินร่วมกันให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน ก่อนนำไปสู่ขั้นตอนการสกัดข้อมูล และวิเคราะห์เนื้อหาในลำดับถัดไป

2. แบบบันทึกการสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data Appraisal Form) เป็นเครื่องมือบันทึกรายละเอียดของงานวิจัย ที่สร้างโดยผู้วิจัย เพื่อกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายงานวิจัยให้ครอบคลุม ประกอบด้วย ชื่อผู้วิจัย ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย ตัวแปร กลุ่มตัวอย่าง เนื้อหาสาระของการวิจัย และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบความตรงโดยผู้บันทึกข้อมูลจำนวน 3 คน ประเมินโดยใช้สูตรความสอดคล้อง (Agreement Rate (AR)) พบว่ามีค่าความสอดคล้องมากกว่า 0.75 ซึ่งมีค่าความสอดคล้องระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวน 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพียงเล็กน้อยและผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะทั้งหมด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัยตามกรอบแนวคิด PICO โดยผู้วิจัยกำหนดให้ P = ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง หรือมีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น, I = รูปแบบ หรือวิธีการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา, Comparison = การวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง และ O = ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากรูปแบบ หรือวิธีการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา

2. สืบค้นรายชื่องานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ Pre-Hypertension, High Risk of Hypertension, Stage 1 Hypertension, Older Adults and Management, ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น, ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง, ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1, ผู้สูงอายุ และการจัดการ จากฐานข้อมูลออนไลน์ ได้แก่ Google Scholar, Thailis, CINAHL, ProQuest, Cochrane library, MEDLINE, ScienceDirect และ PubMed

3. การเลือกเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง ที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ งานวิจัยเชิงสำรวจ/บรรยาย

4. การประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยผู้วิจัย 2 ท่าน ประเมินความน่าเชื่อถือ ความถูกต้อง และความเสี่ยงต่ออคติของแต่ละงานวิจัย โดยผลการประเมินจะถูกรวบรวม เปรียบเทียบ และสรุปโดยผู้วิจัยหลัก

5. การสกัดข้อมูลและการสังเคราะห์งานวิจัย ผู้วิจัย 2 ท่านทำหน้าที่คัดกรองงานวิจัยอย่างเป็นอิสระ เริ่มจากการตรวจสอบชื่อเรื่องและบทคัดย่อ จากนั้นจึงอ่านบทความฉบับเต็มเพื่อตัดสินว่าเป็นไปตามเกณฑ์

ที่กำหนดหรือไม่ หากมีความเห็นแตกต่างกัน จะมีการหารือร่วมกับผู้วิจัยหลัก เพื่อหาข้อสรุปที่เหมาะสม หลังจากนั้นทำการสกัดข้อมูลจากงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ โดยใช้แบบบันทึกการสกัดข้อมูลงานวิจัย ได้แก่ ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย ตัวแปร กลุ่มตัวอย่าง เนื้อหาสาระของการวิจัย และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีผู้วิจัยหลักเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสกัดจะนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ในเชิงเนื้อหา (Narrative Synthesis) โดยจัดกลุ่มแนวทางการจัดการที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน และสรุปผลเปรียบเทียบเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่ชัดเจนและครอบคลุมในประเด็นที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของงานวิจัย โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ร้อยละ และวิเคราะห์รูปแบบและผลลัพธ์การจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

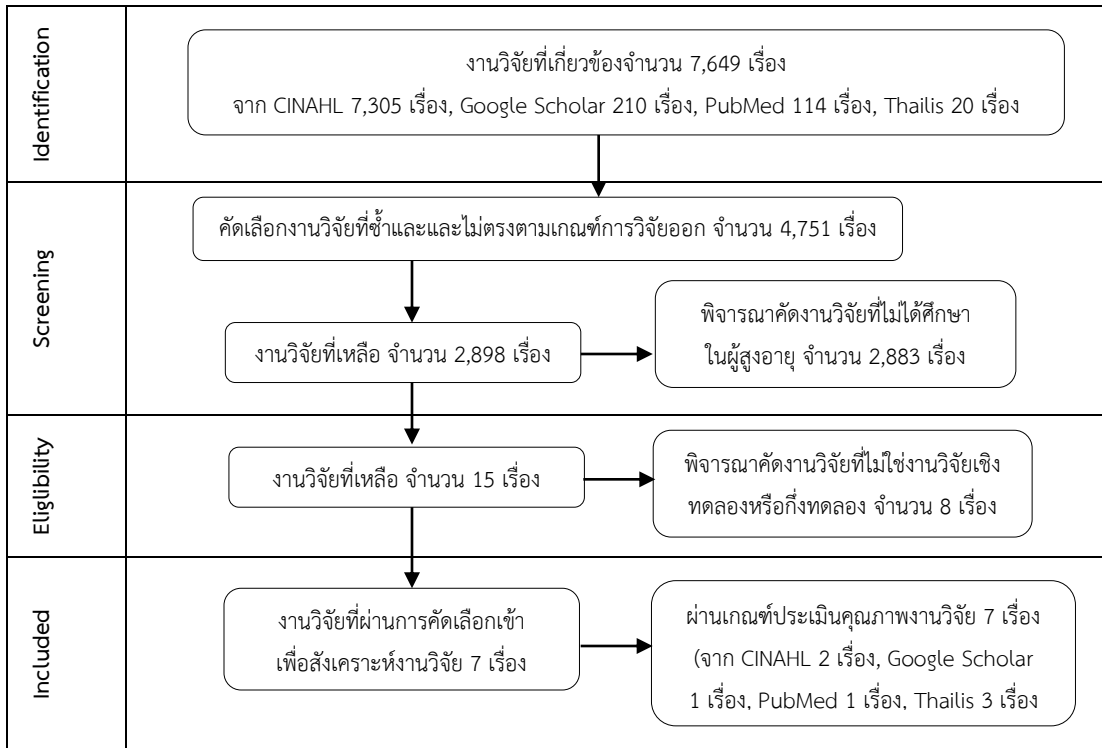
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ศึกษาเอกสารและรายงานวิจัยที่มีอยู่แล้ว ไม่ได้เก็บข้อมูลที่บังชี้ตัวบุคคล จึงไม่ต้องผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรม อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยคำนึงถึงประเด็นทางด้านจริยธรรม โดยปฏิบัติตามกฎระเบียบในการขออนุญาตจากสถาบันที่เป็นเจ้าของผลงานวิจัย และยึดมั่นในการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างถูกต้องและตรวจสอบได้ โดยปราศจากอคติและความลำเอียง

ผลการวิจัย

1. ผลการสืบค้นและการคัดเลือกรายงานการวิจัยตามแนวทาง PRISMA 2020

จากการสืบค้นงานวิจัยทั้งหมดจำนวน 7,649 เรื่อง ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการความดันโลหิตสูงแบบไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง หรือมีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น พบว่า งานวิจัยจำนวน 4,751 เรื่อง ถูกคัดออกในขั้นตอนการกลั่นกรองเบื้องต้น เนื่องจากซ้ำซ้อนหรือไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด งานวิจัยจำนวน 2,883 เรื่อง ถูกคัดออกเนื่องจากหัวข้อวิจัยไม่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ งานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง ถูกคัดออกหลังจากพิจารณาบทคัดย่อและฉบับเต็ม เนื่องจากไม่ใช่งานวิจัยเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลอง คงเหลืองานวิจัยที่เข้าเกณฑ์และนำมาวิเคราะห์เชิงลึกทั้งหมด 7 เรื่อง ขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัยตามแนวทาง PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Page et al., 2021) ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงผลการสืบค้นและการคัดเลือกรายงานการวิจัยตามแนวทาง PRISMA 2020

2. ผลการสังเคราะห์งานวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 ลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะของงานวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้จากงานวิจัยต่างประเทศจำนวน 1 เรื่อง (Rakhman, Khodijah, Prastiani, & Widodo, 2023) และงานวิจัยในประเทศไทยจำนวน 6 เรื่อง (Boonyathee et al., 2021; Chompoopan, Kechit, Chompoopan, Seedaket, Yomseeken, & Chanaboon, 2021; Jumnaensuk, Plalungrit, Dangkrang, Tongyoo, & Dechboon, 2022; Prasertsri, Boonla, Vierra, Yisarakun, Koowattanatianchai, & Phoemsapthawee, 2022; Prasertsri, Singisanan, Chonanant, Boonla, & Trongtosak, 2021; Sarinukul, Janyacharoen, Donpunha, Nakmareong, Ruksapukdee, & Sawanyawisuth, 2023) ปีที่ตีพิมพ์มากที่สุดคือ ปี ค.ศ. 2021, ค.ศ. 2022 และ ค.ศ. 2023 จำนวน 2 เรื่อง เท่ากัน (Boonyathee et al., 2021; Jumnaensuk, Plalungrit, Dangkrang, Tongyoo, & Dechboon, 2022; Prasertsri, Boonla, Vierra, Yisarakun, Koowattanatianchai, & Phoemsapthawee, 2022; Prasertsri, Singisanan, Chonanant, Boonla, & Trongtosak, 2021; Rakhman, Khodijah, Prastiani, & Widodo, 2023; Sarinukul, Janyacharoen, Donpunha, Nakmareong, Ruksapukdee, & Sawanyawisuth, 2023) (ร้อยละ 28.57) เมื่อแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวทางของสถาบัน พบว่าเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองมากที่สุด (ระดับ 2.c) จำนวน 4 เรื่อง

(ร้อยละ 57.14) และ สถานที่ในการทำวิจัยพบมากที่สุดคือ ที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 เรื่อง (ร้อยละ 85.71) (Boonyathee et al., 2021; Jumnaensuk, Plalungrit, Dangkrajang, Tongyoo, & Dechboon, 2022; Prasertsri, Singisanan, Chonanant, Boonla, & Trongtosak, 2021; Prasertsri, Boonla, Vierra, Yisarakun, Koowattanatianchai, & Phoemsapthawee, 2022; Rakhman, Khodijah, Prastiani, & Widodo, 2023; Sarinukul, Janyacharoen, Donpunha, Nakmareong, Ruksapukdee, & Sawanyawisuth, 2023) (กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 60- 79 ปี เฉลี่ย 69.5 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 5 เรื่อง (ร้อยละ 71.42) (Boonyathee et al., 2021; Jumnaensuk, Plalungrit, Dangkrajang, Tongyoo, & Dechboon, 2022; Prasertsri, Boonla, Vierra, Yisarakun, Koowattanatianchai, & Phoemsapthawee, 2022; Prasertsri, Singisanan, Chonanant, Boonla, & Trongtosak, 2019; Rakhman, Khodijah, Prastiani, & Widodo, 2023) จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ น้อยกว่า 50 คน (Prasertsri, Boonla, Vierra, Yisarakun, Koowattanatianchai, & Phoemsapthawee, 2022; Rakhman, Khodijah, Prastiani, & Widodo, 2023; Sarinukul, Janyacharoen, Donpunha, Nakmareong, Ruksapukdee, & Sawanyawisuth, 2023) และระหว่าง 50-100 คน เท่ากันคือ จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 42.85) (Chompoopan, Kechit, Chompoopan, Seedaket, Yomseeken, & Chanaboon, 2021; Jumnaensuk, Plalungrit, Dangkrajang, Tongyoo, & Dechboon, 2022; Prasertsri, Singisanan, Chonanant, Boonla, & Trongtosak, 2019) ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการทำวิจัยมากที่สุดคือ 7-9 สัปดาห์ (Chompoopan, Kechit, Chompoopan, Seedaket, Yomseeken, & Chanaboon, 2021; Prasertsri, Boonla, Vierra, Yisarakun, Koowattanatianchai, & Phoemsapthawee, 2022; Sarinukul, Janyacharoen, Donpunha, Nakmareong, Ruksapukdee, & Sawanyawisuth, 2023) และ 10-12 สัปดาห์ เท่ากัน (Boonyathee et al., 2021; Jumnaensuk, Plalungrit, Dangkrajang, Tongyoo, & Dechboon, 2022; Prasertsri, Singisanan, Chonanant, Boonla, & Trongtosak, 2019) คือ จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 42.85) และเมื่อจำแนกตามชนิดของระดับความดันโลหิต พบว่า เป็นงานวิจัยผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ 57.14) (Boonyathee et al., 2021; Jumnaensuk, Plalungrit, Dangkrajang, Tongyoo, & Dechboon, 2022; Prasertsri, Boonla, Vierra, Yisarakun, Koowattanatianchai, & Phoemsapthawee, 2022; Prasertsri, Singisanan, Chonanant, Boonla, & Trongtosak, 2019)

2.2 รูปแบบการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น ในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 พบว่า รูปแบบการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา มี 4 รูปแบบ

ได้แก่ การจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้วิธีการผสมผสาน ออกกำลังกาย รับประทานสารสกัดจากพืช และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการหายใจเข้าและลึก มีรายละเอียด ดังนี้

2.2.1 การจัดการความดันโลหิตสูงโดยใช้วิธีการผสมผสาน จำนวน 3 เรื่อง มีลักษณะกิจกรรมที่หลากหลาย ดังนี้

1) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยการจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยวิธีการรำไม้พลองบ้านญมี จำนวน 12 ท่า นาน 30 นาที 2) การฝึกการหายใจในท่านอนหงายนอน 10 นาที หลังจากนั้นให้หายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ ใช้เวลาประมาณ 8 ครั้งต่อนาทีนาน 15 นาที พัก 5 นาที และปฏิบัติต่ออีก 15 นาที รวม 30 นาที 3) การประกอบอาหารโดยใช้วัตถุดิบที่สามารถหาได้ในท้องถิ่น ประสูตรที่มีรสชาติไม่หวาน มัน และเค็ม รายการอาหารส่วนใหญ่เป็นประเภทต้ม และนึ่ง ฝึกปฏิบัติที่บ้านอีก 5 สัปดาห์ มีการออกเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 2 ครั้งจนกระทั่งครบตามกำหนด 8 สัปดาห์ (Chompoopan, Kechit, Chompoopan, Seedaket, Yomseeken, & Chanaboon, 2021)

2) การส่งเสริมด้านจิตสังคม เป็นการฝึกอบรมผู้ดูแลและผู้สูงอายุด้านการสนับสนุนทางสังคม เป็นการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ร่วมกับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ เข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 180-240 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลและกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ 1) การใช้วิดีโอให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 2) มอบสมุดบันทึกและคู่มือการดูแลตนเองที่ชื่อว่า “Promise with Heart” 3) ผู้ดูแลร่วมกันแบ่งปันประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ 4) การเรียนรู้จากแบบจำลอง (Modeling) ใช้กรณีศึกษาและการเล่าเรื่องประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 5) การให้ความรู้เรื่องโภชนาการและการเลือกอาหารตามแนวทางของ DASH Diet 6) กิจกรรมออกกำลังกายโดยใช้ดนตรีพื้นบ้านที่สนุกสนาน ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมออกกำลังกายที่บ้าน 7) ทักษะการให้คำปรึกษา ผู้ดูแลจะได้รับการฝึกฝนทักษะการสื่อสารที่เกี่ยวกับการสนับสนุนการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ของผู้สูงอายุ 8) การติดตามเยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์ จำนวน 2 ครั้ง (Boonyathee et al., 2021)

3) การใช้โปรแกรมประยุกต์ที่ติดตั้งในโทรศัพท์มือถือ (Prevention-U Application) ประกอบด้วย ระบบการจัดเก็บข้อมูล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด นำข้อมูลมาสรุปเป็นตัวหนังสือ ภาพ กราฟหรือแผนภูมิ ระบบการบันทึกพฤติกรรม ระบบการรายงานข้อมูลย้อนกลับและระบบการให้คำปรึกษาแบบ One-Way Communication เป็นระยะเวลา 2 เดือน (Jumnaensuk, Plalungrit, Dangkrajang, Tongyoo, & Dechboon, 2022)

2.2.2 การจัดการความดันโลหิตสูงโดยใช้วิธีการออกกำลังกาย จำนวน 2 เรื่อง มีรายละเอียด ดังนี้

1) การฝึกออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน (Arm Swing Exercise) ตามรูปแบบจีน เป็นการออกกำลังกายแอโรบิกที่มีความหนักระดับต่ำ การแกว่งแขนไปด้านหน้าและด้านหลังครบถือเป็น 1 รอบ ให้แกว่งประมาณ 42 รอบต่อนาที ทำต่อเนื่อง 30 นาทีต่อครั้ง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (Prasertsri, Singsanan, Chonanant, Boonla, & Trongtosak, 2019)

2) การออกกำลังกายแบบก้าวขึ้นลงบนแท่น (Stepping Exercise) เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีความหนักระดับปานกลาง ทำเป็นเวลา 60 นาทีต่อครั้ง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ (Sarinukul, Janyacharoen, Donpunha, Nakmareong, Ruksapukdee, & Sawanyawisuth, 2023)

2.2.3 การจัดการความดันโลหิตสูงโดยใช้วิธีการรับประทานสารสกัดจากพืช จำนวน 1 เรื่อง พบว่าเป็นการเปรียบเทียบการรับประทานน้ำมันรำข้าวทั่วไปและการรับประทานน้ำมันรำข้าวไรซ์เบอร์รี่ โดยทั้งสองกลุ่มรับประทานน้ำมันรำข้าวที่ได้รับขนาด 500 มิลลิกรัม วันละ 2 แคปซูล หรือวันละ 1000 มิลลิกรัม หลังอาหารเช้าทุกวัน ติดต่อกันเป็นเป็น 2 สัปดาห์ (Prasertsri, Boonla, Vierra, Yisarakun, Koowattananai, & Phoemsapthawee, 2022)

2.2.4 การจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการหายใจช้าและลึก (Relaxation and Slow Breathing Technique (RSBT)) จำนวน 1 เรื่อง เป็นการผสมผสานเทคนิคการผ่อนคลายและการหายใจเข้าด้วยกัน แต่ละครึ่งใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ในสถานที่เงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน อาจใช้เสียงดนตรีบรรเลงเบา ๆ เพื่อช่วยสร้างบรรยากาศผ่อนคลาย (Rakhman, Khodijah, Prastiani, & Widodo, 2023)

2.3 ผลลัพธ์ของการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น ในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า มีการวัดผลลัพธ์ 6 ด้าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.3.1 ด้านระดับความดันโลหิตและการทำงานของหัวใจ จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาทั้ง 4 รูปแบบ ได้แก่ การจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้วิธีการผสมผสาน การจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้วิธีการออกกำลังกาย การจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการหายใจช้าและลึก และการจัดการความดันโลหิตสูงโดยใช้วิธีการรับประทานสารสกัดจากพืช ทำให้ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุลดลง การจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และการออกกำลังกายแบบแกว่งแขน ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจในผู้สูงอายุลดลง นอกจากนี้การออกกำลังกายแบบแกว่งแขนยังส่งผลให้ Root Mean Square of Successive Differences (RMSSD) และ High Frequency Power (HF) เพิ่มขึ้น โดยค่าทั้งสองนี้เป็นค่าที่ใช้วัดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมหัวใจ

2.3.2 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การจัดการความดันโลหิตสูงโดยใช้การส่งเสริมด้านจิตสังคมทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

2.3.3 ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การจัดการความดันโลหิตสูงโดยใช้วิธีการส่งเสริมด้านจิตสังคม และการใช้โปรแกรมประยุกต์ที่ติดตั้งในโทรศัพท์มือถือทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

2.3.4 ด้านคุณภาพชีวิต การจัดการความดันโลหิตสูงโดยใช้วิธีการออกกำลังกายแบบก้าวขึ้นลงแทนมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสูงขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

