



วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

THE ACADEMIC AND NURSING JOURNAL OF BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, CHAKRIRAJ

VOL.6 NO.1

JANUARY-JUNE 2026

ISSN: 2985-1203 ONLINE

ISSN: 2730-3993 PRINT

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช
The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอบทความทางวิชาการ หรือบทความวิจัยที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเนื้อหาด้านวิชาการ การศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่แสดงถึงประโยชน์ทั้งเชิงทฤษฎี และประโยชน์ในเชิงปฏิบัติการ เป็นเอกสารทางวิชาการที่สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้ ที่นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการวิจัยหรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ หรือนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำเสนอบทความทางวิชาการ บทความวิจัยที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเนื้อหาด้านวิชาการ การศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการวิจัยหรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ หรือนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในเชิงปฏิบัติได้
2. เพื่อเป็นสื่อกลางเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อเป็นเอกสารทางวิชาการ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับ วิจัยค้นคว้า ทางด้านวิชาการ การศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้

Objectives

1. To present quality research articles covering academic, educational, nursing, public health and related sciences that show theoretical benefits. and benefits in practice
2. To serves as an exchange for sharing academic and research papers related to education and nursing.
3. To be an academic document That provides knowledge about academic and nursing research that can be used as a reliable reference.

กำหนดการออกวารสาร: ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

มกราคม - มิถุนายน กรกฎาคม - ธันวาคม

สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

99 หมู่ 3 ต.ลาดบัวขาว อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี 70110

โทรศัพท์ 032-330479 – 82 โทรสาร 032-330483

Website: www.ckr.ac.th

Publish: each 6 months (2 per year)

January – June, July – December

Office: Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

99 Moo 3 Ladbuakhaw sub-district, Banpong district, Ratchaburi Province 70110 Tel. 032-330479-82,

Fax. 032-330483, Website: www.ckr.ac.th

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช (ISSN: 2730-3993 Print; 2985-1203 Online) เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการ พิจารณา (Peer reviewers) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลายสาขา จากสถาบันต่างๆ ในการพิจารณาตรวจคุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการพิมพ์ อย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสาร ฯ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน วารสารวิชาการวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช หรือคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

**วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี จักรีราช**

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2569

ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

บรรณาธิการหลัก

ผศ.ดร.พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

บรรณาธิการ

ผศ.พลอยประกาย ฉลาดล้ำ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.อัคราพร สี่หิรัญวงศ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.นันทิยา วัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.พีระนันท์ จิระยิ่งมงคล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

ผศ.ดร.พิมพ์สุภาว จันทะโสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
(เกษียณอายุราชการ)

ผศ.ดร.อัญชลีพร อมาตยกุล

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

ผศ.ดร.มุกข์ดา ผดุงงาม

คณะพยาบาลศาสตร์ และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

อ.ดร.ดวงแก้ว เตชะกาญจนเวช

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

อ.ดร.จรัสศรี เพ็ชรคง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช (เกษียณอายุราชการ)

อ.ดร.วัลลภ นาคศรีสังข์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

อ.ดร.กัญจน์อมล ปานแก้ว

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

ฝ่ายจัดการวารสาร

ผศ.ดร.รุจา แก้วเมืองฝาง

นางสาวปณณช เมธาบรรณันท์

นางสาวพรประภา สุขผล

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

โรงพิมพ์ส.พันธ์เพ็ญ

552/1 ถนนธนสาร ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ สุรินทร์ 32000

**The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani
College of Nursing, Chakriraj**

Vol.6 No.1 January - June 2026

CONSULTANTS

Komwat Rungruang, Ed.D. RN (Asst. Prof.)

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

CHIEF EDITOR

Phimlada Anansirikasem, Ed.D. RN. (Asst. Prof.)

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

EDITOR

Ployprakay Chalardlon M.N.S., RN. (Asst. Prof.)

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

EDITORIAL BOARD

Acharaporn Seeherunwong PhD, RN (Assoc. Prof.)

Faculty of Nursing, Mahidol University

Nantiya Wathayu Ph.D,RN. (Assoc.Prof.)

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Peeranan Jirayingmongkhon, Ed.D. RN. (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing, North Bangkok University

Pimsupa Chandanasotthi PhD, RN (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing, Nakhonpathom Rajabhat University (retire)

Anchaleeporn Amatayakul PhD, RN (Asst. Prof.)

Princess Agrarajakumari College of Nursing, Chulabhorn Royal
Academy

Mukda Phadungyam PhD, RN (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing and Allied Health Science Phetchaburi Rajabhat
University

Duangkaew Dejakanchanavej PhD, RN

Princess Agrarajakumari College of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

Jaratsri Petchkong PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj (retire)

Wantanee Naksrisang PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Kanamon Pankaew PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Management Team

Ruja Kaeomaungfang PhD, RN (Asst. Prof.)

Pornprapa Sukpol B.A. (Marketing)

Punyanuch Metabavonnun B.A. (English)

OWNERSHIP

Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

S. Phanphen Printing House:

552/1 Thanasarn Road, Nai Mueang Subdistrict, Mueang Surin District, Surin 32000

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569 (ISSN: 2985-1203) โดยวารสารได้รับการรับรองคุณภาพ TCI กลุ่ม 2 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Science) ซึ่งทางวารสารยังคงให้เป็นพื้นที่สำหรับแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของบุคลากรสายสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา โดยบทความสำหรับฉบับนี้ มีบทความวิจัย 11 เรื่อง มีความครอบคลุมเนื้อหาสาระที่หลากหลาย ทั้งด้านการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา บทความแต่ละเรื่องได้รับการพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกสถาบัน อย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (double blind) ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนให้ผลงานวิจัยและวิชาการมีคุณภาพมากขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านและนำไปใช้ในการพัฒนาด้านการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษาต่อไป ในนามของกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่นำเสนอบทความที่ทรงคุณค่าและขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาในการพิจารณาให้ข้อเสนอแนะบทความให้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการ

ทั้งนี้ เพื่อคุณภาพของวารสาร จึงจำเป็นต้องทำงานอย่างเข้มข้นเพื่อให้ผลงานที่มีคุณภาพได้เข้าตีพิมพ์ในวารสาร เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการให้กับบุคลากรสายสุขภาพต่อไป



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์ดา อนันต์สิริเกษม

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

สารบัญ

บทความวิจัย

- e3411** การพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อของโรงพยาบาล
เจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน
*Development of Referral Seamless Nursing System for Critical Emergency Patient
Referrals at Chaokhunpaiboon Phanom Thuan Hospital*
นันทน์ภัส ทองอินทร์
- e3648** พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย
*Electronic cigarette smoking behavior among university students in a Northeastern
Region University, Thailand*
อุมาพร เคนศิลา, นิตยากร ลุนพรหม, สุรีย์พร โพธิ์ช่วย
- e3684** ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 60-79 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลา
หม้อ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
*The factors affecting the quality of life of elderly people 60-79 years old in Nong Pla Mo
Health Promotion Hospital Ban Pong District, Ratchaburi province*
พงษ์เดช วิวัฒน์าคม
- e3783** รูปแบบการจัดการตนเองผลต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรค
ไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 - ระยะที่ 3
*The Impacts of self-management model on health behavior modification for slowing
renal function decline among patients with chronic kidney disease stages 1-3*
พันธุ์ภา คงประไพ
- e3943** ผลของการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานต่อความรู้ การรับรู้ทำงานเป็นทีมและเจตคติต่อการเรียนใน
วิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1
*Effects of team-based learning on knowledge, teamwork perception and attitude
toward learning to maternal and newborn nursing and midwifery courses*
ปณัฏฐิธิตา ขุนบุญยัง, สิรินาถ ศรีอำพร, สุภัตสรรา โคมินทร์
- e3955** ความต้องการการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการจัดการตนเอง เพื่อลดระดับ
น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง
*The Needs for effective communication to support self management
for reducing blood glucose in type 2 diabetes patients with hypertension*
ปิยะนาฏ ช่างเลี้ยง, ปณิธาน จอกลอย, กมลพร แพทย์ชีพ

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

- e3960 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อสมรรถนะ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้านสำหรับผู้ดูแล
Effects of a caregiver self-efficacy program on competence and behavior caring for patients with indwelling urinary catheters at home
ศศิธร วงษาลาภ, ชลิดา เกียรติติลกรัฐ, สุพัตรา ไตรอุดมศรี.
- e3966 ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาแหลม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี
The effect of health promotion program on blood pressure control behavior of hypertensive patients at Bankhaolaem Health Promoting Hospital Photharam District, Ratchaburi Province
อติทยา จังพานิช, พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม
- e4222 ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลท่ากระดาน จังหวัดกาญจนบุรี
The effect of a self-management program on knowledge, health behavior and health outcomes among individuals at risk for diabetes mellitus at Thakradan hospital, Kanchanaburi Province
หทัยา อินกล่อม, สุภัทรา สีแสนห์
- e4561 ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
Effects of self- management program on blood sugar control behaviors among uncontrolled type II diabetes mellitus
ลำดวน กลิ่นหอม, พลอยประกาย ฉลาดล้ำ
- e4654 ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กร ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์
Organizational culture factors influencing organizational commitment of professional nurses In community Hospitals, Surin Province
รัตนา สายยศ, วรณชนก จันทชุม

การพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อของโรงพยาบาล
เจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน

Development of Referral Seamless Nursing System for Critical Emergency
Patient Referrals at Chaokhunpaiboon Phanom Thuan Hospital

นันท์นภัส ทองอินทร์*

Nannaphat Thongin*

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

*Chaokhunpaiboon Phanom Thuan Hospital, Kanchanaburi Province

Corresponding author: Nannaphat Thongin; E-mail: mawe629@gmail.com

Received: July 30, 2025; Revised: February 13, 2026; Accepted: February 19, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน โดยดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจากบุคลากรจำนวน 52 คน ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการพยาบาลร่วมกับพยาบาลวิชาชีพจากงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานผู้ป่วยใน งานผู้ป่วยนอก และห้องคลอด รวม 5 คน และระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ระบบกับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 52 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์บุคลากรผู้ให้บริการส่งต่อ คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ แบบประเมินความพร้อมก่อนส่งต่อ แบบประเมินผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ และแบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ค่าความเป็นไปได้ของระบบเท่ากับ 4.88 และแบบวัดความรู้มีค่าความเชื่อมั่น (KR-21) เท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพขาดความรู้และทักษะในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ระบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อและแบบประเมินความพร้อมก่อนส่งต่อ หลังทดลองใช้พบว่าพยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การส่งต่อครบถ้วนตามมาตรฐานร้อยละ 100 พบอุบัติการณ์ท่อทางเดินหายใจเลื่อนร้อยละ 1.46 ไม่พบการเสียชีวิตระหว่างและหลังส่งต่อภายใน 24 ชั่วโมง ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X} = 4.46$, $SD = 0.26$) และบุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.64$, $SD = 0.32$)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต, โรงพยาบาลแม่ข่าย, ระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อ

Abstract

This study aimed to develop a seamless nursing referral system for critically ill emergency patients at Chaokhunpaiboon Phanom Thuan Hospital. The research was conducted in three phases. Phase 1 involved studying the current situations and problems related to the emergency referral system among 52 healthcare personnel. Phase 2 developed the nursing referral system in collaboration with five registered nurses from the emergency and forensic department, the inpatient department, the outpatient department, and the delivery room. Phase 3 evaluated the effectiveness of the developed referral system among 52 registered nurses. Research instruments included an interview guide for referral service providers, a referral patient care guideline, a pre-referral readiness assessment form, an assessment form for patients during referral, and satisfaction questionnaires. All instruments were validated by five experts, yielding a content validity index of 1.00. The feasibility of the referral system was rated at 4.88. The knowledge assessment instrument had a reliability coefficient (KR-21) of .86. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed that professional nurses lacked knowledge and skills in the transfer of critically ill patients from the emergency department. The developed system included guidelines for the care of transferred patients and a pre-transfer readiness assessment form. Following the trial, a statistically significant increase in nurses' knowledge was observed ($p < .001$). 100% of patient transfers were completed according to standards, with an airway displacement rate of 1.46%. No deaths occurred during or within 24 hours of transfer. Patient satisfaction was high ($\bar{X} = 4.46$, $SD = 0.26$), and staff satisfaction with the system was very high ($\bar{X} = 4.64$, $SD = 0.32$).

Keywords: critically ill emergency patients, hub hospital, seamless nursing referral system for critically ill emergency patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นภาวะวิกฤตที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิตหากไม่ได้รับการดูแลและแก้ไขอย่างทันท่วงที ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียชีวิต หรือเกิดความพิการอย่างถาวร^{1,2} สถานการณ์ในประเทศไทย จากรายงานข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลของระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศ ปีพ.ศ. 2558, 2559 มีจำนวน 8,594 และ 9,332 คน ตามลำดับ โดยผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการไปถึงจุดเกิดเหตุมากกว่าร้อยละ 80.50 ส่วนกลุ่มที่เสียชีวิตที่มีการรักษาแล้วเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุในปีพ.ศ. 2559 มีจำนวน 2,366 ราย ซึ่งคาดว่าจะมีแนวโน้มสูงขึ้น³ สำหรับความทันเวลาในการเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยพบว่า พ.ศ. 2559 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 8 นาที คิดเป็นร้อยละ 47.43 ซึ่งจะพบว่า การแพทย์ฉุกเฉินไทยในส่วนการเข้าถึงผู้ป่วยยังล่าช้าทำให้มีอัตราการเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลสูงขึ้น⁴ ประเทศไทยมีการออกแบบระบบบริการสุขภาพเพื่อให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนได้ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยมีการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพตามความจำเป็นได้อย่างเท่าเทียม มีความต่อเนื่องในการรับบริการสุขภาพ⁴ การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ผ่านมา พบปัญหาหลายประการ ซึ่งยังเห็นได้ชัดเจนมากขึ้นเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างขององค์กร ทั้งด้านการบริหาร การให้บริการ และระบบหลักประกันสุขภาพ ส่งผลให้เกิดความไม่ชัดเจนในระบบการบริหารและการให้บริการ และนำไปสู่ปัญหาต่อเนื่องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย คุณภาพของระบบการดูแลรักษาพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพในแต่ละระดับยังขาดการเชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ

ปัญหาที่พบในการส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่ การประสานงานระหว่างสถานพยาบาลต้นทางและปลายทางที่ไม่ราบรื่น การติดต่อสื่อสารล่าช้า ใช้เวลานาน รถพยาบาลและพนักงานขับรถไม่พร้อม เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ รวมถึงการขาดแคลนอัตรากำลัง นอกจากนี้ ระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยยังไม่มี ความชัดเจน ส่งผลให้การปฏิบัติงานมีความยุ่งยาก เกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน และนำไปสู่ปัญหาในการปฏิบัติ ซึ่งบางกรณีอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการส่งต่อที่ไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ความล่าช้าในการส่งต่อทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเคลื่อนย้าย หรือการขาดข้อมูลสำคัญที่จำเป็นต่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น ความไม่พอใจของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงภาระงานที่เพิ่มขึ้นของบุคลากร⁴