2.3.5 ด้านสมรรถภาพทางกาย การจัดการความดันโลหิตสูงโดยวิธีการออกกำลังกายแบบก้าวขึ้นลงแทนทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น จากการทดสอบเดิน 6 นาที (6-Minute Walk Test (6MWT)) ระยะทั้งหมดที่เดินได้ภายใน 6 นาที และจากการทดสอบความสามารถในการทรงตัวและการเคลื่อนไหวที่เรียกว่า Timed Up and Go Test (TUGT) เริ่มต้นโดยการลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้ เดินด้วยความเร็วปกติไปยังจุดกลับตัวที่ระยะ 3 เมตร เดินอ้อมจุดกลับตัว เดินกลับมานั่งที่เก้าอี้เดิม โดยหลังต้องพิงพนัก บันทึกลงเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมทั้งหมดเป็นวินาที ทำการทดสอบ 2-3 ครั้งและใช้ค่าเฉลี่ย ถ้าใช้เวลาน้อยกว่า 10 วินาที ถือว่าปกติสำหรับผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี และถ้าใช้เวลามากกว่า 14 วินาที อาจบ่งชี้ถึงความเสี่ยงในการหกล้มสูงในผู้สูงอายุ

2.3.6 ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้การส่งเสริมด้านจิตสังคมทำให้ระดับไขมันในเลือดของผู้สูงอายุ (Total Cholesterol) ลดลง ส่วนการจัดการความดันโลหิตสูงโดยวิธีการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนทำให้ระดับ HDL-Cholesterol ในเลือดเพิ่มขึ้น ระดับ hsCRP (High-Sensitive C-Reactive Protein) ในเลือดลดลง ส่วนการรับประทานอาหารสารสกัดจากน้ำมันรำข้าวไรซ์เบอร์รี่ช่วยลดภาวะเครียดออกซิเดชันและการอักเสบในเลือด ประเมินได้จากระดับ Glutathione Disulfide (GSSG) และ Plasma Malondialdehyde (MDA) ในเลือดลดลง และปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยทำให้น้ำหนักตัวและดัชนีมวลกายลดลง นอกจากนี้ การจัดการความดันโลหิตสูงโดยวิธีการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนยังทำให้ระดับโพแทสเซียม (K+) ระดับแมกนีเซียม (Mg²⁺) ระดับแคลเซียม (Ca²⁺) ในเลือดเพิ่มขึ้น ในขณะที่ระดับโซเดียม (Na⁺) และคลอไรด์ (Cl⁻) ในเลือดลดลง

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้รูปแบบการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่ปรากฏในงานวิจัยระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566

1. งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการจัดการความดันโลหิตสูงโดยใช้วิธีการผสมผสาน สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้ใหญ่ของ รุ่งนภา จันทรา, สุทธนันท์ กัลป์กะ, อติญาณ์ ศรีเกษตรริน และจิราพร วัฒนศรีสิน (2560) ที่ศึกษารูปแบบและผลลัพธ์

ของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2559 จำนวน 34 เรื่อง พบว่า รูปแบบการจัดการความดันโลหิตสูงที่นำมาศึกษามากที่สุดคือวิธีการผสมผสาน เนื่องจากการรักษา ภาวะความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาที่มีแนวทางพื้นฐาน คือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพียงรูปแบบเดียวอาจทำให้ ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จากสาเหตุหลาย ๆ ปัจจัยผลการศึกษาค้างนี้สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการจัดการความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน มุ่งเน้นการใช้วิธีการที่หลากหลายเพื่อช่วยควบคุมระดับ ความดันโลหิต เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุสำคัญเกิดจาก ความเสื่อมและการสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือดที่มากขึ้นตามวัย กระบวนการชราภาพทำให้เกิด การเสื่อมสภาพของหลอดเลือดจึงทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง ส่งผลให้แรงดันภายในหลอดเลือดสูงขึ้น (กฤติยา ชาสุวรรณ, จีราพร ทองดี, เนตรนภา พันเล็ก และวัลลภา ดิษสระ, 2565) ประกอบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อ ความดันโลหิตสูง มีหลายปัจจัย ได้แก่ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารเค็ม การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานไขมันสูง ภาวะอ้วน และความเครียด (มาสริน ศุกลปักษ์, สุกลักษณ์ ธาณิรัตน์, เมทนี ระดาบุตร, เพชรรุ่ง เดชบุญญจิตต์ และอารยา มัณฑราภรณ์, 2561)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมความดันโลหิตอาจสัมพันธ์กับปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ปัญหาด้านภาระหนี้สิน ไม่มีลูกหลานคอยดูแลเอาใจใส่ การเป็นภาระครอบครัว การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุ ล้วนส่งผลกระทบต่อการควบคุมความดันโลหิตทั้งสิ้น ทำให้การรักษา ไม่มีประสิทธิภาพ (กรวิภา พรหมจง, เกียรติศักดิ์ แซ่อิว และสิตานันท์ จันทรีโต, 2564; ดาไลมา สำแดงสาร, ทิพมาส ชินวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์, 2562) การรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมี ผลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล และเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง มีความคาดหวัง ของผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหารเค็ม การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ได้ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตลดลง (นวพร วุฒิธรรม, รัตนา ช้อนทอง และชุดิญา สมประดิษฐ์, 2562) ก่อปรกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งการคอยช่วยเหลือ ชักถาม และคอยเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เป็นส่วนเสริมสำคัญในการ สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมและคงไว้ ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้อง (ชนิษฐา ชาญชัย, มณีนรัตน์ ธีระวิวัฒน์, ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์ และนิรัตน์ อิมามี, 2564)

ในประเด็นของการใช้โปรแกรมประยุกต์ที่ติดตั้งในโทรศัพท์มือถือมาใช้ในการจัดการความดันโลหิตสูง โดยไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุ ในยุคเทคโนโลยี 4.0 การใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการจัดการความดันโลหิตสูง โดยไม่ใช้ยากำลังเป็นที่นิยมในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเข้าถึง ข้อมูลได้ทุกที่ทุกเวลา มีจุดเด่นที่การโต้ตอบกับผู้ใช้ ความสะดวกในการพกพา และการนำเสนอเนื้อหาหลากหลาย รูปแบบ ทั้งข้อความ รูปภาพ และวิดีโอ ทำให้ผู้ใช้ได้รับข้อมูลที่ครอบคลุมและทันสมัย (Alessa, Abdi, Hawley, & de Witte, 2019) การศึกษาโดย Mikulski, Bellei, Biduski, & De Marchi (2022) พบว่า การใช้แอปพลิเคชัน

ช่วยลดความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมที่เหมาะสมในการควบคุมความดันโลหิตสูง ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง

ในส่วนของการจัดการความดันโลหิตสูงโดยใช้วิธีการออกกำลังกาย เป็นรูปแบบที่พบรองลงมา การออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นแนวทางการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก 3-5 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30-60 นาที และการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 2-3 วันต่อสัปดาห์ (Sharman, Smart, Coombes & Stowasser, 2019) โดยสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งยุโรป (ESH, 2023) แนะนำการออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับปานกลาง เช่น การเดินเร็ว หรือว่ายน้ำ 150-300 นาทีต่อสัปดาห์ หากออกกำลังกายแบบหนัก เช่น การวิ่ง สามารถลดเวลาเหลือ 75-150 นาทีต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ควรเสริมด้วยการออกกำลังกายแบบต้านทาน อย่างการยกน้ำหนัก 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ การลดพฤติกรรมเนือยนิ่งด้วยการขยับร่างกายระหว่างวันยังช่วยลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เช่นกัน

ในการทบทวนครั้งนี้พบว่า มีผู้วิจัยสนใจศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความดันโลหิตสูงโดยใช้วิธีการรับประทานอาหารสารสกัดจากพืช จำนวน 1 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เปรียบเทียบการรับประทานน้ำมันรำข้าวทั่วไป และน้ำมันรำข้าวไรซ์เบอร์รี่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า นักวิจัยได้พยายามค้นหาวิธีการควบคุมความดันโลหิตที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย น้ำมันรำข้าวไรซ์เบอร์รี่ซึ่งอุดมด้วยแกมมา-โอโรซานอลและวิตามินบี (Prasertsri, Boonla, Vierra, Yisarakun, Koowattanatianchai, & Phoemsapthawee, 2022) แม้การศึกษาจะแสดงประโยชน์ของน้ำมันรำข้าวไรซ์เบอร์รี่ต่อการควบคุมความดันโลหิต แต่ยังจำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมในระยะยาว และในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย มานิโร และคณะ (Maniero, Lopuszeko, Papalois, Gupta, Kapil, & Khanji, 2023) ระบุว่าคำแนะนำด้านโภชนาการสำหรับการจัดการความดันโลหิตแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ โดยทั่วไปแนะนำการบริโภคอาหารสมดุล เช่น DASH Diet เพื่อรับแร่ธาตุและวิตามินที่จำเป็น ดังนั้น น้ำมันรำข้าวไรซ์เบอร์รี่เป็นเพียงทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งควรใช้ควบคู่กับอาหารสมดุล การออกกำลังกาย และคำแนะนำทางการแพทย์

ประเด็นเกี่ยวกับการจัดการความดันโลหิตสูงที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการหายใจช้าและลึก (Relaxation and Slow Breathing Technique (RSBT)) ในการทบทวนครั้งนี้พบว่า มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายและการหายใจช้าและลึก เพียง 1 เรื่อง สะท้อนให้เห็นว่านักวิจัยให้ความสำคัญกับการใช้ความรู้เกี่ยวกับระบบประสาทอัตโนมัติในการจัดการความดันโลหิตสูง โดยการหายใจช้าและลึกช่วยลดการผลิตอนุมูลอิสระที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูง (Drury, Simonson, & Steyn, 2022) พร้อมทั้งปรับสมดุลระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติก ลดความดันโลหิต (Gerritsen & Band, 2018) และเพิ่มความไวของรีเฟล็กซ์ตัวรับความดันในหลอดเลือดแดง ซึ่งช่วยลดความต้านทานของหลอดเลือดและปรับปรุงการไหลเวียนเลือด (Laborde, Hosang, Mosley, Lentos, Borges, & Dosseville, 2023; Nuckowska et al., 2019) การหายใจลึกยังเพิ่มปริมาตรอากาศ กระตุ้นตัวรับในปอดและทรวงอก ลดการส่งสัญญาณประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือด

ขยายและความดันโลหิตลดลง (Bentley et al., 2023) กลไกเหล่านี้ทำงานร่วมกันเพื่อลดความดันโลหิต และปรับสมดุลระบบประสาท อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ผลลัพธ์ของการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น ที่ปรากฏในงานวิจัยระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 พบว่างานวิจัยทั้ง 7 เรื่อง (Boonyathee et al., 2021; Chompoopan, Kechit, Chompoopan, Seedaket, Yomseeken, & Chanaboon, 2021; Jumnaensuk, Plalungrit, Dangkrajang, Tongyoo, & Dechboon, 2022; Prasertsri, Boonla, Vierra, Yisarakun, Koowattanatianchai, & Phoemsapthawee, 2022; Prasertsri, Singsanan, Chonanan, Boonla, & Trongtosak, 2019; Rakhman, Khodijah, Prastiani, & Widodo, 2023; Sarinukul, Janyacharoen, Donpunha, Nakmareong, Ruksapukdee, & Sawanyawisuth, 2023) สามารถลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์นี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงหรือผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น เนื่องจากงานวิจัยทุกงานวิจัยมีการทบทวนแนวคิดทฤษฎีทุกงานวิจัยจึงทำให้ได้ผลลัพธ์ที่น่าเชื่อถือ นอกจากนี้ วิธีการจัดการความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช้ยายังแสดงให้เห็นถึงผลดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในหลายด้าน ซึ่งเป็นผลดีเมื่อเทียบกับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ประกอบด้วย เช่น ความคุ้มค่าทางในการนำไปใช้ ความยากง่ายในการปฏิบัติ และศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาลในการประยุกต์ใช้เทคนิคการพยาบาลแต่ละประเภท ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความสำเร็จในการนำวิธีการไปใช้จริงในระบบสาธารณสุขในบริบทของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาจึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพสูง แต่ต้องอาศัยการวางแผน และการประเมินอย่างรอบคอบ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและระบบสาธารณสุขโดยรวม การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคตอาจช่วยให้เข้าใจถึงวิธีการที่เหมาะสมที่สุดในการนำแนวทางเหล่านี้ไปใช้ในสถานการณ์จริง รวมถึงการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของมาตรการป้องกันปฏิกิริยาในการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ โดยเน้นวิธีการที่ไม่ใช้ยา เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย การรับประทานสารสกัดจากพืช และเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งมีผลในการลดระดับความดันโลหิตและเสริมสร้างสมรรถภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจนอกจากนี้ยังสามารถนำผลวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ส่วนการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นยังมีน้อย จึงควรส่งเสริมให้มีการศึกษารูปแบบการจัดการความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นให้มากขึ้น เพื่อลดการใช้ยาลดความดันโลหิต ช่วยชะลอและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงระยะยาวได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม จึงทำให้งานสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรวิภา พรหมจวง, เกียรติศักดิ์ แซ่อิว และสิตานันท์ จันทร์โต. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารโรคหัวใจและหลอดเลือด*, 32(2), 233-246.
- กฤติยา ขาสวรรณ, จีราพร ทองดี, เนตรนภา พันเล็ก และวัลลภา ดิษสระ. (2565). การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(2), 14-18.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2566*. สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2568 จาก https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/11/ill_2023_full_07112567.pdf
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *รายงานประจำปี 2567*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์.
- ชนิษฐา ชาญชัย, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์ และนิรัตน์ อิมามี. (2564). ผลการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการรับประทุษร้ายที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 44(1), 87-101.
- ดาไลมา สำแดงสาร, ทิพนาส ชินวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2019). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(3), 51-66.
- นพพร วุฒิธรรม, รัตนา ชื่นทอง และชุตินา สมประดิษฐ์. (2563). ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 309-318.
- มาสนิ ศุกลปักษ์, สุภลักษณ์ ธานีรัตน์, เมทนี ระดาบุตร, เพชรรุ่ง เดชบุญญจิตต์ และอารยา มันทราภรณ์. (2561). กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(3), 54-62.

- รุ่งนภา จันทรา, สุทธนันท์ กัลป์กะ, อติญาณ์ ศรีเกษตริณ และจิราพร วัฒนศรีสิน. (2560). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้ใหญ่. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(3), 133-145.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2565). *แนวทางการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: สันทวีการพิมพ์.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2561). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. เชียงใหม่: ทริค อินค์.
- Alessa, T., Abdi, S., Hawley, M. S., & de Witte, L. (2018). Mobile apps to support the self-management of hypertension: Systematic review of effectiveness, usability, and user satisfaction. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(7), e10723. <https://doi.org/10.2196/10723>
- Aromataris E., Lockwood C., Porritt K., Pilla B., Jordan Z. (Eds.). (2024). *JB I manual for evidence synthesis*. Retrieved December 15, 2024 from <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JB I manual for evidence synthesis*. Joanna briggs institute. Retrieved December 15, 2024 from <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Bentley, T. G. K., et al. (2023). Breathing practices for stress and anxiety reduction: Conceptual framework of implementation guidelines based on a systematic review of the published literature. *Brain Sciences*, 13(12), 1612. <https://doi.org/10.3390/brainsci13121612>
- Boonyathee, S., et al. (2021). Effects of a social support family caregiver training program on changing blood pressure and lipid levels among elderly at risk of hypertension in a northern Thai community. *PloS One*, 16(11), e0259697. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259697>
- Chompoopan, W., Kechit, T., Chompoopan, W., Seedaket, S., Yomseeken, J., & Chanaboon, A. (2021). Effects of lifestyle modification program on blood pressure in female older adults with prehypertension. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 31(1), 45-57.
- Drury, R. L., Simonson, S., & Steyn, F. J. (2022). Oxidative stress and the impact of natural therapies on cardiovascular health and longevity. *Antioxidants*, 11(2), 205.
- European Society of Hypertension. (2023). ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, 41(12), 1874-2071.

- Gerritsen, R. J. S., & Band, G. P. H. (2018). Breath of life: The respiratory vagal stimulation model of contemplative activity. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12, 397.
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00397>
- Jumnaensuk, A., Plalungrit, S., Dangkrajang, S., Tongyoo, A., & Dechboon, P. (2022). The effect of prevent-u application on hypertension prevention among elderly with risk of hypertension in Phrae Province, Thailand: A quasi-experimental design. *Bangkok Medical Journal*, 18(2), 69.
- Laborde, S., Hosang, T., Mosley, E., Lentjes, T., Borges, U. & Dosseville, F. (2023). Influence of slow-paced breathing on inhibition after physical exertion: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 14, 1-15.
- Li, R., Liang, N., Bu, F., & Hesketh, T. (2020). The effectiveness of self-management of hypertension in adults using mobile health: Systematic review and meta-analysis. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(3), e17776. <https://doi.org/10.2196/17776>
- Maniero, C., Lopuszko, A., Papalois, K. B., Gupta, A., Kapil, V., & Khanji, M. Y. (2023). Non-pharmacological factors for hypertension management: A systematic review of international guidelines. *European Journal of Preventive Cardiology*, 30(1), 17-33.
<https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwac163>
- Mikulski, B. S., Bellei, E. A., Biduski, D., & De Marchi, A. C. B. (2022). Mobile health applications and medication adherence of patients with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 62(4), 626-634.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.11.003>
- Nuckowska, M. K., et al. (2019). Impact of slow breathing on the blood pressure and subarachnoid space width oscillations in humans. *Scientific Reports*, 9(1), 6232.
<https://doi.org/10.1038/s41598-019-42552-9>
- Oliveros, E., et al. (2020). Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. *Clinical Cardiology*, 43(2), 99-107. <https://doi.org/10.1002/clc.23303>
- Page, M. J., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical Research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

- Prasertsri, P., Boonla, O., Vierra, J., Yisarakun, W., Koowattanatianchai, S., & Phoemsapthawee, J. (2022). Effects of riceberry rice bran oil supplementation on oxidative stress and cardiovascular risk biomarkers in older adults with prehypertension. *Preventive Nutrition and Food Science*, 27(4), 365-375. <https://doi.org/10.3746/pnf.2022.27.4.365>
- Prasertsri, P., Singsanan, S., Chonanant, C., Boonla, O., & Trongtosak, P. (2019). Effects of arm swing exercise training on cardiac autonomic modulation, cardiovascular risk factors, and electrolytes in persons aged 60-80 years with prehypertension: A randomized controlled trial. *Journal of Exercise Science and Fitness*, 17(2), 47-54. <https://doi.org/10.1016/j.jesf.2018.11.002>
- Rakhman, A., Khodijah, K., Prastiani, D. B., & Widodo, Y. P. (2023). The effect of relaxation and slow breathing technique (rsbt) as a non-pharmacological intervention on blood pressure level among stage 1 hypertensive older adults. *JIKO Journal of Orthopedic Nursing*, 7(2), 85-98. <https://doi.org/10.46749/jiko.v7i2.148>
- Sarinukul, C., Janyacharoen, T., Donpunha, W., Nakmareong, S., Ruksapukdee, W., & Sawanyawisuth, K. (2023). The effects of stepping exercise on blood pressure, physical performance, and quality of life in female older adults with stage 1 hypertension: A randomized controlled trial. *Canadian Geriatrics Journal : CGJ*, 26(1), 144-149. <https://doi.org/10.5770/cgj.26.632>
- Sharman, J. E., Smart, N. A., Coombes, J. S., & Stowasser, M. (2019). Exercise and sport science australia position stand update on exercise and hypertension. *Journal of Human Hypertension*, 33(12), 837-843. <https://doi.org/10.1038/s41371-019-0266-z>
- Sheppard, J. P., et al. (2023). The association between antihypertensive treatment and serious adverse events by age and frailty: A cohort study. *PLoS Medicine*, 20(4), e1004223. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004223>
- World Health Organization. (2023). *Hypertension*. Retrieved December 15, 2024 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.