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทางสาขา ดังนั้น เมื่อมีผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินวิกฤตจึงมีความจำเป็นต้องส่งตัวไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งสถิติของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า (โรงพยาบาลแม่ข่าย) ปีงบประมาณ 2565-2566 ทั้งหมด จำนวน 5,207 ราย และ 5,738 ราย ตามลำดับ โดยใช้รถพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์นำส่ง จำนวน 1,112 ราย และ 1,181 ราย ตามลำดับ โดยแบ่งประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ดังนี้ Level 1 สีแดง (R) 137 ราย (ร้อยละ 12.00) และ 135 ราย (ร้อยละ 11.00) ตามลำดับ Level 2 สีชมพู (E) 804 ราย (ร้อยละ 72.00) และ 886 ราย (ร้อยละ 75.00) ตามลำดับ ปีพ.ศ. 2565 มีการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต จำนวน 941 ราย พบปัญหาอุปสรรคในการส่งต่อ 36 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3.83 โดยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ในขณะที่ส่งต่อ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.11 ปี พ.ศ. 2566 มีการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต จำนวน 1,021 ราย พบปัญหาอุปสรรคในการส่งต่อ 42 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.11 โดยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วย case trauma fast track อาการทรุดลงและไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาลแม่ข่ายหลังรับไว้รักษาภายใน 1 ชม.⁵ นอกจากนี้ที่ผ่านมาในการดำเนินงานโรงพยาบาลมีข้อจำกัดในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่น ศักยภาพในการบริการในด้านการวินิจฉัย/รักษาไม่เพียงพอ การขาดเครื่องมือทางการแพทย์ ขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ซึ่งปัญหาอุปสรรคในการส่งต่อ เกิดขึ้นเนื่องจาก มีพยาบาลจบใหม่หรือพยาบาลที่ย้ายมาปฏิบัติหน้าที่แทนพยาบาลที่เกษียณราชการ ยังขาดประสบการณ์และสมรรถนะในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต หรือมีแนวทางในการส่งต่อไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การประเมินก่อนและระหว่างส่งต่อยังไม่ครบถ้วน ร้อยละ 8.20 ไม่มีการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงขณะอยู่บนรถพยาบาล ร้อยละ 84.00 ขาดการสื่อสารที่ต่อเนื่อง ขาดข้อมูลที่สำคัญ ร้อยละ 5.01 การเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ระหว่างส่งต่อไม่ครบถ้วน ร้อยละ 3.10 การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อยังไม่ครบถ้วน ร้อยละ 5.52 การดูแลระหว่างส่งต่อยังขาดความต่อเนื่อง ไม่ครอบคลุม ร้อยละ 1.20⁵ ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ อีกทั้งจำเป็นต้องมีรถพยาบาลที่ได้รับการติดตั้งอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่มีคุณภาพพร้อมใช้งาน อย่างไรก็ตาม ระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน ในปัจจุบันยังขาดระบบการพยาบาลที่มีมาตรฐานชัดเจนและสามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างไร้รอยต่อในทุกขั้นตอน กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่ครอบคลุม รวมถึงการสื่อสารกับโรงพยาบาลแม่ข่ายขาดความชัดเจน ส่งผลให้โรงพยาบาลแม่ข่ายรับผู้ป่วยล่าช้าหรือปฏิเสธการรับผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดการพยาบาลฉุกเฉินและมาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่สมบูรณ์มากขึ้น และช่วยเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรให้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน จึงสนใจที่จะพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ ปลอดภัย และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและญาติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตขณะส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลแม่ข่าย
2. เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อ
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้ระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อ

ขอบเขตการวิจัย

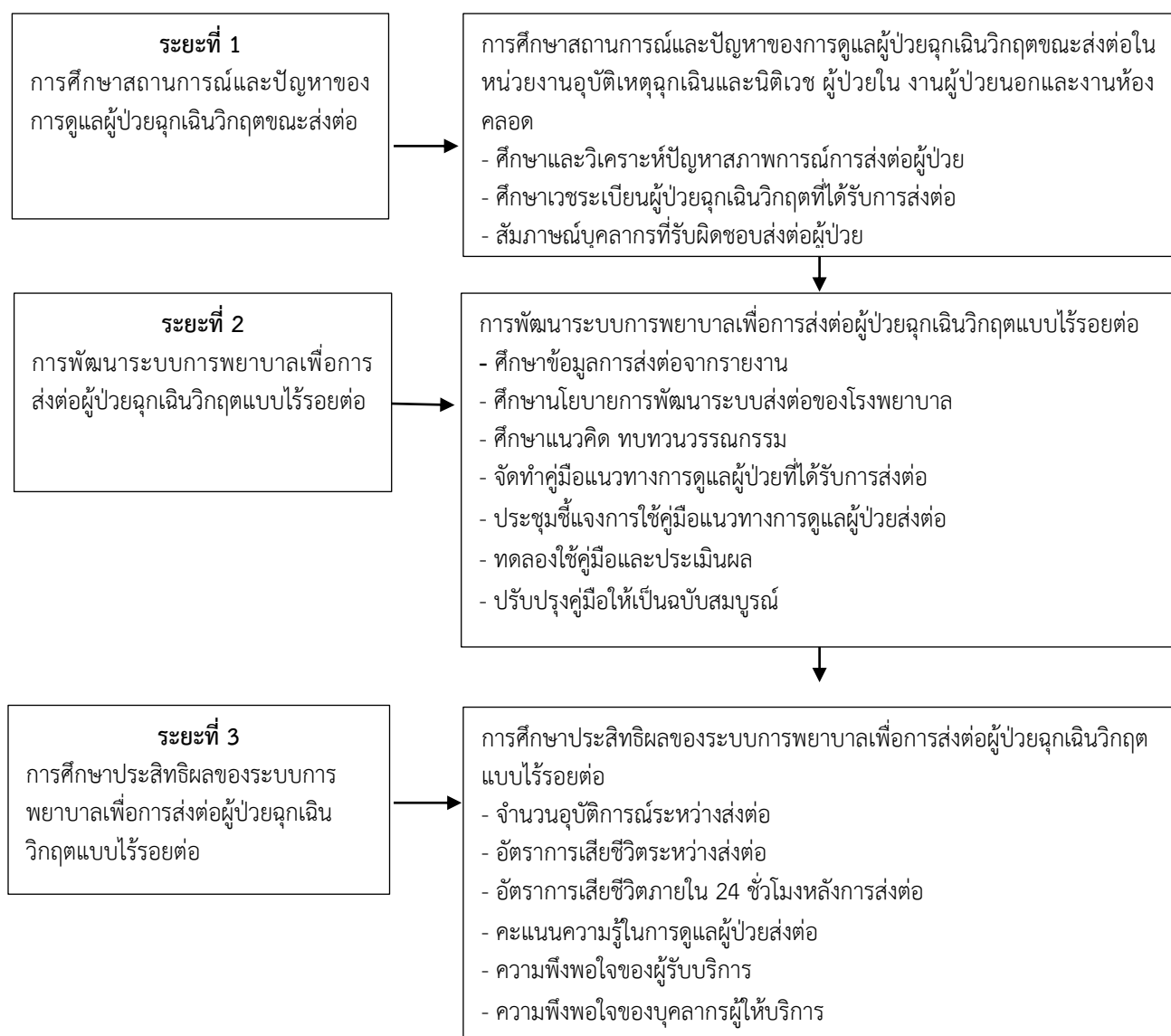
ขอบเขตด้านประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 15 คน งานผู้ป่วยใน จำนวน 20 คน งานผู้ป่วยนอก จำนวน 9 คน งานห้องคลอด จำนวน 8 คน รวม 51 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน) จำนวน 1 คน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช รวมทั้งหมด 52 คน และผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ที่ได้รับการส่งต่อด้วยรถพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์นำส่ง

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อ ตัวแปรตาม คือ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยส่งต่อ ความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ จำนวนอุบัติการณ์ระหว่างส่งต่อ อัตราการเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ และอัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังการส่งต่อ

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ระหว่าง 1 เมษายน 2568 ถึง 30 กันยายน 2568 ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานผู้ป่วยใน งานผู้ป่วยนอก และงานห้องคลอด โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลฉุกเฉินและมาตรฐานการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาของการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตขณะส่งต่อ ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนารูปแบบ 2) การพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อ โดยการทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ร่วมกับการนำผลจากการศึกษาขั้นที่ 1 มาใช้ในการกำหนดรูปแบบ 3) เป็นการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นและประเมินผลลัพธ์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาของการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตขณะส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลแม่ข่าย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 15 คน งานผู้ป่วยใน จำนวน 20 คน งานผู้ป่วยนอก จำนวน 9 คน งานห้องคลอด จำนวน 8 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน) ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด 52 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ให้ข้อมูลหลักเพศหญิง และเพศชาย ที่มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 1 ปี
2. ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมพวน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

ผู้ให้ข้อมูลหลักเพศหญิง และเพศชาย ที่ขอออกจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาศาณการณของการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตขณะส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลแม่ข่ายประกอบด้วย 1) เอกสาร และเวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการส่งต่อ และ 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต โดยพัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลฉุกเฉินและมาตรฐานการพยาบาล^{1,2,6} ประกอบด้วย 1) ปัญหาและความคิดเห็นในระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต 2) สถานการณ์การส่งต่อของโรงพยาบาลที่ผ่านมา 3) ความกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ 4) ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ 5) การแก้ปัญหาเมื่อเกิดปัญหาขึ้นขณะส่งต่อ 6) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการส่งต่อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เพื่อตรวจสอบครอบคลุมของเนื้อหา (content validity) และความชัดเจนของภาษาที่ใช้จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1 คน แพทย์ปฏิบัติการ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 คนและพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 1 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับแก้ไขเครื่องมือการวิจัยให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อและดำเนินการสัมภาษณ์บุคลากรโดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง โดยใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยตรวจสอบความสอดคล้องและการตีความของผู้วิจัยโดยใช้ขั้นตอนของ Lincoln and Guba (1985)⁷ ดังนี้ 1) ตรวจสอบความเชื่อถือได้ (credibility) 2) ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยในการศึกษาอย่างมีขั้นตอน (dependability) 3) ยืนยันผลการวิจัยที่ได้จากข้อมูลและการตรวจซ้ำโดยผู้ที่ให้ข้อมูล (conformability) โดยผู้วิจัยถอดเทปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้อย่างเป็นอิสระ จากนั้นนำประเด็นมาพิจารณาประเด็นหลักและสาระไปในทางเดียวกันมาเรียบเรียง จัดกลุ่มเนื้อหา (content analysis) ถอดรหัสความหมาย (codification) หรือให้ความหมายกับข้อมูล จำแนกและจัดระบบข้อมูล และสรุปผลสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตขณะส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลแม่ข่าย

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อ โดยประยุกต์แนวคิดมาตรฐานการพยาบาล มาตรฐานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน และมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ร่วมกับผลการศึกษาในระยะที่ 1 มากำหนดรูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรผู้ให้บริการ ได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 15 คน งานผู้ป่วยใน จำนวน 20 คน งานผู้ป่วยนอก จำนวน 9 คน งานห้องคลอด จำนวน 8 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน แพทย์ปฏิบัติการ 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 คน รวมทั้งหมด 56 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 2 คน งานผู้ป่วยใน จำนวน 1 คน งานผู้ป่วยนอก จำนวน 1 คน งานห้องคลอด จำนวน 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1 คน แพทย์ปฏิบัติการ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 9 คนคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. มาตรฐานการพยาบาล มาตรฐานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน และมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน^{1,2,6} ที่ใช้ในการพัฒนาระบบ

2. แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อ ประกอบด้วย การวิเคราะห์สาเหตุและการจัดทำระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มตามแนวทางการสนทนาโดยคืนข้อมูลสรุปสถานการณ์และปัญหาของการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตขณะส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลแม่ข่าย และร่วมออกแบบระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อกับตัวแทนพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน ซึ่งได้คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ และรูปแบบการส่งต่อ ภายใต้ชื่อ MAEW MODEL ซึ่งประกอบด้วย m-monitoring (การเฝ้าระวัง) a-assessment (การประเมิน) e-engagement (การมีส่วนร่วมและการสื่อสาร) w-workflow (กระบวนการทำงานแบบบูรณาการ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ รูปแบบการส่งต่อ MAEW MODEL และแบบตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการส่งต่อ ฉบับร่างที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ผ่านผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1 คน แพทย์ปฏิบัติการ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 1 คน ได้ค่าความเป็นไปได้ของแนวทาง เท่ากับ 4.88 และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูริย์ พนมทวน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรผู้ให้บริการ ได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 15 คน งานผู้ป่วยใน จำนวน 20 คน งานผู้ป่วยนอก จำนวน 9 คน งานห้องคลอด จำนวน 8 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน) ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด 52 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน) ที่ให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ที่ได้รับการส่งต่อ มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 1 ปี
2. มีความเต็มใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน) ที่ขอออกจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน
2. แบบประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินระยะก่อนส่งต่อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมาตรฐานการพยาบาล มาตรฐานการพยาบาลฉุกเฉิน^{1,2,6} เป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) จำนวน 13 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาตามมาตรฐานการพยาบาลและมาตรฐานการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อประเมินความครบถ้วนในการปฏิบัติตามมาตรฐานก่อนส่งต่อผู้ป่วย เลือกตอบได้ 2 ตัวเลือก คือ “ปฏิบัติ” และ “ไม่ได้ปฏิบัติ” โดยมีเกณฑ์การผ่านเกณฑ์ความพร้อม คือ หากปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนทั้ง 13 รายการ ถือว่าผ่านเกณฑ์ความพร้อมก่อนส่งต่อ หากมีรายการใดรายการหนึ่ง ไม่ได้ปฏิบัติ หรือปฏิบัติไม่ครบถ้วน แม้เพียงข้อเดียว จะถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ความพร้อมก่อนส่งต่อ
3. แบบประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินระยะส่งต่อ ใช้ประเมินสัญญาณชีพและอาการของผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ ของ Thai refer⁸ ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว บันทึกอาการเปลี่ยนแปลงขณะอยู่บนรถ refer และการติดตามการรอดชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังส่งต่อ
4. แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยส่งต่อของบุคลากรผู้ให้บริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมาตรฐาน^{1,2,6} จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การแปลระดับคะแนน 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0-11 ข้อ หรือระดับคะแนนร้อยละ 0-59 หรือค่าเฉลี่ย 0.00-11.99) ระดับปานกลาง (12-15 ข้อ หรือระดับคะแนนร้อยละ 60-79 หรือค่าเฉลี่ย 12.00-15.99) ระดับสูง (16-20 ข้อ หรือระดับคะแนนร้อยละ 80-100 หรือค่าเฉลี่ย 16.00-20.00)⁹
5. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการรับบริการ 2) ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ และ 3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (rating scale) แปลผลค่าคะแนน ดังนี้ มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49) และระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49)¹⁰
6. แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน 1) ด้านความครบถ้วนตามความต้องการ 2) ด้านการใช้งาน และ 3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (rating scale) แปลผลค่าคะแนน ดังนี้ มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60) และระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80)¹⁰