บทบาทพยาบาล 4 มิติในการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน The Four-Dimensional Role of Nurses in Caring for People with Alcohol Use Disorder in the Community

เกสรฯ ทองประไพ^{1*}, ھرรษา เสธะฐะบุปผา²

Kessara Tongprapai^{1*}, Hunsā Sethabouppha²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม^{1*}, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²

Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University^{1*}, Faculty of Nursing, Chiang Mai University²

(Received: October 10, 2024; Revised: April 16, 2025; Accepted: May 16, 2025)

บทคัดย่อ

สุราเป็นสาเหตุให้เกิดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพทำให้เกิดโรคต่าง ๆ กว่า 230 ชนิด เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคตับแข็ง โรคกระเพาะอาหาร โรคมะเร็ง การติดเชื้อไวรัสโรคและเชื้อ HIV รวมไปถึงการเกิดอุบัติเหตุ อาชญากรรม ความรุนแรงต่าง ๆ และสุรายังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต ซึ่งพบว่ามีผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้เข้ารับการบำบัดรักษา พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญที่มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน การให้การพยาบาลใน 4 มิติ ช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราได้ครอบคลุมทุกมิติ ตอบสนองปัญหาสุขภาพได้ตรงจุด ผ่านการส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจะช่วย ป้องกันการมีพฤติกรรมการดื่มที่จะนำไปสู่การดื่มในระดับที่มีความเสี่ยงและอันตรายมากขึ้น และป้องกันการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา การบำบัดรักษาจะช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถลด ละ เลิก การดื่มสุราได้ และการฟื้นฟูสุขภาพจะช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีสุขภาพแข็งแรงสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติ และป้องกันการกลับมาดื่มซ้ำ บทความนี้มีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชนทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริม การป้องกันการบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล, การพยาบาล 4 มิติ, ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา, ชุมชน

*ผู้ให้กรติดต่อ เกสรฯ ทองประไพ e-mail: mary18kes@gmail.com

Abstract

Alcohol is a contributing factor to various health risks and is linked to more than 230 types of diseases, such as cardiovascular diseases, liver cirrhosis, gastrointestinal diseases, cancer, tuberculosis, and HIV infections. It is also associated with accidents, crimes, and various forms of violence. Moreover, alcohol consumption is a leading cause of death. A significant number of individuals with alcohol-related problems do not receive treatment or rehabilitation. Nurses are important health personnel who play a role in helping people with alcohol-use disorder in the community. Providing nursing care in four dimensions allows nurses to perform their roles in caring for people with alcohol-use disorder in all dimensions, responding to health problems directly through health promotion, which will help people with alcohol-use disorder to be able to take care of themselves properly and have desirable health behaviors. Health problem prevention involves helping to prevent drinking behaviors that lead to risky and more dangerous levels. In addition, it helps to prevent diseases or complications from drinking alcohol. The caring and therapeutic dimension should help them to reduce, stop, and quit drinking, while the health rehabilitation dimension should help them to be healthy and return to living in the community normally, without relapsing. This article aims to present the role of nurses in caring for people with alcohol-use disorder in the community in four dimensions: promotion, prevention, treatment, and rehabilitation.

Keywords: Role of Nurses, Four Dimensional of Nursing Care, People with Alcohol-Use Disorder, Community

บทนำ

การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว หากดื่มมากจนไม่สามารถหยุดดื่มได้ และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันจนกลายเป็นผู้ที่มีปัญหาในการดื่มสุรา ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัว และชุมชน ทำให้ชุมชนขาดทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพในการขับเคลื่อนชุมชน ซึ่งชุมชนเป็นสำคัญในการดูแลบุคคลเหล่านี้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประคับประคองเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ จากการสำรวจ พบว่า ประชากรไทยตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป 15.96 ล้านคน หรือร้อยละ 28 เป็นนักดื่มปัจจุบัน (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่ สงขลา, 2565) เมื่อจำแนกตามกลุ่มวัย พบว่าความชุกของการดื่มสุราในปัจจุบันสูงที่สุดในประชากรกลุ่มวัยทำงานตอนต้น อยู่ในช่วงอายุ 25-44 ปี (ศูนย์ความเป็นเลิศด้านวิทยาศาสตร์ข้อมูลเพื่อวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, 2564) สำหรับนักดื่มหน้าใหม่หรือ

{2/20}

ประชากรที่เพิ่งเริ่มดื่มเป็นครั้งแรก มีจำนวนทั้งสิ้น 1.38 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.93 แบ่งเป็นนักดื่มหน้าใหม่ที่มีอายุในช่วง 15-19 ปี ซึ่งเป็นอายุก่อนเกณฑ์ที่จะซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ตามกฎหมายจำนวน 4.25 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 30.79 กลุ่มอายุ 20-24 ปี จำนวน 7.36 แสนคน หรือร้อยละ 53.32 และนักดื่มหน้าใหม่ประมาณร้อยละ 15.88 อยู่ในกลุ่มอายุ 25 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มครั้งแรกของนักดื่มปัจจุบันอายุต่ำสุดอยู่ที่ 8 ปี และสูงสุดอยู่ที่ 73 ปี โดยนักดื่มหน้าใหม่มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น จากอิทธิพลของสื่อ และการตลาดที่น่าสนใจในปัจจุบัน (กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ผลการสำรวจนักดื่มประจำประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 6.99 ล้านคนเป็นนักดื่มประจำ หรือดื่มน้อยหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ ยังพบว่านักดื่มปัจจุบันมากถึงร้อยละ 11.01 ดื่มสุราทุกวัน (7 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 4.2 ดื่มเกือบทุกวัน (5-6 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 9.38 และร้อยละ 19.16 ดื่ม 3-4 วัน และ 1-2 วันต่อสัปดาห์ตามลำดับ (กลุ่มวิเคราะห์และพัฒนาสารสนเทศด้านสังคม กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566)

การมีพฤติกรรมการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม มีการดื่มแบบอันตรายไปจนถึงการติดสุรา นำไปสู่การเกิดปัญหาจากการดื่มสุราจนกลายเป็นผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders (AUD)) จากฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center (HDC)) ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานจำนวนผู้ป่วยรหัส F10.0 - F10.9 ซึ่งหมายถึง กลุ่มความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตใจที่เนื่องมาจากแอลกอฮอล์ (Alcohol-Related Disorders) ที่เข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2566 มีทั้งสิ้น 137,348 คน จากจำนวนประชากรที่มีภาวะติดสุรา 1,174,027 คน คิดเป็นอัตราในการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 11.69 (สาวิตรี อัมณวงศ์กรชัย, 2568) สะท้อนให้เห็นว่ายังมีผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราไม่ได้เข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งบุคคลเหล่านี้ยังคงมีปัญหาการดื่มสุราที่ไม่ได้รับการแก้ไขและยังดำรงชีวิตอาศัยอยู่ในชุมชน การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดื่มและผู้อื่นทำให้เกิดปัญหาทางสังคม อุบัติเหตุและอาชญากรรม เช่น การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และปัญหาความรุนแรงต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งเป็นปัญหาและภาระที่สำคัญต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม การดื่มสุรายังเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2566) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ระบุว่าผู้เสียชีวิตจากการดื่มแอลกอฮอล์ 2 ล้านรายต่อปี โดยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง อุบัติเหตุทางถนน การทำร้ายตนเอง และความรุนแรงระหว่างบุคคล (World Health Organization, 2024) นอกจากนี้การดื่มสุรายังมีความเสี่ยงในการเกิดโรคอื่นๆ กว่า 230 ชนิด ทั้งโรคทางกายและโรคทางจิตเวช และเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรค และเชื้อ HIV อีกด้วย (พงศธรชาติพิทักษ์, เมตตา คำพิบูลย์ และณัฐธิดา สุขใหญ่, 2564) ดังนั้นการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งพยาบาลถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราอย่างครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ โดยการส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราให้สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง ปฏิบัติตัวเหมาะสม การป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา โดยค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงหรือมีปัญหาการดื่มสุราให้ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม ให้ความรู้ ความเข้าใจ และ

ตระหนักถึงโทษของสุรา สร้างทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นผู้ที่มีปัญหาในการดื่มสุรา และป้องกันการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาในอนาคต การบำบัดรักษา เป็นการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ให้สามารถ ลด ละ เลิก การดื่มสุรา ช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราผ่านพ้นช่วงวิกฤตไปได้ และฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราให้มีสุขภาพร่างกาย และจิตใจที่แข็งแรง สามารถดูแลตนเองได้ และกลับมาใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข

บทความนี้ได้รวบรวมความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาล 4 มิติ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา การป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา การบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา และการฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่อาศัยในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชนที่มีการดื่มแบบอันตรายและเป็นโรคติดสุรา ลดการเกิดปัญหาจากการดื่มสุรา ลดจำนวนผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน และสามารถดูแลตนเองในการดำรงชีวิตในชุมชนต่อไปได้

ลักษณะของผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา

1. มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตราย โดยดื่มในปริมาณมาก เป็นระยะเวลานาน หรือดื่มเป็นระยะเวลาดำเนิน
2. พฤติกรรมการดื่มก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเอง ครอบครัว และสังคม เช่น ปัญหาสัมพันธภาพ ปัญหาด้านสุขภาพกาย ปัญหาด้านสุขภาพจิต เกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ (คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2561)

ผลกระทบจากการดื่มสุรา

การดื่มสุรามีทั้งประโยชน์และโทษ ซึ่งคนส่วนใหญ่มักนำมาใช้ในทางที่ผิด โดยมักดื่มเพื่อความสนุกสนาน ดื่มเพื่อผ่อนคลายความเครียด จนเกิดภาวะติดลม หรือดื่มเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาหรือสิ่งที่ตนเองไม่อยากจะเผชิญทำให้ ปัญหาที่เผชิญไม่ได้รับการแก้ไข และต้องกลับมาดื่มซ้ำ ๆ หากดื่มในปริมาณที่มากเกินไปย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน โดยผลกระทบของการดื่มสุรา มีดังนี้

1. ผลต่อร่างกาย สุราจะก่อกำเนิดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำลายเซลล์สมอง การหดตัวของเนื้อเยื่อในสมอง ยับยั้งการกระตุ้นและการตอบสนองของเซลล์ประสาท ยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ การขาดการประสานงานของร่างกายในส่วนต่าง ๆ การอาเจียน การบกพร่องของความจำ หมดสติ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจเสื่อม เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะอัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด ตับอ่อนอักเสบ ไชมันพอกตับ ตับอักเสบ ตับแข็ง ภาวะหมดประจำเดือนช้ากว่าปกติ เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งช่องปาก มะเร็งหลอดอาหาร รบกวนการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน (Varghese & Dakhode, 2022) คุณภาพการนอนลดลง ทำให้ระยะของการนอนหลับมีช่วงสั้นลง เสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (He, Hasler,

& Chakravorty, 2019) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุทางถนน การตัดสินใจบกพร่อง (Chikritzhs & Livingston, 2021) ส่งผลต่อการรับรู้ การพัฒนาสติปัญญาในวัยรุ่น เกิดความบกพร่องทางสติปัญญา เรียนรู้ล่าช้า ความสามารถในการอ่านลดลง (Lees, Meredith, Kirkland, Bryant & Squeglia, 2020) การดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างตั้งครรภ์ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการให้กำเนิด เช่น คลอดก่อนกำหนด การแท้งโดยไม่ตั้งใจ การเจริญเติบโตของเด็กในครรภ์ล่าช้า และภาวะเด็กคลอดน้ำหนักน้อย (ศูนย์สำรวจความคิดเห็นนิดาโพลสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2565)

2. ผลต่อจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความผิดปกติทางอารมณ์ อารมณ์เศร้า กลัว ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีอารมณ์หุนหันพลันแล่น มีพฤติกรรมก้าวร้าวเก็บกด สมาธิสั้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ภาวะซึมเศร้า การทำร้ายตัวเอง การฆ่าตัวตาย (Easey, Dyer, Timpson & Munafò, 2019) โรคจิตเภท มีอาการผิดปกติทางจิต มีความคิดหลงผิด ประสาทหลอน โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว การดื่มสุราเพิ่มความเสี่ยงต่อการตกเป็นเหยื่อ การถูกทำร้ายร่างกายทำให้มีโอกาสที่จะเกิดโรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) (Castillo-Carniglia, Keyes, Hasin, & Cerdá, 2019)

3. ผลต่อจิตสังคม เกิดความขัดแย้งกับคนรอบข้าง สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่อง เกิดการทะเลาะในครอบครัว มีการใช้ความรุนแรง การทารุณกรรมทางร่างกาย การข่มขืน การก่อคดีอาชญากรรม (McCaul, Roach, Hasin, Weisner, Chang, & Sinha 2020) มีทักษะความสามารถในการทำงานลดลง ถูกให้ออกจากงานว่างงาน (Thørrisen, Bonsaksen, Hashemi, Hashemi, Mechelen, & Aas, 2019)

4. ผลต่อจิตวิญญาณ เกิดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ทำให้สูญเสียความเชื่อหรือหลักยึดในการดำเนินชีวิต สูญเสียความรัก ความสัมพันธ์ สูญเสียความภาคภูมิใจแห่งตน สูญเสียความหมายและเป้าหมายในชีวิต (สุจิตตา ฤทธิมนตรี, โสภิตา ดาวสดใส, ขวัญสุตา บุญทศ และศรีธัญญา ชาญสุข, 2566)

5. ผลต่อเศรษฐกิจ เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากปัญหาทางสุขภาพที่เป็นผลมาจากการดื่มสุรา ค่าเดินทางมาสถานพยาบาล ค่าที่พัก ค่าเสียหายในการดำเนินคดี ฟ้องร้องคดีความ ค่าเสียหายของทรัพย์สินต่าง ๆ การสูญเสียชั่วโมงในการทำงาน (วัลลดา พุ่มไพศาลชัย และชิดชนก เรือนก้อน, 2563)

จะเห็นได้ว่าการดื่มสุรานั้นหากดื่มมากเกินไปจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ จึงเป็นเรื่องยากที่บุคคลจะดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขหากต้องเผชิญกับผลกระทบต่าง ๆ ดังนั้น การช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน โดยพยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีศักยภาพในการให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพ และครอบคลุมทุกมิติ ดังแสดงในตารางที่ 1 (हररषा ढ्रेषरुषुषढा ढ्रेषरुषुषढा गीढरुढरुषुषढा, 2563; คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2561)

ตารางที่ 1 บทบาทพยาบาล 4 มิติในการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน

การพยาบาล 4 มิติ	เป้าหมาย	บทบาทพยาบาล
1. การส่งเสริมสุขภาพผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน	เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง สามารถปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์	1. ส่งเสริมการดูแลสุขภาพกาย 2. ส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิต 3. ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตามช่วงวัย 4. ส่งเสริมสุขภาพทางจิตสังคม 5. ส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ
2. การป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน	เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดการดื่มสุราที่มีความเสี่ยงและอันตรายเพิ่มมากขึ้น สามารถตรวจพบและได้รับการรักษาได้ทันทั่วถึง ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีความรู้ ความเข้าใจ ในการป้องกันการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา ดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการดื่มสุรา	1. ค้นหา คัดกรองผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา 2. ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นโดย ให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) หรือให้การปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) 3. จัดกิจกรรมป้องกันการดื่มสุราในชุมชน 4. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการดื่มสุรา
3. การบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน	เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มทั้งกลุ่มผู้ที่มีปัญหาการดื่มแบบอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ และกลุ่มที่ติดสุราให้สามารถลด ละ เลิกดื่มสุราได้ และลดผลกระทบ ลดความไม่สุขสบาย ลดปัญหาจากการดื่มสุรา	1. ประเมินสุขภาพกาย สุขภาพจิต และจิตสังคม 2. ประเมินพฤติกรรม การดื่ม ความเสี่ยงในการถอนพิษสุรา 3. ให้การบำบัดในการลด ละ เลิก การดื่มสุรา 4. ติดตามเยี่ยมบ้าน และให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ขณะที่มีการลด ละ เลิก การดื่มสุรา ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การดูแลที่อยู่อาศัย การจัดการกับภาวะวิกฤต การจัดการอาการที่พบได้บ่อย การเข้ารับบริการสุขภาพ และการดูแลเรื่องยา 5. ประเมินและติดตามผล
4. การฟื้นฟูสุขภาพผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน	เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถกลับมาใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข สามารถดูแลตนเองได้ ป้องกันการกลับมาดื่มหรือมีปัญหาซ้ำ	1. ประเมินสภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม 2. ติดตามเยี่ยมบ้าน และให้คำแนะนำในการฟื้นฟูสุขภาพแก่ครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล และผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสร้างสัมพันธภาพ

การพยาบาล 4 มิติ	เป้าหมาย	บทบาทพยาบาล
		ที่ดีกับคนรอบข้าง การปรับความคิด การพักผ่อน การให้กำลังใจตนเอง 3. ส่งเสริมการสร้างโอกาสในการทำงาน 4. ส่งเสริมการจัดการเงิน 5. เผื่อระวังและป้องกันการกลับมาดื่มสุราซ้ำ

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน มุ่งเน้นให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง สามารถปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง มีพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ ลดการเกิดปัญหา ด้านสุขภาพที่ซับซ้อนและเรื้อรังมากขึ้นในอนาคต โดยพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. ส่งเสริมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพกาย ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรามักจะละเลยการดูแลสุขภาพบุคคลเหล่านี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกายให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง ตามหลัก FERS ได้แก่ 1) อาหาร (Food) โดยส่งเสริมให้ดื่มน้ำอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารให้ครบ 5 สี รับประทานอาหารผัก ผลไม้ตามรสสมุนไพรรส 5 รส (ขม ฝาด เปรี้ยว เผ็ด ร้อน) 2) ออกกำลังกาย (Exercise) แนะนำการออกกำลังกายที่เน้นการใช้ออกซิเจน (Aerobic Exercise) โดยให้มีระยะเวลาในการออกกำลังกาย 15-30 นาทีขึ้นไป 3) การหายใจ (Respiration) แนะนำให้หายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ อย่างสม่ำเสมอ ทำให้เอาอากาศดีเข้าไปและเอาอากาศเสียออกมา 4) การนอน (Sleeping) แนะนำให้นอนหลับอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง มีการหลับครบเป็นวงจรต่อเนื่อง โดยควรหลับลึกติดต่อกัน 1-2 ชั่วโมง (พัทลิสมา ภัทรธีรานนท์, นิภาวรรณ ศรีโยหะ, พัชรกรพจน์ ศรีประสาร และรุ่งทิพา เสาวนีย์ 2564)

2. ส่งเสริมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพจิต โดยการสอน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ครอบครัว และญาติ ได้แก่ วิธีแก้ไขปัญหา การจัดการอารมณ์ ความเครียดอย่างเหมาะสม วิธีการสร้างสัมพันธภาพ และวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี การเสริมสร้างความรัก ความเข้าใจที่ดีต่อกันในครอบครัว โดยการให้ความรู้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์จะสามารถช่วยลดความเครียด ส่งเสริมให้มีการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสม ช่วยให้สามารถรับมือกับปัญหา ปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น และมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่จะทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี ลดผลกระทบที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (ทศฯ ชัยวรรณวรรต, 2560)

3. ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตามช่วงวัย โดยช่วงวัยที่มีแนวโน้มจะเกิดปัญหาการดื่มสุรา ได้แก่ ช่วงวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ โดยในวัยรุ่น ส่งเสริมให้พ่อแม่เข้าใจการปรับเปลี่ยนทางร่างกาย จิตใจ สังคม ของวัยรุ่น การคบเพื่อนทั้งต่างเพศและเพศเดียวกัน การปรับตัวทางเพศ การวางตัวในสังคม การพึ่งพาตนเอง สนับสนุนการใช้ศักยภาพในตนเอง เสริมสร้างทักษะต่าง ๆ การเลือกอาชีพ และแนวทางในการดำเนินชีวิต

(สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข 2558) วัยผู้ใหญ่ส่งเสริมการจัดการอารมณ์ การรู้จัก และทำความเข้าใจตนเอง การปรับตัวในอาชีพการงาน แนะนำให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เต็มประสิทธิภาพของตนเอง การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว เช่น บทบาทสามี ภรรยา ไปสู่บทบาทของการเป็นพ่อแม่ การรับมือกับความขัดแย้งในครอบครัว การปรับตัวต่อความเครียดหรือเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญในชีวิต (เกษร เกษมสุข และบังอร ฤทธิ์อุดม, 2566) วัยสูงอายุส่งเสริมให้มีการดูแลตนเอง การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยเกษียณ การรับมือกับความเสื่อมตามวัย การชะลอความเสื่อมตามวัย การป้องกัน การดูแลรักษาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ (สุรศักดิ์ มุลศรีสุข และพงศ์ศักดิ์ ธรรมกุลศักดิ์, 2565)

4. ส่งเสริมสุขภาพทางจิตสังคม โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีสอดคล้องเหมาะสมกับการดำรงชีวิต การทำงาน และการพักผ่อน รวมไปถึงการเสริมสร้างสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ของคนในชุมชน การมีสัมพันธภาพที่ดีของคนในชุมชน สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (กุนนที พุ่มสงวน, 2557)

5. ส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ โดยยึดมั่นในหลักศาสนา มีปัญญา รู้เท่าทัน แยกแยะเหตุแห่งความดี ความชั่ว ยึดมั่นในประเพณี และวัฒนธรรมที่ดีงาม มีจิตใจที่ดีงาม เอื้อเพื่อเผื่อแผ่ (พัทสิมา ภัทรธีรานนท์, นิภาวรรณ ศรีโยหะ, พัชรกรพจน์ ศรีประสาร และรุ่งทิวา เสาวนีย์ 2564)

การส่งเสริมสุขภาพผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต การดูแลตามพัฒนาการเพื่อให้เหมาะสมกับช่วงวัยและสามารถเปลี่ยนผ่านช่วงวัยได้อย่างราบรื่น ส่งเสริมสุขภาพทางจิตสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถดูแลตนเองได้ ลดปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น

บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน

การป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชนมุ่งเน้นการป้องกันไม่ให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดการดื่มสุราที่มีความเสี่ยงและอันตรายเพิ่มมากขึ้น สามารถตรวจพบและได้รับการรักษาได้ทันทั่วทั้ง ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรามีความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา ดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการดื่มสุรา โดยพยาบาลมีบทบาทในการป้องกัน ดังนี้

1. ค้นหา คัดกรองผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง และผู้ที่อยู่ในกลุ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยบันทึกข้อมูลวิเคราะห์แยกแยะว่าประชากรในชุมชนวัยใดมีพฤติกรรมเสี่ยงมาก เสี่ยงน้อย มีจำนวนมากน้อยเพียงใด โดยใช้แบบประเมินต่าง ๆ ในการคัดกรอง เช่น แบบคัดกรอง Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) โดยจะสามารถคัดแยกผู้ตอบแบบคัดกรองได้ 4 กลุ่ม ตามคะแนน ได้แก่ 1) ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low Risk Drinking) 2) ผู้ดื่มแบบเสี่ยงปานกลาง (Hazardous Drinking) 3) ผู้ดื่มแบบอันตราย (Harmful Drinking) และ 4) ผู้ดื่มแบบติด (Alcohol Dependence) แบบสอบถาม CAGE ช่วยในการประเมินปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

แบบสอบถาม Alcohol, Smoking & Substance Involvement Screening Test (ASSIST) เป็นแบบสอบถามที่ถามถึงประสบการณ์ในการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ตลอดชีวิต และภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา เป็นต้น (ศูนย์สำรวจความคิดเห็นนิตาโพลสถาบันบัณฑิต พัฒนบริหารศาสตร์, 2565)

2. ให้การช่วยเหลือโดยให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) เพื่อให้รับรู้อันตรายจากการดื่มมีการกำหนดเป้าหมายในการดื่มลดลง หรือให้การปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดื่ม (คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2561)

3. สำรวจทัศนคติ การรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน (เนตรดาว ธงชีวิ, 2561)

4. จัดรณรงค์ ลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการรณรงค์ตามสถานที่ในชุมชนให้เป็นสถานที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น วัด โรงเรียน เป็นต้น รณรงค์ในช่วงเทศกาลสำคัญ เช่น จดเกล้าเข้าพรรษา (ภัทรินทร์ ชมภูคำ และคณะ, 2564)

5. จัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านกิจกรรมแสดงบทบาทสมมติ กิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการอภิปรายข่าว กิจกรรมเรียนรู้จากตัวแบบในชุมชน

6. จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น โทษ พิษภัย ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยขอรับการสนับสนุนทางวิชาการจากเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้อง และปราชญ์ชาวบ้าน หรือผู้ที่ทรงคุณค่า ภูมิปัญญาในท้องถิ่น

7. จัดกิจกรรมแนะแนวในโรงเรียนเพื่อให้เยาวชนได้เรียนรู้ ขอคำปรึกษา ชักถาม

8. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน โดยประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เช่น หน่วยงานบริหารของท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ครู ในการสร้างความเข้าใจร่วมกันสร้างมาตรการ กฎ กติกาที่ไม่เอื้อต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน เช่น ควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามอายุ การจำหน่ายตามวันสำคัญทางศาสนา จำกัดเวลาในการจำหน่าย มาตรการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานสำคัญต่าง ๆ ในชุมชน เช่น งานศพ งานบุญต่าง ๆ และให้เลิกงานเลี้ยงไม่เกิน 4 ทุ่ม โดยปฏิบัติร่วมกันอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน

9. ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายในการดื่มสุรา โทษทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุรา การฝ่าฝืนและการละเมิดกฎหมาย

10. นำผลของโปรแกรมป้องกันการดื่มสุรามาปรับใช้ในการทำงานเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ฉัตรชัย ภิมายั, ศุภรี ศิริบุรณ และรัตนา บุญพา, 2566)

11. ประสานงานกับชุมชนในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราอย่างสม่ำเสมอในเรื่องความสำคัญของปัญหาการดื่มสุรา โดยจัดให้สอดคล้อง เหมาะสมกับกลุ่มผู้รับข้อมูลในชุมชน เช่น

การเผยแพร่ข้อมูลความรู้ผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน การติดป้ายต่าง ๆ ตามสถานที่ในชุมชน (ชยงค์ สุขสว่างวงศ์, 2564)

การป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพในผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุราในชุมชน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการค้นหา คัดกรอง ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นตามความรุนแรงของปัญหาที่พบ การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ ด้านสุขภาพ เป็นตัวกลางในการให้ข้อมูลการติ่มเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ และประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องเพื่อบรรเทาและลดความรุนแรงของปัญหาการติ่มสุรา ซึ่งจะช่วยให้ค้นพบผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุรา นำเข้าสู่ระบบการให้บริการสุขภาพได้ทันทั่วทั้งที่ ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและรุนแรง

บทบาทพยาบาลในการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุราในชุมชน

การบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุราในชุมชนมุ่งเน้นให้ผู้มีปัญหการติ่มทั้งกลุ่มผู้มีปัญหการติ่มแบบ อันตรายที่ไม่สามารถควบคุมการติ่มได้ และกลุ่มที่ติดสุราให้สามารถลด ละ เลิกติ่มสุรา สามารถผ่านช่วงวิกฤต ของการลด ละ เลิกติ่มสุราได้ และลดผลกระทบต่อสุขภาพ ลดความไม่สุขสบาย ลดปัญหาจากการติ่มสุราให้น้อยที่สุด โดยพยาบาลมีบทบาทในการบำบัดรักษา ดังนี้

1. ประเมินปัญหาพฤติกรรมติ่มสุรา เช่น ปริมาณ ความถี่ของการติ่ม สาเหตุ ลักษณะ และระยะเวลา ในการติ่ม เช่น ติ่มสุราประเภทไหน ติ่มอย่างไร ติ่มมานานแค่ไหน ติ่มครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่ เพื่อประเมินความรุนแรง ของการติ่ม และความเสี่ยงในการถอนพิษสุรา
2. ประเมินแรงจูงใจและความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมติ่มสุรา โดยประเมินตามขั้นตอน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change) ขั้นที่ 1 ไม่คิดเลิกติ่ม ขั้นที่ 2 ลังเลใจ ขั้นที่ 3 ตัดสินใจ ขั้นที่ 4 ลงมือปฏิบัติ ขั้นที่ 5 กระทำต่อเนื่อง เป็นการปฏิบัติจนเป็นนิสัย ไม่กลับไปทำพฤติกรรมเดิมอีก
3. ประเมินจุดแข็งในชีวิตและแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว กลุ่มเพื่อน เพื่อนร่วมงาน อาชีพ การงาน สังคม ค่านิยม ความเชื่อ ศาสนา เป็นต้น
4. ประเมินโรคจิตเวชร่วมโดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติกลับไปติ่มซ้ำบ่อย ๆ โดยการสัมภาษณ์ และตรวจสภาพ จิต หรือใช้เครื่องมือคัดกรอง และประเมินโรคจิตเวชร่วมที่พบบ่อย ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ประเมินการใช้ สารเสพติดอื่นร่วม เช่น ยาบ้า กัญชา สารระเหย เป็นต้น
5. ประเมินความเสี่ยงในการถอนพิษสุรา
6. ตรวจประเมินร่างกาย โดยตรวจสภาพร่างกายทั่วไป ดู ฟัง คลำ เคาะ ตรวจสัญญาณชีพ ระดับความ รู้สึกรู้ตัว Glasgow Coma Score สังเกตความผิดปกติของร่างกาย เช่น ตัวตาเหลือง ท้องบวม บาดแผลการผ่าตัด ความผิดปกติของผิวหนัง มีรอยขีด รอยจ้ำเลือด เลือดออกตามไรฟัน ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว การทรงตัว ความอ่อนแรงของแขนขา เป็นต้น (คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ติ่มเครื่องติ่ม แอลกอฮอล์, 2561)

7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลชักถามระบายความคิด ความรู้สึก ถึงปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับการใช้สุรา (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

8. ให้การบำบัดในรูปแบบต่างๆ เช่น การบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม การบำบัดทางจิตสังคม ศิลปะบำบัด ครอบครับบำบัด การบำบัดโดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น เป็นต้น

9. ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพและให้คำแนะนำครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล และผู้มีปัญหา การดื่มสุราในการดูแลสุขภาพขณะที่มีการลด ละ เลิก การดื่มสุรา (हररषा ढररषुडडषा และพันฐัณภากัถัรตัณโणูลั, 2563) ดังนี้

9.1 การดูแลกิจวัตรประจำวัน ในการดูแลสุขภาพของร่างกาย แนะนำให้ดูแลสุขภาพของร่างกายเป็นประจำและต่อเนื่อง ตั้งแต่การอาบน้ำ แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ตัดเล็บมือ เล็บเท้า รักษาความสะอาดบริเวณอัณฑะ และอาจใช้แป้งเพื่อลดความเปียกชื้นของร่างกาย แนะนำให้สวมใส่เสื้อผ้าที่ซักสะอาด และเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้งภายหลังการดื่มสุราและเมาสุรา

9.2 การรับประทานอาหาร แนะนำให้รับประทานอาหารทั้ง 3 มื้อ และทานให้เป็นเวลา รับประทานอาหารให้อิ่ม เพื่อช่วยให้สามารถปฏิเสธการดื่มสุราหากมีคนชักชวน เนื่องจากการศึกษาพบว่า การรับประทานอาหารให้อิ่มระหว่างมื้อจะช่วยลดความรู้สึกอยากดื่มสุรา และสามารถลด ละ เลิกการดื่ม หรือช่วยให้ไม่ดื่มได้และนอกจากนี้ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบทั้ง 5 หมู่ ได้แก่ แป้ง น้ำตาล เนื้อสัตว์ นม ไข่ ผักใบเขียว และผลไม้ เนื่องจากการดื่มเป็นเวลานานจะทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม และเสี่ยงต่อการเกิดโรคอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคตับ โรคทางเดินอาหาร โรคหัวใจ โรคสมองเสื่อม เป็นต้น และควรหลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง และอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ

9.3 การพักผ่อนนอนหลับ ผลจากการดื่มสุราต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้มีปัญหาเรื่องการนอน นอนมาก นอนหลับยาก ตื่นบ่อย คุณภาพของการนอนไม่ดี ทำให้อ่อนเพลียในช่วงกลางวัน ดังนั้นจึงแนะนำให้ลด ละ เลิกสุรา หากมีอาการนอนไม่หลับในเวลากลางคืน แนะนำวิธีในการช่วยให้หลับ เช่น ดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ก่อนนอน ลดสิ่งกระตุ้น เช่น การดูโทรทัศน์ หรือฟังวิทยุรายการ ที่จะทำให้มีการตื่นตัว หรือลองทำสมาธิก่อนนอน อาจช่วยได้ หรือหากมีอาการนอนไม่หลับ และมีอาการตามแผนการรักษา แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้สามารถนอนหลับได้ และหากยังคงมีปัญหาให้ปรึกษาทีมสุขภาพเพื่อการส่งต่อที่เหมาะสมต่อไป

9.4 การดูแลที่อยู่อาศัย

9.4.1 ภายในบ้าน แนะนำจัดบ้านให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างสามารถส่องเข้ามาถึง มีการเปิดหน้าต่างรับแสงแดดอยู่เป็นประจำ ควรกวาด เช็ดถู ทำความสะอาดบ้านอยู่เป็นประจำ ภายในห้องนอนควรมีการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนและปลอกหมอนอย่างน้อยอาทิตย์ละ 1 ครั้ง แนะนำให้ทำความสะอาดห้องน้ำอยู่เป็นประจำ มีแสงสว่างเพียงพอ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการลื่นล้ม ไม่ควรเก็บสุรา เบียร์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไว้ในบ้าน เพราะหากมีสิ่งเหล่านี้ภายในบ้าน อาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการอยากดื่มขึ้นมาอีก

Journal of Nursing and Public Health Research, 5(2), e271580.

10. ให้กำลังใจและเสริมสร้างความภาคภูมิใจแก่ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราให้สามารถลด ละ เลิกการดื่มสุรา และให้กำลังใจแก่ครอบครัว ญาติ และผู้ดูแล ในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราให้สามารถผ่านพ้นช่วงวิกฤตไปได้

11. บันทึกผล และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

การบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมไปถึงจิตสังคม เพื่อวางแผนร่วมกันในการลด ละ เลิก การดื่มสุรา หัวใจสำคัญในการลด ละ เลิก การดื่มสุราที่จะเป็นตัวชี้วัดว่าจะประสบความสำเร็จหรือไม่คือการผ่านพ้นช่วงวิกฤต การเอาชนะความอยากสุรา อาการไม่สุขสบายจากการดื่มสุรา ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการให้คำแนะนำ การช่วยเหลือ ในการดูแลกิจวัตรประจำวันในด้านต่าง ๆ การจัดการกับภาวะวิกฤต อาการไม่สุขสบาย ให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น หรือช่วยให้บุคคลได้รับผลกระทบทางสุขภาพน้อยที่สุดจากการลด ละ เลิกการดื่มสุรา

บทบาทพยาบาลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน

การฟื้นฟูสุขภาพผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชนมุ่งเน้นให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถกลับมาใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข สามารถดูแลตนเองได้ ป้องกันการกลับมาดื่มหรือมีปัญหาซ้ำ โดยพยาบาลมีบทบาทในการฟื้นฟูสุขภาพ ดังนี้

1. ประเมินสภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีปัญหา ต้องติดตามเยี่ยม รวมทั้งสอบถามถึงการปรับตัวทางสุขภาพจิตและจิตเวช

2. ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2561)

3. ให้คำแนะนำในการฟื้นฟูสุขภาพแก่ครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล และผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ดังนี้

3.1 ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราควรออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับร่างกาย โดยควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรืออาจมากกว่านั้น การออกกำลังกายจะช่วยให้ระบบการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดดี เพิ่มประสิทธิภาพการไหลเวียน ทำให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น ถ้ามีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันการเกิดโรคได้ นอกจากนี้การออกกำลังกายยังส่งผลต่อจิตใจ ให้เกิดความผ่อนคลาย อารมณ์แจ่มใส กระปรี้กระเปร่า การออกกำลังกายทำได้โดยการเดิน วิ่ง การทำงานอดิเรก

3.2 ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราควรรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ รับประทานอาหารครบทุกมื้อ งดทานอาหารที่มีรสจัด

3.3 ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราควรมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นจะช่วยแก้ปัญหา และสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม ญาติพี่น้อง การให้คำแนะนำ คำปรึกษา กำลังใจ ช่วยในด้านการเงินในการรักษา

ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจ ลดความเครียด สามารถเผชิญปัญหา และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม การมีสัมพันธภาพที่ดีควรเริ่มตั้งแต่ในครอบครัว เพื่อนบ้าน และคนในสังคม

3.4 ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราควรปรับแนวคิดของตนเองทางบวก และมองโลกในแง่ดี

3.5 ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราควรมีการพักผ่อน การบริหารเวลาที่เหมาะสม

3.6 ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราควรฝึกการใช้เทคนิคผ่อนคลาย ทำสมาธิ ฟังเพลงสบายอารมณ์ หรือ เล่นดนตรี เป็นต้น

3.7 ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราควรยอมรับภาวะที่ตนเองอาจไม่สุขสบาย และยังไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม หรือรู้สึกด้อยค่า โดยการให้กำลังใจตนเอง มีการตั้งจุดมุ่งหมายในชีวิต หรือใช้หลักธรรมะในพระพุทธศาสนา เป็นที่พึ่งประพฤติดุติปฏิบัติตนให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง

4. ส่งเสริมการสร้างโอกาสในการทำงาน ส่งเสริมการทำงานทำเนื่องจากการทำงานจะทำให้มีรายได้ เกิดความภาคภูมิใจ หาแหล่งสนับสนุนในการทำงาน เช่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล หาแหล่งสนับสนุนในการลงทุน เช่น กองทุนหมู่บ้าน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

5. ส่งเสริมการจัดการเงิน โดยแนะนำการทำแผนการใช้เงิน การทำบัญชีครัวเรือน และการทำแผนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล จะทำให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราทราบว่าในแต่ละเดือนครอบครัวมีรายรับ-รายจ่ายอะไรบ้าง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการใช้จ่ายเงินของครอบครัวเพื่อแก้ไขปัญหาหนี้สิน ให้ครอบครัวมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นได้ พิจารณานำเงินที่ได้จากการลดสุรา เลิกสุรา สะสมเงินออมเพื่อใช้จ่าย ในชีวิตประจำวัน (हररुषा ऒरुषरुषुषुषा และพันรुณัणกา กิठिरुठันไพบุลล, 2563)

6. เฝ้าระวังและป้องกันการกลับมาดื่มสุราซ้ำ (Relapse) (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ดังนี้

6.1 ให้ความรู้ครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล และผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา สังเกต ประเมิน อาการเตือน ดังนี้ อารมณ์หรือความรู้สึกบางอย่าง ได้แก่ ความเบื่อ ความวิตกกังวล ความหงุดหงิด อารมณ์เศร้า อารมณ์อยากสนุก และอารมณ์โกรธ เป็นต้น อาการทางกาย พฤติกรรม หรือการกระทำบางอย่าง ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง การโกหก การขโมย การเกียจคร้าน ว่างงาน มีเวลาว่างมาก ทำงานได้ไม่ต่อเนื่อง เทียนอกบ้าน กลับไปคบหาเพื่อนกลุ่มเดิมที่เสพสุราและยาเสพติด ใช้เงินเปลือง มีปัญหาทะเลาะกับคนในครอบครัวบ่อย มีความคิดเพื่อหาเหตุผลการกลับไปดื่มสุราและยาเสพติดซ้ำ เช่น อยู่บ้านเบื่อไม่มีอะไรทำ ถ้าได้ดื่มสุราคงจะดี

6.2 แนะนำให้หากิจกรรมอื่นทำยามว่าง เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ตกแต่งบ้าน ทำสวน และ กิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ เช่น เล่นกีฬา วาดภาพ เป็นต้น