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน แพทย์ปฏิบัติการ 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 คนและพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 1 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1.00 และนำแบบวัดความรู้ทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ .86 แบบประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินระยะก่อนส่งต่อ แบบประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินระยะส่งต่อ และแบบสอบถามความพึงพอใจ ได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี เลขที่ EC.NO.8/2568 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2568 ในการพิทักษ์สิทธิผู้ที่เข้าร่วมในงานวิจัย จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและเวลาในการสัมภาษณ์ ในการสัมภาษณ์อาจส่งผลกระทบต้อจิตใจหรือไม่สะดวกที่จะตอบคำถามในบางคำถาม ผู้วิจัยจะหลีกเลี่ยงหรือข้ามข้อคำถามนั้นไป หากผู้เข้าร่วมงานวิจัยไม่สะดวกที่จะเข้าร่วมงานวิจัยหรือทำกิจกรรมใดๆ ในงานวิจัย สามารถถอนตัวได้ทันทีโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล ในส่วนข้อมูลต่างๆจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นทางวิชาการและแสดงผลเป็นภาพรวม โดยจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยท่านนั้น ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขกาญจนบุรี ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนของการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขอให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การอบรมการใช้รูปแบบ MAEW MODEL ระยะเวลา 2 ชั่วโมง รายละเอียดดังนี้

1.1 M: monitoring (การเฝ้าระวัง) เพื่อตรวจจับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว แม่นยำ และต่อเนื่อง โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้ 1) การ Monitor EKG คือ การเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้า 2) การ Monitor O₂ Sat คือ การเฝ้าระวังระดับออกซิเจนในเลือด 3) การ Monitor Vital Signs คือ การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ประเมินสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัวทุก 5-10 นาที

1.2 A: assessment (การประเมิน) เพื่อประเมินอาการผู้ป่วยวิกฤตอย่างเป็นระบบ รวดเร็ว แม่นยำ เพื่อวางแผนการรักษาและส่งต่อได้ทันท่วงทีโดยใช้เครื่องมือมาตรฐานในการประเมิน ดังนี้ 1) ABCDE approach คือ การประเมินตามลำดับความสำคัญเพื่อช่วยชีวิต 2) trauma score คือ ระบบให้คะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บ เพื่อช่วยประเมินสภาวะผู้ป่วยบาดเจ็บอย่างรวดเร็ว 3) sepsis screening และ 4) การส่งผลประเมินไปยังโรงพยาบาลปลายทางผ่าน E-referral system (ระบบส่งต่อผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์) โดยผ่านระบบ line tele consult ประกอบด้วยข้อมูลการประเมิน ABCDE คะแนน trauma/sepsis รูปภาพเอกซเรย์ EKG ผล Lab และแนววิถีการประเมินหากจำเป็น

1.3 E: engagement (การมีส่วนร่วมและการสื่อสาร) เพื่อเสริมประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเป็นไปอย่างราบรื่นและไม่สะดุด ประกอบด้วย 1) ทีมประสานงานระหว่างโรงพยาบาล (referral coordinator) ทำหน้าที่ จัดทำเอกสารส่งต่อให้ครบถ้วน ประสานแพทย์ต้น

ทาง-ปลายทางในการวางแผนการดูแล ตรวจสอบระบบเชื่อมโยงข้อมูลว่าถูกส่งครบถ้วน 2) การใช้ telemedicine/video call ระหว่างต้นทาง-ปลายทาง 3) ระบบ E-referral พร้อมแนบข้อมูลมัลติมีเดียในระบบส่งต่อ ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วย ผลตรวจสำคัญ ภาพ/วิดีโอ และเอกสารการประเมิน ABCDE, trauma score, sepsis screening

1.4 W: workflow (กระบวนการทำงานแบบบูรณาการ) เพื่อออกแบบกระบวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ “เชื่อมโยงทุกภาคส่วน” อย่างชัดเจน และปรับใช้ได้ในสถานการณ์จริง โดยไม่สะดุด ประกอบด้วย 1) เส้นทางผู้ป่วย (patient journey map) แสดงขั้นตอนการดูแลตั้งแต่พบผู้ป่วย → ส่งต่อ → รับผู้ป่วยปลายทาง 2) multidisciplinary team (MDT) ทั้งก่อน-ระหว่าง-หลังส่งต่อ ประสานงานในลักษณะ "ทีมสหวิชาชีพ" ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะก่อนส่งต่อ: ประเมินอาการ ปรีกษาแพทย์ปลายทาง เตรียมยา/อุปกรณ์ ระหว่างส่งต่อ: ดูแลต่อเนื่องในรถพยาบาล ส่งข้อมูล vital signs แบบเรียลไทม์ และหลังส่งต่อ: สรุปเคส ติดตามผลการดูแล และประเมินความพึงพอใจ

2. การอบรมการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยส่งต่อ ฯ และ MAEW MODEL ระยะเวลา 1 ชั่วโมง โดยแจกแบบทดสอบวัดความรู้ก่อน และวัดความรู้หลังให้ความรู้การใช้รูปแบบ MAEW MODEL

3. การลงมือปฏิบัติจริง แบ่งเป็น 3 ระยะคือ โดยเก็บข้อมูล

3.1 ระยะก่อนส่งต่อ: ให้กลุ่มตัวอย่างเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อโดยใช้แบบประเมินความพร้อมก่อนส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ตรวจสอบเช็คว่ามีการเตรียมผู้ป่วยครบทุกข้อตามมาตรฐานหรือไม่

3.2 ระยะระหว่างส่งต่อ: กลุ่มตัวอย่างประเมินสัญญาณชีพและอาการของผู้ป่วย บันทึกข้อมูล และมอบให้แก่โรงพยาบาลแม่ข่าย โดยทำการประเมินตามหัวข้อการดูแลผู้ป่วยแต่ละหัวข้อ และตรวจสอบความผิดพลาด หากพบความผิดพลาดหรือมีข้อเสนอแนะจะทำการบันทึกลงในแบบประเมิน กลุ่มตัวอย่างส่งให้ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวม

3.3 ระยะหลังส่งต่อผู้ป่วยเสร็จสิ้น: กลุ่มตัวอย่างสอบถามความพึงพอใจของญาติ ตามหัวข้อในแบบสอบถามและนำกลับมาให้ผู้วิจัย และประเมินความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินและแบบสอบถามที่ได้รับคืนมา ตรวจสอบความสมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อัตราการเสียชีวิตขณะส่งต่อและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงหลังส่งต่อ ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ และระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยส่งต่อก่อนและหลังใช้ระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of normality) พบว่าข้อมูลไม่เป็นปกติ จึงเลือกใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test ในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลัง ได้ค่า $Z = -6.344$, $p < .000$