6.3 แนะนำให้ทำตารางชีวิตประจำวัน หรือวางแผนการดำเนินชีวิตประจำวันโดยมุ่งเน้น การใช้ชีวิตอย่างสมดุล อย่าทำตัวให้ว่าง เพราะเวลาว่างจะเป็นตัวกระตุ้นให้กลับไปดื่มสุราซ้ำ

6.4 แนะนำให้เลิกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ชีโกหก เล่นการพนัน เกียจคร้าน ไม่มีความรับผิดชอบ เป็นต้น

6.5 หยุดความคิดหาเหตุผลในการกลับไปดื่มสุราซ้ำ โดยทบทวนการกระทำของตัวเองซ้ำทุกวัน รู้ทันความคิดของตนเองก่อนกลับไปดื่มสุรา และบอกตัวเองทุกวันว่าเราจะไม่กลับไปใช้สุราอีก

การฟื้นฟูสุขภาพผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถดูแลตนเองได้ รู้เท่าทันอาการเตือน สามารถจัดการตนเองไม่ให้กลับมาดื่มสุราซ้ำ มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต และดำรงชีวิตในชุมชนอย่างมีความสุข

บทสรุป

การดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราให้ครอบคลุมทุกมิติ เนื่องจากผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้นมีวิถีชีวิตในหลากหลายมิติ การให้การพยาบาลครอบคลุมใน 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ โดยการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพกาย จิต จิตสังคม และจิตวิญญาณ การป้องกัน โดยการค้นหา คัดกรอง การสำรวจทัศนคติ การให้ความช่วยเหลือโดยการให้คำแนะนำ คำปรึกษาแบบสั้น การจัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุรา ในกลุ่มที่มีการดื่มแบบอันตรายเพื่อไม่ให้กลายเป็นผู้ที่ติดสุรา ลดผลกระทบของการดื่ม ต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราจนเป็นโรคติดสุราพยาบาลมีบทบาทในการบำบัดรักษา โดยการประเมิน การบำบัดทางจิตสังคม ควบคู่ไปกับการติดตามเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูสุขภาพโดยการสร้างโอกาสในการทำงาน การจัดการการเงิน ให้คำแนะนำในการจัดการตนเองเพื่อไม่ให้กลับไปดื่มซ้ำ ซึ่งจะช่วยให้แก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่ตรงจุด และครอบคลุม มิใช่เพียงแค่ตอบสนองต่อปัญหาของผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในการบำบัดรักษาให้สามารถลด ละ เลิกสุราและฟื้นฟูสุขภาพให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างเดียว แต่ยังตอบสนองปัญหาของประชาชนในชุมชนในผู้ที่มีความเสี่ยง มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาการดื่มสุรา ให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ลดโอกาสการเกิดอันตรายจากการดื่มสุรา ให้ตระหนักถึงโทษของการดื่มสุรา มีทักษะในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ช่วยลดวงจรของการเกิดนักดื่มหน้าใหม่ และลดจำนวนผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราชุมชน เป็นการคืนสมาชิกให้กับครอบครัว คืนสมาชิกในชุมชนให้กับชุมชนเป็นบุคคลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงชีวิตในชุมชนอย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

บทความนี้จะเป็ข้อมูลเบื้องต้นในการให้บริการผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน เสริมสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรด้านสุขภาพให้เข้าใจบริบทของผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะการประเมิน และคัดกรองถือเป็นหัวใจสำคัญของการให้การช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชนเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม และนำเข้าสู่ระบบการรักษาที่ทันทั่วถึงลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา สามารถปฏิบัติได้

โดยอาจเริ่มตั้งแต่การถาม คำถามง่าย ๆ สั้น ๆ ไปจนถึงการใช้แบบสอบถามตัวอย่างคำถามง่าย ๆ ที่สามารถใช้ค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มแบบ Alcohol Abuse หรือ Alcohol Dependence ได้ คือ “ในการดื่มแต่ละครั้งใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยดื่มมากกว่า 5 แก้วหรือไม่” เมื่อพบว่ามีปัญหาใด ๆ ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา หรือเมื่อมารับการตรวจร่างกาย หากพยาบาลสงสัยว่าผู้ป่วยตอบปริมาณการดื่มน้อยกว่าความเป็นจริง พยาบาลก็ควรจะถามเกี่ยวกับปริมาณการดื่มให้ละเอียดมากขึ้นต่อไป เครื่องมือคัดกรองที่สามารถใช้ได้ในเรื่องนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม CAGE, MAST และ AUDIT (สาวิตรี อังษณากรชัย, 2552) นอกจากนี้สามารถจัดทำโปรแกรมหรือแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชนได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของชุมชนดูแลสุขภาพครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพ ส่งเสริมให้คนในชุมชนมีความเข้าใจผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชนสามารถดำรงชีวิตในชุมชนต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มวิเคราะห์และพัฒนาสารสนเทศด้านสังคม กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). รายงานสถานะตัวชี้วัด เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศ พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์.
- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด (ฉบับทดลองใช้). กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส.
- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือโปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ICOD-R) ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: ดิโนดู มีเดีย พลัส.
- กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. (2566). โครงการศึกษาปริมาณแอลกอฮอล์ ในเลือดของผู้ขับขี่ที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน ในช่วงเทศกาลปีใหม่ และเทศกาลสงกรานต์ 2566. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.
- กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- กุนนที พุ่มสงวน. (2557). สุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ : บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(2), 10-14.
- เกษร เกษมสุข และบังอร ฤทธิอุดม. (2566). การส่งเสริมพัฒนาการผู้ใหญ่วัยกลางคน : บทบาทของพยาบาล. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 17(1), 368-380.
- คณะกรรมการพิจารณาการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. (2561). แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.

- ฉัตรชัย พิมาทัย, ศุภรี ศิริบุรณ์ และรัตนา บุญพา. (2566). บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, 7(2), 1-14.
- ชงศ์ สุขสว่างวงศ์. (2562). แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมกรรมการเสพติดสุราของกลุ่มเยาวชนในเมืองพัทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารงานยุติธรรมและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ทศา ชัยวรรณวรรต. (2560). บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 31(2), 16-30.
- เนตรดาว ธงชีว. (2561). การป้องกันการใช้อัลกอฮอล์ในทางที่ผิดในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 24(2), 1-11.
- พงศ์ธร ขาดพิทักษ์, เมตตา คำพิบูลย์ และณัฐธิดา สุขใหญ่. (2564). “คู่มือการดำเนินงานบริการป้องกันและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.ต.).”. สืบค้นเมื่อ 15 กันยายน 2567 จาก <https://dmh-elibrary.org/items/show/1194>.
- พัทลิตา ภัทรธีรานนท์, นิภาวรรณ ศรีโยหะ, พัชรกรพจน์ ศรีประสาร และรุ่งทิพา เสาวนีย์. (2564). บทบาทของพยาบาลชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน 8 ชุมชน พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามธิบดี. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 44(1), 1-11.
- ภัทรินทร์ ชมภูคำ และคณะ. (2564). การดำเนินงานบริการป้องกันและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.). กรุงเทพฯ: อักษรกราฟิกแอนด์ ดีไซน์.
- วัลลดา พุ่มไพศาลชัย และชิดชนก เรือนก้อน. (2563). ภาระทางเศรษฐศาสตร์ของโรคติดสุราจากระดับโรงพยาบาลสู่ภาพรวมระดับประเทศ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(2), 150-160.
- ศูนย์ความเป็นเลิศด้านวิทยาศาสตร์ข้อมูลเพื่อวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. (2564). ฐานข้อมูลงานวิจัยแอลกอฮอล์ไทย: ความสุขผู้ดื่มแอลกอฮอล์แยกเพศ. สืบค้นเมื่อ 15 กันยายน 2567 จาก https://alcoholstudy.in.th/index.php?ct=report_drinker&proc=main&year1=2564&year2=5&chart_id=2.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่ สงขลา. (2565). แบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของประชากรไทย. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่ สงขลา.
- ศูนย์สำรวจความคิดเห็นนิด้าโพล สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2565). รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report) โครงการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเพื่อสนับสนุนการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประจำปี 2565. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

- สาวิตรี อังษณงค์กรชัย. (2552). การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การคัดกรองผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา. วนิตการพิมพ์.
- สาวิตรี อังษณงค์กรชัย. (2568). สถานการณ์ปัจจุบันด้านการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทย. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น และเยาวชนในชุมชน. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุจิตตา ฤทธิมนต์รี, โสภิตา ดาวสดใส, ขวัญสุตา บุญทศ และศรีธัญญา ชาญสุข. (2566). ผลกระทบจากการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่นตามการรับรู้ของเหยื่อ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 31(1), 51-61.
- สุรศักดิ์ มุลศรีสุข และพงศ์ศักดิ์ ธรรมกุลศักดิ์. (2565). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยที่อาศัย อยู่ตามลำพัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 23(44), 104-112.
- हररषा ढ्रेषरुषुषषा และพันธุ์ณา กิตติรัตน์ไพบุลย์. (2563). คู่มือสำหรับผู้ช่วยเหลือตามแนวทาง ลด ละ เลิก เหล้า กันเอะ การดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ฉบับประชาชน. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์.
- Castillo-Carniglia, A., Keyes, K. M., Hasin, D. S. & Cerdá, M. (2019). Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *Lancet Psychiatry*, 6(12), 1068-1080. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30222-6)
- Chikritzhs, T. & Livingston, M. (2021). Alcohol and the risk of injury. *Nutrients*, 13, 1-15. <https://doi.org/10.3390/nu13082777>
- Easey, K. E., Dyer, M. L., Timpson, N. J. & Munafò, M. R. (2019). Prenatal alcohol exposure and offspring mental health: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 197, 344-353. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.007>
- He, S., Hasler, B. P., & Chakravorty, S. (2019). Alcohol and sleep-related problems. *Current Opinion in Psychology Journal*, 30, 117-122. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.03.007>
- Lees, B., Meredith, L. R., Kirkland, A. E., Bryant, B. E., & Squeglia, L. M. (2020). Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 192, 172906. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2020.172906>
- McCaul, M. E., Roach, D., Hasin, D. S., Weisner, C., Chang, G., & Sinha, R. (2019). Alcohol and women: A brief overview. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 43(5), 774-779. <https://doi.org/10.1111/acer.13985>

- Thørrisen, M. M., Bonsaksen, T., Hashemi, N., Kjeklen, I., van Mechelen, W., & Aas, R. W. (2019). Association between alcohol consumption and impaired work performance (presenteeism): A systematic review. *BMJ Open*, 9(7), e029184.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029184>
- Varghese, J., & Dakhode, S. (2022). Effects of alcohol consumption on various systems of the human body: A systematic review. *Cureus*, 14(10), e30057.
<https://doi.org/10.7759/cureus.30057>
- World Health Organization. (2024). *Over 3 million annual deaths due to alcohol and drug use, majority among men*. Retrieved September 15, 2024 from <https://shorturl.asia/zbT5S>.

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโต

The Role of Nurses in Promoting Self-Management Among Older adults with Benign Prostatic Hyperplasia

จินตนา เด่นสันติกุล^{1*}, ทศนีย์ กลิ่นหอม², ภรณ์ แก้วลี³

Jintana Densuntikul^{1*}, Tasanee Klinhom², Paranee Kaewlee³

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ^{1*}, โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์², คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี³

Faculty of Nursing, North Bangkok University^{1*}, Sunpasitthiprasong Hospital², Faculty of Nursing, Ratchathani University³

(Received: April 7, 2025; Revised: July 2, 2025; Accepted: August 1, 2025)

บทคัดย่อ

ภาวะต่อมลูกหมากโตเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุชาย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากก่อให้เกิดอาการผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ หรือก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ การทำงานของไตเสื่อมลงส่งผลให้ไตวายได้ในที่สุด บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนบทบาทของพยาบาล ในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโต ให้สามารถจัดการตนเองต่อการเจ็บป่วย และดูแลตนเองได้ เนื่องจากแนวทางการจัดการตนเองเป็นการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพของตนเองผ่านการ จัดการอาการ การรักษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองต่อการเจ็บป่วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญ ในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโตใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการตนเอง ด้านการรักษา โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน 2) การจัดการ ด้านบทบาทการดำรงชีวิตประจำวัน โดยแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการ รักษา และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางเพศ และ 3) การจัดการด้านการจัดการทางอารมณ์ โดยช่วยลด ความวิตกกังวล ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า การมีบทบาทของพยาบาลในการ ให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองจะช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: บทบาทของพยาบาล, การจัดการตนเอง, ผู้สูงอายุ, โรคต่อมลูกหมากโต

*ผู้ให้การติดต่อ จินตนา เด่นสันติกุล e-mail: jdensuntikul@gmail.com

Abstract

Benign prostatic hyperplasia (BPH) is a common health issue among elderly men, significantly impacting their quality of life. This condition causes lower urinary tract symptoms (LUTS) and, in severe cases, may lead to serious complications such as impaired renal function, which can eventually result in kidney failure. This article aims to review the role of nurses in promoting self-management among older adults BPH enabling them to effectively manage their illness and engage in self-care. Because the self-management concept emphasizes enabling patients to take responsibility for their health by managing symptoms, adhering to treatment, and modifying their behaviors in response to illness. Nurses play a crucial role in supporting self-management in older adults with BPH across three primary dimensions. This includes 1) the aspect of medical management through patient education, promoting healthy behaviors, and monitoring potential complications. 2) The aspect of role management, interventions include recommending suitable physical activities, supporting decision-making regarding treatment options, and offering counseling on sexual health. 3) The aspect of emotional management and, includes alleviating anxiety, promoting family participation, and monitoring for symptoms of depression. Nurses' involvement in educating and supporting self-management has been shown to effectively reduce the severity of the disease, prevent complications, and promote a better quality of life among older adults with BPH.

Keywords: Role of Nurses, Self-Management, Older Adult, Benign Prostatic Hyperplasia

บทนำ

ปัจจุบันโลกได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) อย่างรวดเร็ว องค์การสหประชาชาติ รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2020 มีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 1 พันล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2.1 พันล้านคน ซึ่งคิดเป็นกว่าร้อยละ 20 ของประชากรโลกทั้งหมด (United Nations, 2020) เช่นเดียวกับประเทศไทยที่ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสูงสุด (Super-Aged Society) โดยประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2035 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 30 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) ผู้สูงอายุจึงเป็นวัยที่เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพอย่างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศชายที่พบสถิติของการเกิดโรคต่อมลูกหมากโตเพิ่มขึ้นเนื่องจากอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ (Chen et al., 2025) มีการศึกษาพบว่า ผู้ชายที่มีอายุมากขึ้น ตั้งแต่ อายุ 40 ปีขึ้นไป จะมีความเสี่ยงของการเกิดต่อมลูกหมากโตเพิ่มสูงขึ้น โดยอุบัติการณ์การเกิดโรคต่อมลูกหมากโต

ในผู้ชายที่มีอายุระหว่าง 41-50 ปีพบได้ร้อยละ 8 อายุระหว่าง 61-70 ปีพบได้ร้อยละ 50 และอายุมากกว่า 80 ปีสามารถพบได้มากกว่าร้อยละ 80 และยังพบการเกิดอุบัติการณ์เช่นนี้ในประเทศแถบทวีปอเมริกา ยุโรป รวมถึงเอเชีย (Lim, 2017) สอดคล้องกับ Ng, Leslie, & Baradhi (2024) ที่พบความชุกทางพยาธิวิทยาของโรคต่อมลูกหมากโตพบได้สูงถึงร้อยละ 50-60 ในผู้ชายอายุประมาณ 60 ปี และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80-90 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี สำหรับในประเทศไทยมีจำนวนของผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตที่เป็นผู้ป่วยในเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2564-2566 คือ 80,600 คน, 75,868 คน และ 113,552 คน ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2568)

ต่อมลูกหมากโตเป็นโรคระบบทางเดินปัสสาวะซึ่งในระยะแรกจะไม่ปรากฏอาการ แต่เมื่อเนื้อเยื่อต่อมลูกหมากขยายใหญ่มากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีอาการแสดงของการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ เกิดอาการปัสสาวะลำบาก เช่น ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะไม่พุ่ง ปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะเป็นหยด (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) เกิดการขยายตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ ทำให้การควบคุมการไหลของปัสสาวะผิดปกติ ปัสสาวะกระทันหัน กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เมื่อเป็นนานขึ้นผนังกระเพาะปัสสาวะจะเสียความยืดหยุ่น ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้มีปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น เสี่ยงต่อการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะได้ (Park, Suh, Yoo, Cho, & Son, 2020) หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เนื้อไตและท่อไตได้รับผลกระทบเกิดไตบวม น้ำ เนื้อไตอักเสบ การทำงานของไตเสื่อมลงส่งผลให้ไตวายได้ในที่สุด ถึงแม้ว่าโรคต่อมลูกหมากโตในระยะแรกจะมีอาการไม่รุนแรง แต่อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การใช้ชีวิตในสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีผลกระทบต่อร่างกายของผู้สูงอายุที่ต้องตื่นกลางคืนเพื่อขับถ่ายปัสสาวะบ่อยครั้ง ทำให้รบกวนการนอนหลับ ร่างกายอ่อนล้า อ่อนเพลีย สุขภาพร่างกายทรุดโทรม ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้เกิดอารมณ์เปลี่ยนแปลงเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบทางด้านสังคมทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความมั่นใจ เกิดความอายที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ทำให้ไม่ยอมออกนอกบ้าน แยกตัวออกจากสังคม ส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากต้องรักษาเป็นระยะเวลานานตามระยะเวลาการดำเนินของโรคซึ่งหากเป็นในระดับรุนแรงจะต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น (วณิช พิงชมภู, 2563) ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคต่อมลูกหมากโตจึงเข้ารับการรักษาตามความรุนแรงตั้งแต่การรักษาโดยการเฝ้ารอดูอาการ (Watchful Waiting) การรักษาด้วยการใช้ยา (Medical Management) และการรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgery) (Ng, Leslie, & Baradhi, 2024) ที่ให้ผลการรักษาดี มีความสะดวกรวดเร็ว แต่การผ่าตัดในผู้สูงอายุอาจพบข้อจำกัดหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนในการรักษามากกว่าคนที่ยาอายุน้อยกว่า (Yamada, et, al, 2020) ดังนั้นหากมีการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้สูงอายุในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต ให้มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมตั้งแต่ช่วงเริ่มต้น จะเป็นการเตรียมพร้อมต่อการเจ็บป่วยซึ่งจะช่วยลดความรุนแรง และผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติได้ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค ซึ่งมีการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโตในระดับปานกลางโดยเฉพาะการจัดการตนเองด้านการรักษา (อภินภัส ประจวบ, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และกนกพร

สุคำวัง, 2564) พยาบาลจึงควรมีการให้คำแนะนำในการจัดการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโตอย่างเหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุ ที่อาจไม่เข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง หรือมีความจำลดลง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับการรักษา บทบาทการดำรงชีวิตประจำวัน และการจัดการทางอารมณ์ ในการลดความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายปัสสาวะ และผลกระทบที่เป็นปัญหาซับซ้อนรุนแรงตามมาของโรคต่อมลูกหมากโตเกี่ยวกับการทำงานของไตเสื่อมลงส่งผลให้ไตวายได้ในที่สุด

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโต เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตได้ใช้เป็นแนวทางในการสอน และให้คำแนะนำส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ให้สามารถจัดการตนเองต่อการเจ็บป่วย และสามารถดูแลตนเอง ดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความหมายของโรคต่อมลูกหมากโต

โรคต่อมลูกหมากโต คือ ภาวะที่ต่อมลูกหมากมีขนาดใหญ่มากขึ้นจากการเพิ่มจำนวนเซลล์ และเนื้อเยื่อของตัวต่อมลูกหมาก ซึ่งเป็นกลไกที่เกิดขึ้นตามอายุและฮอร์โมนเพศชาย (จักรพงษ์ จิรสิริธรรม, 2567) เช่นเดียวกับการศึกษาของกรณ นงค์กระโทก, ลินจง โปธิบาล และโรจน์ จินตนาวัฒน์ (2563) กล่าวว่าต่อมลูกหมากโตเป็นการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของกลุ่มเซลล์ซึ่งเกิดจากการทำงานระบบต่อมไร้ท่อในเพศชาย เมื่อฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนถูกเปลี่ยนโดยเอนไซม์ 5-อัลฟา-รีดักเทส (5-Alpha Reductase) ให้กลายเป็นไดไฮโดรเทสโทสเตอโรน (Dihydrotestosterone (DHT)) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่มีฤทธิ์กระตุ้นการแบ่งตัวของเซลล์ต่อมลูกหมากให้มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ และจากเอสโตรเจนที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ต่อมได้สมองเพิ่มการหลั่งโปรแลคตินเพิ่มมากขึ้นซึ่งจะเป็นตัวไปกระตุ้นให้เทสโทสเตอโรนมีประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้ก่อนจากต่อมลูกหมากโตขึ้นและเบียดบังท่อทางเดินปัสสาวะ พบได้เป็นปกติในผู้ชายโดยอัตราการโตและลักษณะรูปร่างของต่อมลูกหมากจะแตกต่างกันในแต่ละคน อาการปัสสาวะผิดปกติที่พบจะแตกต่างกันตามขนาด และรูปร่างของต่อมลูกหมากที่โตขึ้น ทำให้อาการปัสสาวะผิดปกติเกิดได้จากการกดเบียด อุดกั้น หรือจากระบบประสาทบริเวณกล้ามเนื้อหูรูดกระเพาะปัสสาวะที่โดนกระตุ้นจากตัวต่อมลูกหมากทำให้มีการหดเกร็งหรือระคายเคืองเส้นประสาทได้ง่ายกว่าปกติ

สาเหตุของโรคต่อมลูกหมากโต

สาเหตุของต่อมลูกหมากโต (Benign Prostatic Hyperplasia (BPH)) เกิดจากความไม่สมดุลระหว่างกระบวนการเพิ่มจำนวนเซลล์ (Proliferation) ต่อมลูกหมากให้เพิ่มจำนวนมากขึ้น และลดอัตราการตายของเซลล์ (Apoptosis) ในเนื้อเยื่อต่อมลูกหมาก ซึ่งความไม่สมดุลดังกล่าวส่งผลให้เกิดการเพิ่มจำนวนของเซลล์อย่างต่อเนื่องโดยปราศจากกลไกการควบคุม ส่งผลให้มีจำนวนเซลล์เยื่อและเซลล์เนื้อเยื่อรอบท่อปัสสาวะ

ของต่อมลูกหมากเพิ่มมากขึ้น (Ng, Leslie, & Baradhi, 2024) นอกจากนี้ยังเชื่อว่าเกิดจากความไม่สมดุลของฮอร์โมนเพศชาย เนื่องจากต่อมลูกหมากซึ่งทำหน้าที่ในการผลิตฮอร์โมน Testosterone และฮอร์โมน Estrogen ในเพศชายเมื่ออายุมากขึ้นฮอร์โมน Testosterone จะลดลงขณะที่ฮอร์โมน Estrogen และฮอร์โมน DHT เพิ่มขึ้น (Xia et al., 2021) ซึ่งฮอร์โมน DHT เป็นตัวกระตุ้นให้ต่อมลูกหมากซึ่งอยู่ล้อมรอบท่อปัสสาวะมีขนาดโตขึ้นและบีบท่อปัสสาวะให้แคบลง ส่งผลให้ผู้ป่วยปัสสาวะลำบากหรือติดขัด ต่อมลูกหมากโตยังเป็นสาเหตุให้ผนังกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะหนาตัวขึ้น เนื่องจากต้องบีบตัวแรงขึ้นเพื่อขับน้ำปัสสาวะให้ผ่านทางท่อแคบที่ถูกแรงกดอยู่ และเมื่อผนังกระเพาะปัสสาวะหนาตัวขึ้นจะส่งผลต่อความสามารถในการกักเก็บน้ำปัสสาวะลดลงทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะบ่อย และอาจได้รับการกระตุ้นให้ปวดปัสสาวะอย่างกะทันหันได้ (กรณ นงค์กระโทก, ลินจง โปธิบาล และโรจน์ จินตนาวัฒน์, 2563; Ng, Leslie, & Baradhi, 2024)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่งเสริมที่ส่งผลต่อการเกิดโรคต่อมลูกหมากโต (Ng, Leslie, & Baradhi, 2024) ได้แก่

1. พันธุกรรม พบว่า ภาวะต่อมลูกหมากโตมักพบในบุคคลที่มีบิดา ญาติพี่น้อง หรือบุคคลในครอบครัวเป็นโรคต่อมลูกหมากโต โดยเฉพาะหากมีเครือญาติสายตรงระดับแรก (First-Degree Relatives) มีความเสี่ยงต่อการเกิดต่อมลูกหมากโตเพิ่มขึ้น 4 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Li, Zhao, Zhang, & Smith, 2020)

2. โรคประจำตัวที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและภาวะ Metabolic Syndrome เช่น โรคอ้วน (Obesity) และโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการเกิดภาวะต่อมลูกหมากโต โดยกลไกที่เป็นไปได้ ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของระดับการอักเสบในระบบ (Systemic Inflammation) การดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) (Ng, Leslie, & Baradhi, 2024) ซึ่งในสภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน Insulin Growth Factor (IGF) ตลอดเวลาเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะต่อมลูกหมากโต นอกจากนี้การใช้ยารักษาเบาหวาน โดยเฉพาะ Insulin จะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการเกิดภาวะต่อมลูกหมากโต อาการของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS)) และความจำเป็นในการผ่าตัดต่อมลูกหมาก (Ng, Leslie, & Baradhi, 2024)

3. รูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันที่ส่งเสริมให้มีอาการของต่อมลูกหมากโตเพิ่มมากขึ้น เช่น การรับประทานอาหารพลังงานสูงบ่อยเกินไป อาทิ อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต และไขมันเป็นประจำ เช่น ขนมปัง ขนมหวาน ของทอด ของมัน นม ผลิตภัณฑ์นม ธัญพืช ขนมปัง สัตว์ปีก และแป้ง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงของภาวะต่อมลูกหมากโต (ทิปภา แจ่มกระจ่าง และพัสนมณต์ คุ่มทวีพร, 2558) รวมไปถึงการรับประทานอาหารประเภทผักที่มีสารเบต้าแคโรทีน แคโรทีนอยด์ ผลไม้ กรดไขมันไม่อิ่มตัว กรดไลโนเลอิก วิตามินเอ วิตามินดี และอาหารที่มีแร่ธาตุสังกะสีในปริมาณน้อยเนื่องจากอาหารเหล่านี้ส่งผลต่อการควบคุมอาการของต่อมลูกหมากโต (Das & Buchholz, 2019) และการไม่ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง (Xia et al., 2021) การดื่มแอลกอฮอล์

ในปริมาณมาก การบริโภคคาเฟอีนในปริมาณสูง และการได้รับวิตามินซีในขนาดเสริมที่สูงเกินไป มีแนวโน้มที่จะเพิ่มความเสี่ยงและอาการของต่อมลูกหมากโตได้ (Ng, Leslie, & Baradhi, 2024)

อาการของโรคต่อมลูกหมากโต

ต่อมลูกหมากที่มีขนาดโตขึ้นและเบียดคอกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะทำให้ท่อปัสสาวะแคบลงทางเดินปัสสาวะอุดตันทำให้เกิดภาวะผิดปกติ ของการขับถ่ายปัสสาวะส่วนล่าง (Lower Urinary Tract Obstruction) โดยแสดงอาการแก่ผู้ป่วย ได้แก่ (Lim, 2017)

1. อาการระคายเคืองทางเดินปัสสาวะ (Irritative Symptoms) ทำให้เกิดอาการปัสสาวะบ่อย อาการปัสสาวะเร่งรีบ (Urgency) ต้องรีบไปปัสสาวะเมื่อรู้สึกปวดโดยไม่สามารถปฏิเสธหรือเลื่อนการปัสสาวะครั้งนั้นได้ อาจมีปัญหาปัสสาวะเล็ดราดร่วมด้วยได้ (Urge Urinary Incontinence) และอาการตื่นมาปัสสาวะตอนกลางคืน (Nocturia) ซึ่งขณะนอนหลับต้องตื่นมาปัสสาวะมากกว่า 2 ครั้งต่อคืน

2. อาการอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ (Obstructive Symptoms) ทำให้เกิดอาการปัสสาวะไม่พุ่งลำ ปัสสาวะเล็กลง ปัสสาวะออกช้า (Urinary Hesitancy) ต้องใช้เวลาสักพักปัสสาวะจึงจะออก ซึ่งโดยปกติเมื่อขับถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะจะออกทันทีภายหลังกลั้นเนื้อหูดกระเพาะปัสสาวะคลายตัว ปัสสาวะสะดุด (Intermittency) หรือขาดเป็นช่วง ๆ ปัสสาวะหยด (Post Void Dribbling) หลังการถ่ายปัสสาวะเสร็จมีปัสสาวะหยดออกมา ซึ่งเกิดจากปัสสาวะที่ค้างอยู่ในท่อปัสสาวะ และต้องออกแรงเบ่งปัสสาวะ (Straining) เป็นการใช้แรงดัน อาการของโรคต่อมลูกหมากโตจะค่อย ๆ เป็นมากขึ้นอย่างช้า ๆ จนกระทั่งต่อมลูกหมากโตมากและกดท่อปัสสาวะอย่างรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการถ่ายปัสสาวะไม่ออก มีความรู้สึกปวดปัสสาวะ ปวดตึงท้องน้อย และคลำได้ก้อนของกระเพาะปัสสาวะที่มีปัสสาวะคั่งอยู่เต็ม โรคต่อมลูกหมากโตหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธีอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิด เกิดการติดเชื้อได้ง่ายจากการถ่ายปัสสาวะออกไม่หมดทำให้มีการคั่งค้าง ซึ่งทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อ เช่น กระเพาะปัสสาวะอักเสบ กรวยไตอักเสบ อาจทำให้กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะลำพองกระเพาะปัสสาวะหย่อนยานหรือเป็นถุงโป่งพอง หรือเกิดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ ในรายที่มีการอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะอยู่นาน อาจทำให้ท่อไตและไตบวม ไตวาย และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นการมาพบแพทย์ได้เร็วเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติ ช่วยลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่รุนแรงได้มาก (Ng, Leslie, & Baradhi, 2024)

ผลกระทบของโรคต่อมลูกหมากโต

อาการของโรคต่อมลูกหมากโตจะเป็นไปอย่างช้า ๆ จนกระทั่งต่อมลูกหมากโตมาก และกดท่อปัสสาวะอย่างรุนแรงนำมาซึ่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในหลายด้าน ซึ่งผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ การเกิดภาวะผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ เนื่องจากต่อมลูกหมากโตเป็นสาเหตุให้เกิดอาการปัสสาวะลำบาก (Dysuria) เกิดการ

ขยายตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ (Hypertrophy of Detrusor Muscle) ทำให้การควบคุมการไหลของปัสสาวะผิดปกติ ปัสสาวะท้น กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในระยะยาวส่งผลต่อประสิทธิภาพการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ นำไปสู่การคั่งค้างของน้ำปัสสาวะก่อให้เกิดนิ่วในไตได้ (จักรพงษ์ จิรสิริธรรม, 2567) ทำให้การทำงานของไตเสื่อมลงส่งผลให้ไตวายได้ในที่สุด รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ อาจนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือดและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ (Ouyang, Zhou, Liu, Wang, & Lu, 2025) ผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ ผู้สูงอายุจะเกิดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ เนื่องจากการปัสสาวะบ่อยที่ไม่สามารถควบคุมได้และอาการปวดขณะปัสสาวะทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอจากการปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน หรือกังวลเกี่ยวกับการปวดปัสสาวะทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับหรือคุณภาพการนอนหลับไม่ดี พบได้ร้อยละ 78.30 มีข้อจำกัดในเรื่องการเดินทางเนื่องจากวิตกกังวลจะปวดปัสสาวะในระหว่างการเดินทางพบได้ร้อยละ 65.20 (An et al., 2024) และยังทำให้มีแนวโน้มที่จะมีอาการซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรคต่อมลูกหมากโต พบได้ถึงร้อยละ 52.16 (Liu et al., 2023) ผลกระทบด้านสังคม ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลลดลง เกิดความอาย สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง และยังผลให้การปฏิบัติกิจกรรมทางเพศลดลงด้วย (Yim et al., 2015) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การมีค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลานานจากโรคเรื้อรัง ยามีราคาค่อนข้างแพง และหากการรักษาด้วยยาไม่ได้ผลจำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยการผ่าตัด ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Wymer, Thao, Narang, Borah, Cheney, & Humphreys, 2024) หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการประเมินตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นและไม่ได้รับคำแนะนำ ในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง จะนำมาซึ่งความรุนแรงของโรคและปัญหาที่ซับซ้อนได้

การรักษา

การรักษาโรคต่อมลูกหมากโตจะคำนึงถึงความรุนแรงของอาการที่ปรากฏซึ่งการรักษามี 3 แบบ ได้แก่

1. การรักษาโดยการเฝ้ารออาการ (Watchful Waiting) (Ng, Leslie, & Baradhi, 2024) ในรายที่เป็นต่อมลูกหมากโตระยะเริ่มแรก มีอาการไม่มากหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยและไม่รบกวนวิถีชีวิตประจำวันมากเกินไป ตรวจไตของผู้ป่วยยังคงเป็นปกติ ไม่มีอาการติดเชื้อ ไม่มีอาการอักเสบ และแน่ใจว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นมะเร็ง แพทย์ก็จะยังไม่ให้การรักษาเพียงแต่เฝ้าติดตามอาการเป็นระยะ และแนะนำให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ปัสสาวะบ่อยเพราะดื่มน้ำมาก โดยเฉพาะก่อนเข้านอนควรลดปริมาณการดื่มน้ำให้น้อยลงและปัสสาวะก่อนเข้านอน เพื่อป้องกันการลุกลามปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน หากรู้สึกปวดปัสสาวะควรรีบถ่ายปัสสาวะไม่ควรกลั้นไว้นาน ซึ่งปริมาณปัสสาวะที่เหมาะสมในการขับถ่ายแต่ละครั้ง คือ ประมาณ 1 แก้ว หรือขับถ่ายปัสสาวะให้ห่างกันประมาณ 2 ชั่วโมง งดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด เนื่องจากแอลกอฮอล์

จะกระตุ้นการขับปัสสาวะออกมามาก ควรหามันจกัรยานหรือทำกิจกรรมที่สะท้อนต่อต่อมลูกหมาก และสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ แต่หากมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะมากขึ้นควรรีบไปพบแพทย์

2. การรักษาด้วยการใช้ยา (Medical Management) ในรายที่มีอาการปัสสาวะลำบากมากขึ้น จนมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตประจำวันและความเป็นอยู่ หรือในรายที่เป็นมาก แต่อยู่ในระหว่างรอการผ่าตัด แพทย์จะให้การรักษาด้วยยาตามความเหมาะสม ได้แก่ ยากลุ่มปิดกั้นแอลฟา (Alpha-Blockers) เช่น ยาปราโซซิน (Prazosin) ให้ในขนาด 2 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง, ยาเทราโซซิน (Terazosin) ให้ในขนาด 2-10 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้งก่อนนอน, ยาดอกซาโซซิน (Doxazosin) ให้ในขนาด 4-8 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้งก่อนนอน เป็นต้น ซึ่งยาในกลุ่มนี้จะมีฤทธิ์ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อต่อมลูกหมากและกล้ามเนื้อหูรูดที่คอกระเพาะปัสสาวะ มีผลทำให้ถ่ายปัสสาวะได้คล่องขึ้น นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ลดความดันโลหิต จึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์แอลฟารีดักเตส (Alpha Reductase Inhibitors) เช่น ยาฟิแนสเทอไรด์ (Finasteride) ในขนาด 5 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ซึ่งต้องรับประทานติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน จึงจะเห็นผล โดยยาจะมีฤทธิ์ยับยั้งไม่ให้เทสโทสเตอโรนเปลี่ยนเป็นไดไฮโดรเทสโทสเตอโรน (Dihydrotestosterone) ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้ต่อมลูกหมากโต ทำให้ต่อมลูกหมากเล็กลงได้ประมาณ 30% อีกทั้งยานี้ยังมีข้อดีทำให้ผมดกขึ้นด้วย จึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่มีปัญหาเรื่องผมบางหรือศีรษะล้านร่วมด้วย (Estill, Ford, Omeira, & Rodman, 2023) แต่การรักษาด้วย Finasteride มีผลข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุด คือ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Erectile Dysfunction) ภาวะหลังผิดปกติ (Ejaculatory Dysfunction) และภาวะความต้องการทางเพศลดลง (Decreased Libido) จึงควรให้คำแนะนำผู้สูงอายุสังเกตตนเองหากผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงทางเพศ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ ซึ่งแพทย์จะพิจารณาหยุดยา และติดตามอาการเพื่อดูการทำงานทางเพศ (Estill, Ford, Omeira, & Rodman, 2023)

3. การรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgery) ในรายที่ใช้ยารักษาไม่ได้ผล หรือมีอาการปัสสาวะไม่ออกเรื้อรัง ปัสสาวะปนเลือด เป็นโรคติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะบ่อย มีอาการไตเสื่อม มีนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ หรือผนังกระเพาะปัสสาวะหย่อนยานหรือเป็นถุงโป่งพอง แพทย์จะทำการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องผ่านท่อปัสสาวะ (Transurethral Resection of the Prostate (TURP)) เพื่อเข้าไปตัดชิ้นเนื้อส่วนที่เกินออกมาจากต่อมลูกหมากเป็นวิธีผ่าตัดที่นิยมใช้เป็นส่วนใหญโดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก หรือมีภาวะแทรกซ้อน ในระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการวางยาเฉพาะส่วนล่าง จึงทำให้ไม่รู้สึเจ็บ ในระยะ 3-4 วันแรกต้องใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะได้พัก และรอให้ปัสสาวะใสจึงจะสามารถนำสายสวนปัสสาวะออกได้ การผ่าตัดชนิดนี้ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นภายใน 2-4 สัปดาห์ (Ng, Leslie, & Baradhi, 2024) นอกจากนี้ยังมีการผ่าตัดโดยการเปิดเข้าหน้าท้อง (Suprapubic หรือ Radical Retropubic Prostatectomy (RRP)) หากต่อมลูกหมากมีขนาดใหญ่มากเพื่อนำเนื้อเยื่อส่วนเกินออกมา ซึ่งวิธีการผ่าตัดโดยการเปิดเข้าหน้าท้องนี้อาจทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ และเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

มากกว่าการผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องผ่านท่อปัสสาวะ (Castellan, Ferretti, Litterio, Marchioni, & Schips, 2023) ปัจจุบันยังมีการผ่าตัดต่อมลูกหมากด้วยหุ่นยนต์ (Robotic Prostatectomy) ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่มีบาดแผลน้อยที่สุด ระบบการผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ช่วยให้ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดต่อมลูกหมากได้ด้วยการมองเห็นการควบคุมและความแม่นยำที่เพิ่มขึ้นผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วในเวลา 2-3 วัน (Wang et al., 2023)