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์และปัญหาของการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตขณะส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลแม่ข่าย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าบุคลากรผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 98.08 เพศหญิง ร้อยละ 98.08 มีอายุมากกว่า 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 34.62 ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ปริญญาตรี ร้อยละ 94.23 บุคลากรส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 48.07 และประสบการณ์ในการส่งต่อน้อยที่สุด 1-5 ปี ร้อยละ 9.62

1.2 ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาของการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตขณะส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลแม่ข่าย สรุปผลได้ดังนี้

1.2.1 การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการส่งต่อที่ผ่านมานั้นยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ให้การพยาบาลตามคำสั่งการรักษาของแพทย์เป็นหลัก มักจะเน้นการส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายให้เร็วที่สุด ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 “ที่ผ่านมามักให้การดูแลผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์ เรื่องไหนที่แพทย์ไม่ได้สั่งเราก็จะเลยไป” กลุ่มตัวอย่างคนที่ 15 “แพทย์ก็เร่งให้ส่งผู้ป่วยไปโดยเร็วเพราะกลัวผู้ป่วยอาการทรุดลง ด้วยความเร่งรีบทำให้เตรียมเอกสารไม่ครบ เช่น film x-ray” กลุ่มตัวอย่างคนที่ 38 “ในผู้ป่วยบางรายก็ไม่ได้แก่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยให้ครบถ้วนก่อนการส่งต่อ ทำให้อาการทรุดลงและถูกตำหนิจากโรงพยาบาลแม่ข่าย”

1.2.2 ขาดการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะวิกฤต ขาดการบันทึกเวลาในการทำหัตถการ ขาดการลงบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงขณะอยู่บนรถพยาบาล ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างคนที่ 5 “เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤต ต้องรีบให้การดูแลอย่างเร่งด่วนทำให้ลืมการลงบันทึกข้อมูล”

1.2.3 การประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่ชัดเจนทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งต่อ ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างคนที่ 8 “ในการประสานงาน แพทย์บางคนชอบรูปภาพและวิดีโอขณะผู้ป่วยมีอาการวิกฤต และข้อมูลอื่นๆเพิ่มเติม ทำให้เกิดความล่าช้า”

1.2.4 ความเครียดและความกดดันของพยาบาล ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างคนที่ 12 “ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อใช้ทักษะและประสบการณ์ในการส่งต่อของพยาบาลแต่ละคน คนที่ไม่เคยส่งต่อผู้ป่วยจะเกิดความเครียดมาก เมื่อผู้ป่วยอาการทรุดลงไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไร ต้องขอความช่วยเหลือจากใคร” และพบอุบัติการณ์ท้อทางเดินหายใจเฉือน 7 ราย ในปี 2567

2. การพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อ จากการวิเคราะห์ข้อมูลในตอนที่ 1 ผู้วิจัยได้มีการจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ และรูปแบบ (model) ที่ช่วยเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการส่งต่อภายใต้ชื่อ MAEW MODEL ประกอบด้วย M: monitoring (การเฝ้าระวัง) A: assessment (การประเมิน) E: engagement (การมีส่วนร่วมและการสื่อสาร) W: workflow (กระบวนการทำงานแบบบูรณาการ) และรวบรวมเป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ จำนวน 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการส่งต่อ ระยะระหว่างการส่งต่อ และระยะหลังการส่งต่อ

3. การศึกษาประสิทธิผลของระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อ รายละเอียดดังนี้

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยส่งต่อ พบว่า คะแนนความรู้หลังการอบรมสูงกว่าคะแนนความรู้ก่อนการพัฒนายามีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.34, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อ (n = 52)

คะแนนระดับความรู้	Median	Mean Rank	Z	p-value
ก่อนพัฒนาระบบฯ	15.00	26.50	6.34	<.001
หลังพัฒนาระบบฯ	20.00			

*p < .05

3.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการส่งต่อ พบว่า ในภาพรวมผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการส่งต่อ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.46, SD = 0.26) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการส่งต่อ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	$\bar{X}$	SD	แปลค่า
1. ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการรับบริการ	4.53	0.32	พึงพอใจมากที่สุด
2. ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ	4.64	0.38	พึงพอใจมากที่สุด
3. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.21	0.28	พึงพอใจมาก
ภาพรวม	4.46	0.26	พึงพอใจมาก

3.3 ความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการต่อระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อในภาพรวม พบว่ามีความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่ออยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.64, SD = 0.32) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการต่อระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อ

ความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการ	$\bar{X}$	SD	แปลค่า
1. ด้านความครบถ้วนตามความต้องการ	4.61	0.39	พึงพอใจมากที่สุด
2. ด้านการใช้งาน	4.58	0.39	พึงพอใจมากที่สุด
3. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.75	0.34	พึงพอใจมากที่สุด
ภาพรวม	4.64	0.32	พึงพอใจมากที่สุด

3.4 ผลลัพธ์ของการใช้ระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูริย์ พนมทวน พบว่า อัตราอุบัติการณ์ระหว่างส่งต่อพบปัญหาต่อทางเดินหายใจเฉื่อย จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.46 ผู้ป่วยได้รับการดูแลไปจนถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ ไม่พบอัตราการเสียชีวิตระหว่างส่งต่อและอัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังการส่งต่อ

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์และปัญหาของการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่ากระบวนการส่งต่อยังขาดความเป็นระบบและขาดมาตรฐานที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมีภาวะทรุดลงระหว่างการส่งต่อ สาเหตุสำคัญมาจากการขาดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม พยาบาลมักให้การพยาบาลตาม

คำสั่งแพทย์เป็นรายกรณีโดยขาดแบบแผนหรือมาตรฐานการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ทำให้ในหลายกรณียังไม่ได้แก้ไขภาวะวิกฤตให้ครบถ้วนก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการส่งต่อได้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบครบวงจร โรงพยาบาลนครพนม ซึ่งระบุว่าประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนา ได้แก่ การขาดการทบทวนและปรับปรุงคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติ การบันทึกข้อมูลการพยาบาลระหว่างส่งต่อที่ยังไม่เป็นระบบ และความไม่พร้อมของบุคลากรในด้านทักษะและประสบการณ์ ส่งผลให้การปฏิบัติงานบางขั้นตอนล่าช้าและเกิดความคลาดเคลื่อน ทั้งยังพบปัญหาความไม่พร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือการลืมเตรียมอุปกรณ์ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่กระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย¹¹

2. การพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอย ประกอบด้วย คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ และรูปแบบการส่งต่อ ภายใต้ชื่อ MAEW MODEL ซึ่งประกอบด้วย m-monitoring (การเฝ้าระวัง) a-assessment (การประเมิน) e-engagement (การมีส่วนร่วมและการสื่อสาร) w-workflow (กระบวนการทำงานแบบบูรณาการ) เมื่อนำไปปฏิบัติจริงส่งผลให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อมีความเป็นระบบ มีมาตรฐานมากขึ้น และลดอุบัติเหตุการเกิดเหตุกรณีไม่พึงประสงค์ขณะนำส่งโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้แก่ อัตราอุบัติเหตุการระหว่างส่งต่อพบปัญหาท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดลง คิดเป็นร้อยละ 1.46 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ ไม่พบอัตราการเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ และอัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังการส่งต่อ