นอกจากนี้ยังมีการรักษาที่ไม่มุ่งเน้นการผ่าตัด เป็นการรักษาด้วยวิธีอื่นที่ง่ายและมีความเสี่ยงน้อยกว่าการผ่าตัด เช่น การขยายท่อปัสสาวะโดยการใส่ท่อคาไว้ (Prostatic Stent) ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดไม่ได้หรือปฏิเสธการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด การจี้ต่อมลูกหมากด้วยแสงเลเซอร์ (Transurethral Incision of the Prostate (TUIP)) หรือการจี้ต่อมลูกหมากด้วยไฟฟ้า (Transurethral Electrovaporization of the Prostate (TUVAP)) การใช้คลื่นความร้อน เช่น คลื่นไมโครเวฟ (Transurethral Microwave Thermotherapy of the Prostate (TUMT)), คลื่นอัลตราซาวด์ (High-Intensity Focused Ultrasound (HIFU)), คลื่นวิทยุ (Radiofrequency Vaporization) ผ่านเข้าไปที่ต่อมลูกหมากเพื่อทำให้เกิดความร้อนบริเวณต่อมลูกหมากจนเนื้อเยื่อตายต่อมลูกหมากก็จะฝ่อและเล็กลง ทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะได้สะดวกขึ้น และยังสามารถดำเนินการรักษาในขณะที่เป็นผู้ป่วยนอกได้ แต่หากเกิดมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น แพทย์จะให้การรักษาตามภาวะที่เป็น เช่น ให้อาบน้ำอุ่นเพื่อรักษาโรคติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ ใช้สายสวนปัสสาวะในรายที่ปัสสาวะไม่ออก (Ng, Leslie, & Baradhi, 2024)

แม้ว่าการรักษาในปัจจุบันจะได้ผลดี สะดวก ไม่ยุ่งยาก แต่ในผู้สูงอายุอาจพบข้อจำกัดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราของผู้สูงอายุ การรักษาด้วยการใช้ยาจึงทำให้ร่างกายขับสารเคมีออกจากร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพลดลง และใช้เวลานานในการขับยาออกจากร่างกาย จึงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา สำหรับการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่ได้ผลดี และเป็นที่ยอมรับ แต่ในผู้สูงอายุมักเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในขณะที่ทำการผ่าตัด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนมีการอุดตันทางเดินปัสสาวะหรือการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ส่วนหลังการผ่าตัดอาจเกิดการควบคุมการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ และใช้เวลาในการพักฟื้นในโรงพยาบาลนาน 3-5 วัน และพักฟื้นจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันนาน 4-6 สัปดาห์ (Wang et al., 2023) ดังนั้นหากพยาบาลมีการให้ความรู้และคำแนะนำส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นที่ปัญหายังไม่รุนแรง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตได้มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคจะช่วยลดความรุนแรง และผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติได้ (อภิรักษ์ ประจวบ, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และกนกพร สุคำวัง, 2564)

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management)

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ที่พัฒนาโดย Kate Lorig และ Halsted Holman ในปี ค.ศ. 2003 เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อโรคและผลกระทบจากการรักษา ซึ่งบุคคลนั้นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค

การรักษาการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และมีการฝึกทักษะเพื่อให้เกิดการจัดการตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพให้สามารถควบคุมโรคและอาการที่เกิดขึ้นจากการรักษา โดยการจัดการตนเองต้องกระทำร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ แนวคิดของลอริก และโฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) มีกรอบแนวคิดสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านการรักษา (Medical Management) การจัดการด้านบทบาทการดำรงชีวิตประจำวัน (Role Management) และการจัดการด้านการจัดการทางอารมณ์ (Emotion Management) โดยรายละเอียดการจัดการตนเองในแต่ละด้านมีดังต่อไปนี้

1. การจัดการตนเองด้านการรักษา (Medical Management) หมายถึง กระบวนการที่ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาและควบคุมภาวะสุขภาพของตนเอง โดยรวมถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ การใช้ยาอย่างถูกต้อง การติดตามอาการของโรค และการดูแลสุขภาพโดยรวมเพื่อควบคุมโรคให้อยู่ในภาวะที่สมดุล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modifications) ได้แก่ การจัดการเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การดื่มน้ำ การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย

1.2 การจัดการด้านพฤติกรรม ได้แก่ การฝึกกระเพาะปัสสาวะ การปรับนิสัยการขับถ่ายปัสสาวะ การบริหารกล้ามเนื้อพื้นเชิงกราน และการบันทึกจำนวนครั้งของการปัสสาวะต่อวัน

1.3 การรับประทานยา ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการรับประทานยา และการสังเกตอาการข้างเคียง

1.4 การเข้ารับการตรวจติดตามการนัดหมายของแพทย์

2. การจัดการตนเองด้านบทบาทในการดำรงชีวิตประจำวัน (Role Management) หมายถึง การปรับตัวให้สามารถรักษาบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบในชีวิตประจำวัน ทั้งในครอบครัว การทำงาน และสังคม แม้จะต้องอยู่ร่วมกับโรคหรือข้อจำกัดทางสุขภาพ เนื่องจากโรคเรื้อรังไม่เพียงส่งผลต่อร่างกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อบทบาททางสังคมและจิตใจของผู้ป่วยด้วย การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำรงบทบาทสำคัญในชีวิตได้ จะช่วยให้รู้สึกมีคุณค่า มีจุดมุ่งหมาย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตามแนวคิดของ Lorig และ Holman (2003) จึงมีจุดเน้นให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังสามารถดำรงชีวิตได้อย่างใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด แม้จะมีข้อจำกัดจากโรคหรือภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือปรับบทบาทที่ตนเองดำรงอยู่ตามบทบาทเดิมให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย

2.2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมตอบสนองความต้องการพื้นฐาน

2.3 การทำหน้าที่บทบาทในครอบครัวและสังคมในขณะที่ยังดูแลตนเองจากภาวะเรื้อรัง

2.4 การใช้กลยุทธ์จัดการเวลาและพลังงาน เพื่อไม่ให้ภาวะเจ็บป่วยกระทบต่อบทบาทที่สำคัญในชีวิต

2.5 การยอมรับบทบาทใหม่ที่เหมาะสมกับศักยภาพของตนเองในปัจจุบัน เช่น เปลี่ยนจากบทบาท "ผู้ทำ" มาเป็น "ผู้วางแผนหรือผู้แนะนำ"

3. การจัดการตนเองด้านการจัดการกับอารมณ์ (Emotion Management) หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถรับมือกับความรู้สึกและอารมณ์ด้านลบที่เกี่ยวข้องกับการมีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความโกรธ ความเศร้า ท้อแท้ใจ หรือภาวะซึมเศร้า เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีจิตใจที่เข้มแข็ง เนื่องจากภาวะสุขภาพเรื้อรังมักมีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ความเจ็บปวดเรื้อรัง ความเหนื่อยล้า หรือการสูญเสียความสามารถในการใช้ชีวิตตามปกติ ซึ่งอาจนำไปสู่ความรู้สึกสิ้นหวังหรือการแยกตัวทางสังคม Emotional Management จึงมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักรู้และยอมรับความรู้สึกของตนเองพัฒนาเทคนิคหรือวิธีการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม เช่น การฝึกผ่อนคลาย การพูดคุยกับผู้อื่น หรือการขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญรักษาสภาวะทางอารมณ์ที่มั่นคง ซึ่งเอื้อต่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 การฝึกหายใจลึกหรือสมาธิเพื่อควบคุมความวิตกกังวล

3.2 การเข้ากลุ่มสนับสนุนหรือกลุ่มผู้ป่วยร่วมโรคเพื่อแบ่งปันประสบการณ์

3.3 การเขียนบันทึกเพื่อระบายอารมณ์

3.4 การปรึกษาปัญหากับบุคคลที่ไว้วางใจ บุคคลในครอบครัวและบุคคลากรทางสุขภาพ

นอกจากนี้แนวคิดการจัดการตนเองจะประสบความสำเร็จได้ยังต้องคำนึงถึงทักษะที่จำเป็นต่อการจัดการตนเองจำนวน 6 ประการ ได้แก่ การแก้ปัญหา (Problem Solving) การตัดสินใจ (Decision Making) การใช้ทรัพยากร (Resource Utilization) การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Formation of a Patient-Provider Partnership) การวางแผนการดำเนินงาน (Action Planning) และการปรับเปลี่ยนตนเองอย่างเหมาะสม (Self-Tailoring) ซึ่งการจัดการตนเองจะเน้นการจัดการกับปัญหาที่ผู้ป่วยตระหนักเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองที่เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีการระบุทักษะที่จำเป็นที่จะต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วย มีการพัฒนาความสามารถเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง อันจะนำไปสู่การควบคุมโรคและผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยที่ดีขึ้น

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรับผิดชอบต่อการจัดการตนเองในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคต่อมลูกหมากโตโดยพยาบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุนการจัดการตนเองจำเป็นต้องให้ความรู้และคำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุมารวมทั้งให้มีการฝึกทักษะที่สำคัญในการจัดการตนเองนอกจากนี้การส่งเสริมให้เห็นตัวอย่างหรือประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น ก็ยังนำไปสู่การจัดการตนเองที่ถูกต้องมากขึ้น

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโตตามแนวคิดของ Lorig & Holman (2003) มุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะในการจัดการอาการ การรักษา และวิถีชีวิตของตนเอง พยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโตสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาทการดำรงชีวิตประจำวัน และการจัดการด้านการจัดการทางอารมณ์ ดังนี้

1. การจัดการด้านการรักษา (Medical Management)

พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการของภาวะต่อมลูกหมากโตและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

1.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อธิบายเกี่ยวกับภาวะต่อมลูกหมากโต สาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษาและแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม

1.2 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มอัลฟา-บล็อกเกอร์ (Alpha-blockers) เป็นยาในกลุ่มช่วยคลายกล้ามเนื้อเรียบบริเวณต่อมลูกหมากและกระเพาะปัสสาวะ ลดแรงต้านทางเดินปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะได้สะดวกขึ้นออกฤทธิ์รวดเร็ว เห็นผลใน 1-2 วัน หลังเริ่มใช้ ทำให้ลดอาการปัสสาวะติดขัด ปัสสาวะช้า ได้อย่างรวดเร็ว แต่มีผลข้างเคียงที่พบบ่อย คือความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Orthostatic Hypotension) วิงเวียนศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว ปริมาณน้ำอสุจิลดลง เมื่อยล้า และปวดศีรษะ ผู้สูงอายุจึงควรรับประทาน ก่อนนอน เพื่อลดผลของความดันต่ำ หลีกเลี่ยงการขับรถหรือใช้เครื่องจักรในช่วงเริ่มยา แจ้งแพทย์หากมีอาการหน้ามืด หรือใจสั่นมาก ผิดปกติ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) ส่วนยาในกลุ่ม 5-Alpha Reductase Inhibitors (5-ARIs) ช่วยชะลอการโตของต่อมลูกหมาก เริ่มเห็นผลชัดเจนที่ 3-6 เดือน หลังเริ่มใช้ ช่วยลดโอกาสต้องผ่าตัดหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปัสสาวะไม่ออกเฉียบพลัน มีผลข้างเคียงที่พบบ่อย คือสมรรถภาพทางเพศลดลง เช่น ความต้องการทางเพศต่ำ แข็งตัวไม่เต็มที่ น้ำอสุจิลดลง หรือไม่มีการหลั่ง เกิดภาวะซึมเศร้า (ในบางราย) อาจมีภาวะ Gynecomastia (เต้านมโต) ในผู้ชายบางคน พยาบาลจึงควรแจ้งผู้ป่วยว่าเป็นยาที่เห็นผลช้า ต้องใช้ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน จึงเห็นผลในการรักษา อาการข้างเคียงอาจเกิดชั่วคราวในช่วงเริ่มใช้ยาและอาจดีขึ้นได้เมื่อใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (Salisbury, Leslie, & Tadi, 2024)

1.3 ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ แนะนำให้ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

1.3.1 หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ชา กาแฟ เครื่องดื่มซึ่งอาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อมลูกหมากโต ก่อให้เกิดการขยายกระเพาะปัสสาวะ และสูญเสียความตึงตัวของกระเพาะปัสสาวะ เกิดปัสสาวะคั่งค้าง

1.3.2 หลีกเลี่ยงการกลั้นปัสสาวะและควรทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังถ่ายปัสสาวะ

1.3.3 สอนให้มีการฝึกการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (Kegel Exercise)

1.3.4 สอนเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคต่อมลูกหมากโต (ยมนา ชนะนิล และณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์, 2565) ดังนี้ บริโภคผักและผลไม้เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผักผลไม้ที่อุดมไปด้วย เบต้าแคโรทีน ลูทีน ซีแซนทีน และวิตามินซี พบได้ใน แครอท ผักขม มันเทศ บร็อคโคลี่ กระหล่ำปลี ข้าวโพด ส้ม เมล่อน กีวี และผักจำพวก หัวหอม กระเทียม ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดต่อมลูกหมากโตจำกัด หรือหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์จากสัตว์และน้ำมันพืช เนื้อวัวและผลิตภัณฑ์จากนมวัวเนื่องจากเสี่ยงต่อเกิดภาวะต่อมลูกหมากโต ควรรับประทานอาหารและผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลืองให้มากขึ้น ซึ่งในถั่วเหลืองพบสาร Isoflavones ที่มีส่วนช่วยยับยั้ง 5-Alpha Reductase และ Aromatase ช่วยลดการเพิ่มขึ้นของเอสโตรเจน ลดการโตของต่อมลูกหมาก แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารรสเผ็ด ลดการบริโภคอาหารกลุ่มให้พลังงานสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดต่อมลูกหมากโตได้

1.4 เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน สังเกตอาการแทรกซ้อน เช่น ปัสสาวะไม่ออกเฉียบพลันติดขัดทางเดินปัสสาวะ หรือภาวะไตเสื่อม และแนะนำให้มาพบแพทย์เมื่อมีอาการแทรกซ้อนหรือมีภาวะจำเป็น รวมทั้งสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด อย่างน้อย 6 เดือน ถึง 1 ปี รวมทั้งการตรวจทางทวารหนัก การตรวจระบบทางเดินปัสสาวะเพื่อติดตามการกำเริบของโรค การติดขัด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (Ng, Leslie, & Baradhi, 2024)

2. การจัดการด้านบทบาทการดำรงชีวิตประจำวัน (Role Management)

พยาบาลช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับข้อจำกัดของภาวะต่อมลูกหมากโต และรักษาคุณภาพชีวิตที่ดี ผ่านการส่งเสริมบทบาทและพฤติกรรมที่เหมาะสม ได้แก่ (อภินภัส ประจวบ, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และกนกพร สุคำวัง, 2564)

2.1 การปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิต แนะนำให้มีการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดิน การทำกายบริหาร และการควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักส่วนเกิน โดยรับประทานอาหารประเภทพืชผักใบเขียว มะเขือเทศสุก และผักดอกกะหล่ำ ผลไม้ ธัญพืชเต็มเมล็ด ถั่ว ปลา และควรลดการรับประทานเนื้อแดง อาหารไขมันสูง ผลิตภัณฑ์จากนม นม เนย คาเฟอีนและแอลกอฮอล์ เพื่อควบคุมน้ำหนักและลดความเสี่ยง BPH ไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น (Mousavi et al., 2024)

2.2 สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตัวเลือกการรักษาที่มี เช่น การใช้ยา การรักษาด้วยความร้อน หรือการผ่าตัด และสามารถเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง

2.3 ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางเพศ เนื่องจากภาวะต่อมลูกหมากโตอาจมีผลต่อสมรรถภาพทางเพศ พยาบาลควรประเมินความกังวลทางเพศ ซึ่งปัญหาทางเพศที่พบบ่อย ได้แก่ อวัยวะเพศไม่แข็งตัว (Erectile Dysfunction-ED) การหลั่งเร็ว (Ejaculation Problems) ความต้องการทางเพศลดลง ปัญหาเหล่านี้เกิดจากตัวโรคและภาวะข้างเคียงของการรักษา เช่น การได้รับยาในกลุ่ม 5-Alpha Reductase Inhibitors ที่ลดขนาด

ของต่อมลูกหมากทำให้อวัยวะเพศไม่แข็งตัวและความต้องการทางเพศลดลง และผลข้างเคียงการรักษาด้วยการผ่าตัด TURP อาจทำให้เกิดการหลั่งเร็ว อวัยวะเพศไม่แข็งตัว เป็นต้น พยาบาลจึงควรให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลกระทบของโรคและแนะนำการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยแต่ไม่จำเป็นต้องงดการมีเพศสัมพันธ์ (Salisbury, Leslie, & Tadi, 2024)

2.4 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว กระตุ้นให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแล เช่น การสนับสนุนด้านอารมณ์และการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3. การจัดการด้านการจัดการทางอารมณ์ (Emotional Management)

พยาบาลสามารถช่วยสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจเนื่องจากภาวะต่อมลูกหมากโตอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด หรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทั้งจากการเจ็บป่วยและรักษา มีความกังวลใจ กลัวสูญเสียสมรรถนะทางเพศ รวมถึงการกลัวการเป็นมะเร็ง กลัวผลกระทบที่จะเกิดขึ้น หรือมีความเครียดที่เพิ่มขึ้นจากความเข้าใจการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นเป้าหมายของการพยาบาลการจึงต้องส่งเสริมการจัดการทางอารมณ์ เพื่อลดความวิตกกังวลและให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ความกลัวลดลงและสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมผ่านแนวทางต่อไปนี้ (กรณ์ นงค์กระโทก, ลินจง โปธิบาล และโรจน์ จินตนาวัฒน์, 2563)

3.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยแสดงถึงความอกเข้าใจและเห็นใจเต็มใจที่จะช่วยเหลือเห็นความสำคัญของปัญหา สร้างความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อโรค ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับภาวะของตนเอง และมองหาแนวทางการจัดการที่เหมาะสมประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยช่วยให้ ผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์ เสริมสร้างความไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล

3.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา การตรวจพิเศษ ภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ของการรักษาและลดความ กังวล สร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง แต่ควรระวังการให้ข้อมูลที่อาจเพิ่มความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยดังนั้นจึงต้องประเมินการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยก่อน

3.3 สร้างทัศนคติที่ดีให้กับผู้ป่วยให้เกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจ ปกป้องรักษาความลับของผู้ป่วยให้เกิดการยอมรับและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

3.4 พุดคุยให้คลายความวิตกกังวลเปิดโอกาสให้ซักถาม ตอบคำถาม ชี้แจงความเข้าใจผิด และช่วยหาวิธีการแก้ปัญหา

3.5 ฝึกเทคนิคการจัดการความเครียด เช่น การฝึกหายใจลึก การทำสมาธิ หรือการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

3.6 ให้การสนับสนุนทางสังคม แนะนำให้เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต หรือพบปะพูดคุยกับเพื่อนและครอบครัวเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์

3.7 เผื่อระวังภาวะซึมเศร้า หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ารุนแรง พยาบาลควรส่งต่อให้แพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

บทสรุป

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต ตามแนวคิดของ Lorig & Holman (2003) โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการและภาวะแทรกซ้อน ปรับเปลี่ยนบทบาทและพฤติกรรมเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม และรับมือกับปัญหาทางอารมณ์ และจิตใจ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นในขณะที่มีการเจ็บป่วยและมีการดำเนินของโรค