ผลการศึกษานี้ยังได้พบว่า MAEW MODEL และคู่มือที่จัดทำขึ้นได้รับการออกแบบผ่านความร่วมมือของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีความเหมาะสมกับบริบทจริงของโรงพยาบาล ช่วยให้พยาบาลสามารถเฝ้าระวัง ประเมินสภาพผู้ป่วย สื่อสารประสานงาน และดำเนินงานตามขั้นตอนการส่งต่อได้อย่างครบถ้วน ส่งผลให้ความคลาดเคลื่อนลดลง และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ แนวทางปฏิบัติและแบบประเมินความพร้อมก่อนส่งต่อในคู่มือยังช่วยลดความกังวลของพยาบาล เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการว่าการส่งต่อเป็นไปตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ¹²

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี พบว่า การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินรูปแบบใหม่ที่ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การมีคู่มือระบบส่งต่อ 2) กระบวนการรับแจ้งและประสานงาน 3) ระบบประสานข้อมูล 4) กระบวนการประเมินผู้ป่วย และ 5) การบันทึกกระบวนการขณะส่งต่อ ช่วยให้การปฏิบัติงานส่งต่อมีความเป็นระบบและมาตรฐานมากขึ้น หลังการพัฒนา พบว่าคุณภาพระบบปฏิบัติการส่งต่อเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 66.70 เป็นร้อยละ 87.50 ขณะเดียวกันความพร้อมของศูนย์ส่งต่อเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.20 เป็นร้อยละ 83.30 แสดงให้เห็นว่าการจัดระบบงานอย่างเป็นขั้นตอนและมีแนวทางที่ชัดเจนสามารถยกระดับความพร้อมและประสิทธิภาพการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านบุคลากร กระบวนการ และความปลอดภัยของผู้ป่วย¹³

3. การศึกษาประสิทธิผลของระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อ พบว่า หลังการใช้ระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอย บุคลากรมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษานี้ยังได้พบว่า การพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อสามารถเพิ่มระดับความรู้ของบุคลากรที่ทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยได้ หลังการอบรมและการใช้คู่มือ ฯ อีกทั้งยังช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลก่อนและระหว่างส่งต่อมีความครบถ้วนและเป็นระบบมากขึ้น ส่งผลให้อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น

ท่องเที่ยวเดินทางใจเลือน ลดลงและสามารถจัดการได้ทันที่ นอกเหนือนี้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยปลอดภัย ไม่พบกรณีเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ อีกทั้งบุคลากรและผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อระบบการพัฒนานำมาใช้ในระดับสูงมาก

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย พบว่า โปรแกรมการพัฒนาศมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อได้อย่างชัดเจน ทั้งในด้านความชัดเจนของคู่มือ แนวทางการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล ความพร้อมของบุคลากร และความถูกต้องของการประเมินผู้ป่วยก่อนและระหว่างการส่งต่อ นอกจากนี้ ระบบงานที่ได้รับการพัฒนาให้กระชับและรวดเร็วขึ้นช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน และส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีปฏิกริยาตอบรับในเชิงบวก¹⁴ การที่ผลการวิจัยครั้งนี้มีแนวโน้มสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการพยาบาลที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบท สามารถช่วยยกระดับคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินได้จริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการนำระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ
2. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่องทั้งด้านวิชาการและการใช้อุปกรณ์เครื่องมือ จะช่วยให้การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
3. ด้านนโยบาย ผู้บริหารควรมีการสนับสนุนและผลักดันให้มีการนำระบบการพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบไร้รอยต่อ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ และสนับสนุนให้มีการทำวิจัยในเรื่องอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายเวลาในการดำเนินการวิจัยให้อยู่ในช่วง 10 - 18 เดือน เพื่อการประเมินผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และควรขยายขอบเขตการวิจัยให้ครอบคลุมทั้งระบบตั้งแต่การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ให้เชื่อมโยงจนถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือการใช้เครื่องมือประเมินศักยภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2562. <https://www.niems.go.th/1/Ebook/Detail/908?group=21>
2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนกลยุทธ์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560. http://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/256206251325543945_1015dxGgteyAeCQL.pdf
3. นภัสวรรณ พชรธนสาร, วิวัฒน์ เอกบุรณะวัฒน์, รัชณี คณิงคิด, มาลิน บุณยรัตพันธุ์. สิ่งคุกคามต่อสุขภาพและอุบัติเหตุจราจรของคนขับรถปฏิบัติการฉุกเฉิน. วารสารควบคุมโรค. 2559;42(4):304-14.
4. กรกต ปล้องทอง, บริบูรณ์ เชนธนากิจ, บวร วิทยชำนาญกุล, ปริญญา เทียนวิบูลย์, พิษณุตม์ ภิญโญ, อีรพล ตั้งสุวรรณรักษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในแผนกฉุกเฉินนานมากกว่า 6 ชั่วโมง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(3):381-90. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5416>

5. ศูนย์ข้อมูลงานส่งต่อ โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์ หม่อมทวน. สรุปการดำเนินงานการรับ-ส่งผู้ป่วย โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์ หม่อมทวน ปีงบประมาณ 2566. กาญจนบุรี: โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์ หม่อมทวน; 2567.
6. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ; 2562. <https://drive.google.com/drive/folders/1rsEM1PeLGU1CaX-SdLgKtGVgyjEwOdVv>
7. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills (CA): Sage Publications; 1985.
8. กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมไทยรีเฟอร์ (Thai Refer) สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพ [โปรแกรมคอมพิวเตอร์]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2556. <http://www.kshos.go.th/images/PDF/IT/Thai%20Refer.pdf>
9. Bloom BS. Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill; 1976.
10. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
11. ทิพย์วิภา สังข์อินทร์, ภาณุ อดกัณ, นุชนารถ ศรีนาค. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบครบวงจร โรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2563;8(2):104-14.
12. วาสีทธิ นงนุช, วิศิษฐ์ ทองคำ, วัชร เอี่ยมรัศมีกุล. การพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล โรงพยาบาลเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560;10(2):49-57.
13. สะอาด วรบุตร. การพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล: โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี: โรงพยาบาลกุมภวาปี; 2566. <https://kumpawapihospital.go.th/knowledge/>
14. ดวงเดือน ราชคมภ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินเทอร์เนต. 2567;5(2):72-83.

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

Electronic cigarette smoking behavior among university students in
a Northeastern Region University, Thailand

อุมพร เคนศิลา*, นิตยากร ลุนพรหม*, สุรีย์พร โพธิ์ช่วย*

Umaporn Kensila*, Nittayagorn Loonprom*, Sureeporn Phochuay*

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

*Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

Corresponding author: Sureeporn Phochuay; Email: sureeporn.ph@udru.ac.th

Received: September 18, 2025; Revised: April 30, 2026; Accepted: May 1, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 234 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า แรงจูงใจ ทศนคติ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรครจากบุหรี่ไฟฟ้า เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง .67-1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถาม เท่ากับ .89, .88, .83 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.80 และเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าในช่วงอายุ 16-20 ปี โดยมีพฤติกรรมสูบทุกวัน ร้อยละ 66.24 สาเหตุหลักของการเริ่มสูบคือการคลายเครียด ร้อยละ 41.90 และมักสูบในโอกาสสังสรรค์ ร้อยละ 31.20 ระดับแรงจูงใจ ทศนคติ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรครอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.21, 3.15 และ 2.84 ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า เพศชายมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .274, p < .001$) อายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .165, p = .011$) และกลุ่มตัวอย่างที่พักหอพักนอมมหาวิทยาลัยหรือพักอาศัยที่บ้านมีแนวโน้มสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าผู้ที่พักในหอพักมหาวิทยาลัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .158, p = .015$) ซึ่งอาจเนื่องจากความสะดวกในการเข้าถึงได้ง่ายกว่า

คำสำคัญ: พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า, บุหรี่ไฟฟ้า, นักศึกษาระดับอุดมศึกษา

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine the factors associated with electronic cigarette use among undergraduate students at a university in the northeastern region of Thailand. The sample consisted of 234 students. Data was collected using a structured questionnaire comprising five sections: demographic characteristics, e-cigarette use behavior, motivation, attitudes, and perceived risk of diseases related to e-cigarette use. Content validity was assessed by three experts, yielding an index of item-objective congruence ranging from .67 to 1.00. The reliability of the instrument, assessed using Cronbach's alpha coefficients, was .89, .88, .83, and .92, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the chi-square test.