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีแนวทางในการจัดการตนเองในด้านของการรักษา การเปลี่ยนบทบาท พฤติกรรมในการดูแลตนเอง และรับมือกับปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ และควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการ พัฒนารูปแบบของการให้ความรู้ในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต รวมไปถึงการเสริมสร้าง ศักยภาพหรือการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และ อยู่ร่วมกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กรณ์ นงค์กระโทก, ลินจง โปธิบาล และโรจน์ จินตนาวัฒน์. (2563). ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต: การศึกษาความสัมพันธ์. *วารสารสภากาพยาบาล*, 35(1), 31-45.
- จักรพงษ์ จิรสิริธรรม. (2567). *ต่อมลูกหมากโต ภัยร้ายที่ผู้ชายต้องเจอ*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2568 จาก <https://www.princsuvarnabhumi.com/articles/enlarged-prostate>.
- ทีปภา แจ่มกระจ่าง และพัสนมภ์ คุ่มทวีพร. (2558). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ทีเอสบี โปรดักส์.
- ยมนา ชนะนิล และณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์. (2565). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต. *วารสารวิจัย สุขภาพและการพยาบาล*, 38(2), 11-23.
- วนิดา พึ่งชมภู. (2563). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ*. เชียงใหม่: เอ็น.พี.ที.ปรี้นติ้ง.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2560). *การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 2*. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตติ้งแอนด์เซอร์วิส จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *รายงานสถิติประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2568). จำนวนผู้ป่วยใน (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว) รวมทุกการวินิจฉัยโรค จำแนกตามเพศและโรค/กลุ่มโรค 298 โรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 ทั้รราชอาณาจักร พ.ศ. 2560-2566. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2568 จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?impt_branch=305.
- อภินิธิส ประจวบ, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และกนกพร สุคำวัง. (2564). ปัจจัยทำนายนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต. *พยาบาลสาร*, 48(2), 146-157.
- An, Z., et al. (2024). Life disturbance and hospital visit experiences among Chinese patients with benign prostatic hyperplasia: A qualitative study. *BMC Primary Care*, 25(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02378-5>
- Castellan, P., Ferretti, S., Litterio, G., Marchioni, M., & Schips, L. (2023). Management of urinary incontinence following radical prostatectomy: Challenges and solutions. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 19, 43-56. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S283305>
- Chen, X., et al. (2025). Comprehensive analysis of the global, regional, and national burden of benign prostatic hyperplasia from 1990 to 2021. *Scientific Report*, 15. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-90229-3>
- Das, K., & Buchholz, N. (2019). Benign prostate hyperplasia and nutrition. *Clinical Nutrition ESPEN*, 33, 5-11. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2019.07.015>
- Estill, M. C., Ford, A., Omeira, R., & Rodman, M. (2023). Finasteride and dutasteride for the treatment of male androgenetic alopecia: A review of efficacy and reproductive adverse effects. *Georgetown Medical Review*, 7(1). <https://doi.org/10.52504/001c.88531>
- Lorig, K. R. & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Lim, K. B. (2017). Epidemiology of clinical benign prostatic hyperplasia. *Asian Journal of Urology*, 4(3), 148-151. <https://doi.org/10.1016/j.ajur.2017.06.004>
- Li, M., Zhao, Y., Zhang, Z., & Smith, J. A. (2020). Genome-wide association study identifies novel loci associated with benign prostatic hyperplasia. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, 23(4), 678-686. <https://doi.org/10.1038/s41391-020-00303-2>

- Liu, X., et al. (2023). The relationship between depression and benign prostatic hyperplasia in middle-aged and elderly men in India: A large-scale population study. *BMC Public Health*, 23, 2152. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17027-2>
- Mousavi, S. N., et al. (2024). Association between dietary phytochemical index and risk of benign prostatic hyperplasia: A case-control study. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 43(35). <https://doi.org/10.1186/s41043-024-00531-5>
- Ng, M., Leslie, S. W., & Baradhi, K. M. (2024). *Benign Prostatic Hyperplasia*. Retrieved June 12, 2025 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558920/>.
- Ouyang, C., Zhou, L., Liu, J., Wang, L., & Lu, Y. (2025). Benign prostatic hyperplasia increases long-term chronic kidney disease risk. *Mayo Clinic Proceedings*, 100(5), 790-800. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2024.11.024>
- Park, J., Suh, J., Yoo, S., Cho, M. C., & Son, H. (2020). Bladder wall thickness and detrusor wall thickness can help to predict the bladder outlet obstruction in men over the age of 70 years with symptomatic benign prostatic hyperplasia. *Investigative and Clinical Urology*, 61, 491-497. <https://doi.org/10.4111/icu.20190376>
- Salisbury, B. H., Leslie, S. W., & Tadi, P. (2024). *5 α -Reductase Inhibitors*. Retrieved June 12, 2025 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555930/>.
- United Nations. (2020). *World Population Ageing 2020 Highlights*. Retrieved December 15, 2024 from <https://www.un.org/development/desa/pd/news/world-population-ageing-2020-Highlights>.
- Wang, J., et al. (2023). Robot-assisted versus open radical prostatectomy: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Robotic Surgery*, 17, 2617-2631. <https://doi.org/10.1007/s11701-023-01714-8>
- Wymer, K. M., Thao, V., Narang, G., Borah, B. J., Cheney, S., & Humphreys, M. R. (2024). Evaluation of private payer and patient out-of-pocket costs associated with the surgical management of benign prostatic hyperplasia. *Urology*, 184, 87-93. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2023.11.015>
- Xia, B.-W., et al. (2021). Relationship between serum total testosterone and prostate volume in aging men. *Scientific Reports*, 11(14122), 1-7. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-93728-1>

- Yamada, Y., et al. (2020). Comparison of perioperative outcomes in elderly (age $\geq$ 75 years) vs. younger men undergoing robot-assisted radical prostatectomy. *PLOS ONE*, 15(6), e0234113. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234113>
- Yim, P. W., et al. (2015). Health-related quality of life, psychological well-being, and sexual function in patients with benign prostatic hyperplasia after prostatic surgery. *Applied Nursing Research: ANR*, 28(4), 274-280. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.02.007>

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ มีกำหนดในการตีพิมพ์เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เดือนเมษายน ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - เดือนสิงหาคม และฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - เดือนธันวาคม กองบรรณาธิการของวารสารขอเชิญผู้ที่สนใจ และสมาชิกทุกท่านส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ทั้งนี้ประเภทของผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ ได้แก่

1. บทความวิจัย (Research Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่ผู้เขียนเรียบเรียงจากงานวิจัยของตนเอง โดยเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิชาการ (Academic Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่ผู้เขียนต้องการนำเสนอเนื้อหาสาระจากเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยได้จากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์เชิงวิชาการของผู้เขียน โดยเป็นบทความวิชาการที่เกี่ยวกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. บทความปริทัศน์ (Review Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่มีการผสมผสานแนวคิด ผลงานวิจัยหลาย ๆ ชิ้นงาน โดยที่ผู้เขียนมีการสรุป วิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้ แนวคิด และผลการวิจัยจากงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้ในเรื่องนั้น ๆ และให้ข้อวิพากษ์ ที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์ความรู้ต่อไป

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงานเพื่อตีพิมพ์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขมีข้อตกลงในการส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ ดังนี้

1. ผลงานวิชาการนั้นต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ๆ ในเวลาเดียวกัน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการที่ไม่มี Proceedings
2. หากเป็นบทความวิจัย ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง
3. กองบรรณาธิการจะตรวจสอบคุณภาพผลงานวิชาการของผู้เขียน โดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหา นั้น ๆ จำนวนอย่างน้อย 3 ท่าน เพื่อพิจารณาประเมินคุณภาพผลงานก่อนตีพิมพ์ สำหรับข้อความหรือข้อคิดเห็นต่าง ๆ ของผู้เขียน เป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นชอบด้วยเสมอไป

4. การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ จะมีการทำอย่างเป็นระบบโดยไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double Blind- Peer Review) กองบรรณาธิการจะแจ้งความคืบหน้า และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิให้กับผู้เขียน เพื่อทำการแก้ไขบทความให้ถูกต้อง ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วส่งคืนเพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนตีพิมพ์เผยแพร่

การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์

ต้นฉบับของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ ต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word Windows ให้ตั้งค่าหน้ากระดาษ A4 (21×29.7 ซม.) โดยแบบอักษรใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 ในตาราง ใช้ขนาด 14 ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single Space) กำหนดระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 2.54 cm. ด้านขวา 2.54 cm. ควรมีความยาวไม่เกิน 15 - 20 หน้า (รวมตาราง รูปภาพ และรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง (Title) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้ตรงกลางหน้าแรก แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK ขนาด 18 ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษพิมพ์ตัวใหญ่ในอักษรตัวแรกของทุกคำ

2. ชื่อผู้เขียน (Author Name) พิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ วางถัดจากชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ โดยบรรทัดแรก ให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) ของผู้เขียนหลักและผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน บรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ของผู้เขียนหลักและผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน และบรรทัดถัดไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน โดยระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียน เพื่อแสดงรายละเอียดหน่วยงานต้นสังกัดและบรรทัดสุดท้าย ให้เขียนระบุชื่อผู้รับผิดชอบบทความ (Correspondence Author) ตามด้วยไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ของผู้รับผิดชอบบทความ

3. บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ไม่เกิน 1 หน้า และตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ เช่น คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, ...ระหว่างคำให้กันด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และเคาะเว้นวรรค 1 ครั้ง (ตัวอย่างในเอกสารภาคผนวกที่ 2) บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้า กำหนดคำสำคัญภาษาอังกฤษ (Keywords) 3-5 คำให้เขียนลักษณะเดียวกับภาษาไทย

ส่วนที่ 2 เนื้อหาของบทความวิจัย ประกอบด้วย

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย) และภาษาอังกฤษ (Abstract)
2. บทนำ (Introduction)
3. วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)
 - 3.1 วัตถุประสงค์เฉพาะ (ถ้ามี) (Specific Objectives)
4. สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) (Hypotheses)

5. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)
6. ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement)
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Validity and Reliability of Measurement)
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)
 - การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)
7. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (Ethical Consideration)
8. ผลการวิจัย (Results)
9. การอภิปรายผล (Discussion)
10. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (Implication)
11. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
12. กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
13. เอกสารอ้างอิง (Reference)

ส่วนที่ 3 เนื้อหาของบทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์ ประกอบด้วย

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ) (Abstract)
2. บทนำ (Introduction)
3. เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
4. บทสรุป (Conclusion)
5. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ (Suggestion)
6. เอกสารอ้างอิง (Reference)

ส่วนที่ 4 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง

1. ใช้การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิงตามระบบ American Psychological Association (APA6)
โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://aus.libguides.com/apa/apa-website>
2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 40 รายการ
3. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี นับจากปีที่ส่งตีพิมพ์ ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

การอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหา รูปแบบ APA Style ใช้ระบบนาม - ปี (Author-Date Citation System) เป็นการเขียนระบุถึงแหล่งที่มาของเนื้อหาในเอกสารหรืองานนิพนธ์เฉพาะในส่วนที่ผู้เขียนได้อ้างถึงสารสนเทศจากงานนิพนธ์ของผู้อื่น การอ้างอิงในเนื้อหา มี 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การอ้างอิงชื่อผู้เขียนก่อนข้อความ

1.1 เอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้เขียนชื่อของผู้เขียน เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยปีที่พิมพ์ในวงเล็บ กรณีไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ให้ใช้คำว่า “ม.ป.ป.” หมายถึง ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ เช่น

อัมมิชา นาไว (2563) พบว่า.....

อัมมิชา นาไว และปณัสยา พรหมดี (2562) พบว่า.....

บุลวิทย์ ทองแดง (ม.ป.ป.) พบว่า.....

1.2 เอกสารที่เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุลของผู้เขียนทับศัพท์เป็นภาษาไทย จากนั้น เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยนามสกุลภาษาอังกฤษ เครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษร และปีที่ตีพิมพ์ในวงเล็บกรณีที่ไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ใช้คำว่า “n.d.” หมายถึง no date หากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อแรก ตามด้วย et al., เช่น

กรีน (Green, 2020) พบว่า.....

นิวแมน (Newman, n.d.) พบว่า.....

รอย และคณะ (Roy et al., 2016) พบว่า.....

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. อ้างอิงจากวารสารแบบเล่ม

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่/(เลขของฉบับที่),/เลขหน้า.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 1 คน

ปวิตรา ทองมา. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.

วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 13(1), 50-62.

Nawai, A. (2019). Chronic pain management among older adults: A scoping review. *SAGE Open Nursing*, 5(1), 1-17.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 2 คน

รัฐนันท์ พงศ์วิริทธิ์ธร และภาคภูมิ ภัควิภาส. (2557). แนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนเชิงเศรษฐกิจ สร้างสรรค์อย่างยั่งยืน ชุมชนบ้านแม่ปูคา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่.

วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 35(2), 44-58.

Nawai, A. & Phongphanngam, S. (2019). Exploring the use and efficacy of complementary and alternative interventions for managing chronic pain in older adults: A systematic review. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 11(1), 1-25.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 3-6 คน

สุนทรา เลี้ยงเซววงศ์, ทศนีย์ ภู่อำวงศ์, ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ และวนลดา ทองใบ. (2563). อิทธิพลของภาวะสุขภาพองค์รวม ภาระการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลต่อศักยภาพการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 13(1), 145-162.

Nawai, A., Leveille, S. G., Shmerling, R. H., van der Leeuw, G., & Bean, J. F. (2017). Pain severity and pharmacologic pain management among community-living older adults: The MOBILIZE Boston Study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(6), 1139–1147.

ตัวอย่าง ผู้เขียนมากกว่า 6 คน

Ogawa, E. F., et al. (2020). Chronic pain characteristics and gait in older adults: The MOBILIZE Boston Study II. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(3), 418-425.

2. อ้างอิงจากหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์
อาชัญญา รัตนอุบล. (2559). *การเรียนรู้ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Lawrence, R. A. & Lawrence, R. M. (2016). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (8th edition). Philadelphia: Elsevier.

3. อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(ปริญญาานิพนธ์ปริญญาโทหรือ Doctoral dissertation หรือ วิทยานิพนธ์ปริญญาเอกหรือ Master's Thesis)/สถานที่พิมพ์:/ชื่อสถาบัน.

ตัวอย่าง

สาคร ช่วยดำรงค์. (2558). *การบริหารศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอ เพื่อการเป็นศูนย์กลางการจัดการศึกษาตลอดชีวิต*. วิทยานิพนธ์ปริญญา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศิลปากร.

Pattana, N. (2012). *Effects of social support program on anxiety and satisfaction of acute myocardial infarction patients at intensive care unit*. Master of Nursing Science Thesis, Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University.

4. อ้างอิงจากเว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./สืบค้น หรือ Retrieved วัน/เดือน/ปี./จาก หรือ from/http://www.xxxxxxxxxx.

ตัวอย่าง

เกียรติอนันต์ ล้วนแก้ว. (2557). *หน้าต่างความคิด: การศึกษาขั้นพื้นฐานของฟินแลนด์: บทเรียนและ บาดแผล*. กรุงเทพฯธุรกิจ, น. 11. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2561 จาก http://www.dpu.ac.th/laic/upload/content/file/article_instructor/article2557/B232.pdf.

Severo, I. M., Almeida, M. A., Kuchenbecker, R., Vieira, D. F. V. B., Weschenfelder, M. E., Pinto, L. R. C., et al., (2014). *Risk factors for falls in hospitalized adult patients: An integrative review*. Retrived March 12, 2016 from <http://www.scielo.br/scielo.php>.

5. อ้างอิงจากการนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง./ใน หรือ In ชื่อบรรณาธิการ. (บ.ก. หรือ Ed. หรือ Eds.),/ชื่อ *Proceedings*/(น. หรือ p. หรือ pp. เลขหน้า)/สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1991). *A motivational approach to self: Integration in personality*. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol.38 Perspectives on motivation* (pp. 237-288). Lincoln: University of Nebraska Press.

6. การจัดเรียงลำดับหัวข้อบทความ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา) กรณีเป็นการเกริ่นแบบไม่มีเลขหัวข้อ ให้ตั้งคาระยะย่อหน้าแรกที 0.38 นิ้ว และย่อหน้าถัดไปที่ละ 7 เคาะ (Space) หรือตั้งคาระยะแท็บ ดังนี้

แท็บที่ 1 (ระยะย่อหน้าที่ 1)	= 0.38"
แท็บที่ 2	= 0.69"
แท็บที่ 3	= 1.00"
แท็บที่ 4	= 1.38"

7. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. สำหรับหัวข้อย่อยให้ใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 ซม. และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข

ตัวอย่าง

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

8. ตาราง ให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด และเริ่มบรรทัดใหม่ โดยชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษให้ใส่คำว่า “ตารางที่” ด้วยตัวหนา ตามด้วยชื่อตาราง หลังจากใส่ชื่อตารางแล้ว ให้แทรกตารางโดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และหากนำตารางมาจากแหล่งอื่นให้ใส่แหล่งอ้างอิง โดยระบุคำว่า “ที่มา” ไว้ใต้ตารางโดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และไม่ใช้เส้นตรงในการแบ่งตารางในแต่ละคอลัมน์

9. รูปภาพ การใส่รูปภาพให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด จากนั้นแทรกภาพโดยกำหนดไว้กึ่งกลางกระดาษ จากนั้นเว้น 1 บรรทัด แล้วใส่คำอธิบายภาพ โดยใส่ภาพที่.....ให้พิมพ์ตัวหนา ชื่อภาพให้จัดชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษ

การส่งบทความ

ให้ผู้เขียนส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJo) ทั้งนี้ผู้เขียนจะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJO ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/> จากนั้นให้ผู้เขียนเข้าหน้าเว็บไซต์ของวารสารวิชาการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยสืบค้นผ่านเว็บไซต์ ThaiJo หรือเข้าไปที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr> และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ ซึ่งทางระบบ ThaiJo ได้เตรียมไว้

ในเมนู For Author ที่ขวามือของหน้าจอ หากมีปัญหาในการส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบออนไลน์ สามารถติดต่อที่กองบรรณาธิการวารสารเพื่อรับคำแนะนำ และการช่วยเหลือต่อไป

Template บทความวิจัย

↓ 2.54 ซม.

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

2.54 ซม.

2.54 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่^{1*}, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่^{1*}, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ ^{1*}, สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ ² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการค้นคำ เช่น ความเจ็บปวด, ซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

*ผู้ให้การติดต่อ..... e-mail..... (ขนาด 12 ไม่หนา)

↑ 2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 16 หน้า) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการค้นคำ เช่น Pain, Depression, Older Adults

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

วัตถุประสงค์การวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

วัตถุประสงค์เฉพาะ (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพที่ 1 (หนา)..... (ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 14

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

เกณฑ์การคัดเข้า (ขนาด 16 ไม่หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

เกณฑ์การคัดออก (ขนาด 16 ไม่หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ชื่อหัวข้อ ขนาดตัวอักษร 16 หน้า คำอธิบาย ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา)

1. ข้อมูลทั่วไป

(Enter ขนาด 16)

ตารางที่ 1 ชื่อตาราง..... (ตารางที่ 1 ขนาด 16 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 16 ไม่หนา)

ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา)

	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ				
ชาย		x	x	x
หญิง		x	x	x

ที่มา: (ถ้ามี)

(Enter ขนาด 16)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

อธิบายตาราง (เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ชื่อหัวข้อ ขนาดตัวอักษร 16 หน้า คำอธิบาย ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา)

(Enter ขนาด 16)

ตารางที่ 2 ชื่อตาราง..... (ตารางที่ 2 ขนาด 16 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 16 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
ก่อนทดลอง	x	x	x	x
หลังทดลอง	x	x		

*p-value < 0.05

(Enter ขนาด 16)

การอภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

(Enter ขนาด 16)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

(Enter ขนาด 16)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

(Enter ขนาด 16)

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า) เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) (สามารถศึกษา
การอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น)

Template บทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์

↓ 2.54 ซม.

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่^{1*}, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่^{1*}, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ ^{1*}, สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ ² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการค้นคำ เช่น ความเจ็บปวด, ซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

*ผู้ให้การติดต่อ..... e-mail..... (ขนาด 12 ไม่หนา)

↑ 2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 16 หน้า) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกันคำ เช่น News Pain, Depression, Older Adults (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ ภาษาไทย)

(Enter ขนาด 16)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

(Enter ขนาด 16)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

(Enter ขนาด 16)

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า) ให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) (สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัมภิกา นาไวย์
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 203, 081-7658575
E-mail: ampicha@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th
2. ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
นางสาวปณัสยา พรหมดี
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 203, 063-7988805
E-mail: panutsaya@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th



JNPHR