The results indicated that most participants were male (68.80%) and initiated e-cigarette use between the ages of 16 and 20 years. Daily use was reported by 66.24% of the participants. The primary reason for initial use was stress relief (41.90%), followed by use during social gatherings (31.20%). The levels of motivation, attitudes, and perceived risk of disease related to e-cigarette use were at a moderate level (mean = 3.21, 3.15, and 2.84, respectively). Factors significantly associated with e-cigarette use behavior included gender, age, and type of residence. Male students were more likely to use e-cigarettes than females ($r = .274, p < .001$). Increasing age was positively associated with e-cigarette use ($r = .165, p = .011$). And participants who lived in off-campus dormitories or at home were significantly more likely to use e-cigarettes than those living in university dormitories ($r = .158, p = .015$), possibly due to easier access to e-cigarette products.

Keywords: electronic cigarette use behavior, electronic cigarettes, university students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุหรี่ไฟฟ้าส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เนื่องจากสารนิโคตินที่มีฤทธิ์เสพติดและสารเคมีอันตรายที่ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ โดยทางด้านร่างกายจะก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคระบบทางเดินอาหาร รวมทั้งมีผลต่อโรคฟันและเหงือก ซึ่งก่อผลเสียทั้งในด้านสุขภาพของตัวนักศึกษา และบุคคลรอบข้าง¹⁻² บุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบในรูปแบบใหม่ที่ใช้เทคโนโลยีการทำให้เป็นไอด้วยระบบอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้พลังงานจากแบตเตอรี่ ในการส่งสารนิโคติน สารปรุงแต่งรส และสารเคมีต่าง ๆ ให้กับผู้สูบ ซึ่งในช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาบุหรี่ไฟฟ้าถูกออกแบบมาเพื่อเป็นทางเลือกทดแทนสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่แบบมาน³ สถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศ ข้อมูลจากการสำรวจเยาวชนไทยในสถานศึกษา ประจำปีพ.ศ. 2564 เมื่อจำแนกตามภูมิภาคพบว่า ภาคเหนือมีสัดส่วนเยาวชนผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าสูงสุด ร้อยละ 4.60 รองลงมา คือ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ร้อยละ 4.10 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 3.60 ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า นักศึกษาระดับอุดมศึกษามีสัดส่วนการใช้บุหรี่ไฟฟ้าสูงที่สุด ร้อยละ 4.60 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่านักศึกษาระดับอุดมศึกษาเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพสูงที่สุดต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า⁴

จากสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย ปีพ.ศ. 2565 พบอายุเฉลี่ยของผู้ที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าครั้งแรก คือ 18.50 ปี⁵ และจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ การขาดการควบคุมตนเอง พฤติกรรมการแสวงหาความตื่นเต้น ภาวะซึมเศร้าและความเครียด⁶ ปัจจัยด้านสังคมและครอบครัว ได้แก่ อิทธิพลของผู้ปกครองและเพื่อนที่สูบบุหรี่ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัย

ด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม ได้แก่ การโฆษณาและการตลาดของบริษัทยาสูบ การเปิดรับภาพการสูบบุหรี่ในสื่อ และผลิตภัณฑ์รสชาติที่น่าสนใจสำหรับเยาวชน⁷ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในสถาบันการศึกษายังเป็นการละเมิดข้อระเบียบของสถานศึกษาทุกแห่ง และเป็นการฝ่าฝืนพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ที่กำหนดให้สถานศึกษาเป็นเขตปลอดบุหรี่ ซึ่งรวมถึงการห้ามใช้บุหรี่ไฟฟ้าด้วย การฝ่าฝืนอาจได้รับโทษปรับหรือโทษจำคุก^{8, 9, 10}

ในปัจจุบัน บุหรี่ไฟฟ้าได้รับความนิยม เข้าถึงได้ง่าย และมีการจำหน่ายทางอินเทอร์เน็ตอย่างแพร่หลาย และมีการออกแบบรูปลักษณ์ สี กลิ่นที่สามารถทำให้เยาวชนมีความสนใจ¹⁰ ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้เกี่ยวข้องในการนำไปออกแบบโปรแกรมหรือพัฒนาแนวทางป้องกันและลดการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร คือ นักศึกษาที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ชั้นปีที่ 1-4 ณ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ เพศ อายุ รายได้ สถานที่พักอาศัย และระดับชั้นปีการศึกษา แรงจูงใจในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา

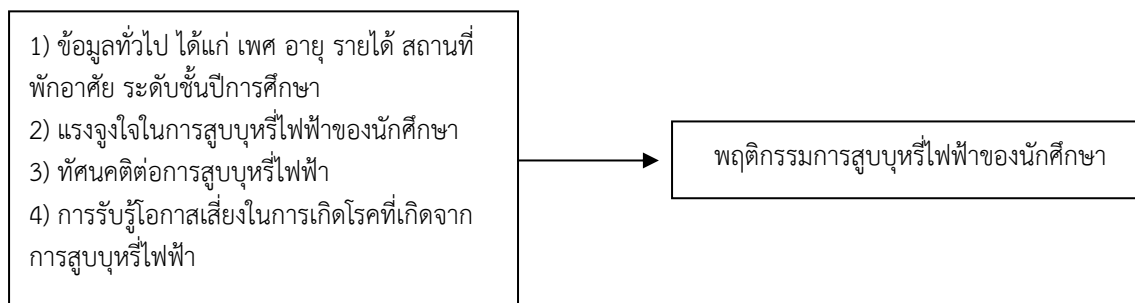
ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ศึกษาข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 ณ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยนำทฤษฎีความรู้ความเข้าใจทางสังคม (social cognitive theory) อธิบายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยตัวแปรต้น คือ ข้อมูลทั่วไป แรงจูงใจในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ส่วนตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีภาคปกติ ชั้นปีที่ 1-4 ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีบริบูรณ์ ณ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย จำนวน 16,883 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับอุดมศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างคือสูตร Infinite population mean ในแอปพลิเคชัน N4Study ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 234 คน เก็บตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) และเก็บข้อมูลได้จริง จำนวน 234 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นนักศึกษาระดับอุดมศึกษาเพศหญิงและชาย ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี
2. สูบบุหรี่ไฟฟ้า
3. ยินดีให้ข้อมูลกับผู้วิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

ขอยกออกจากงานวิจัย

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{z^2 \frac{\sigma^2}{1 - \frac{\alpha^2}{2}}}{d^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 \frac{0.05^{0.39^2}}{1 - \frac{0.05^{0.39^2}}{2}}}{0.05^2}$$

$$n = 234 \text{ คน}$$

- n = จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
- σ = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของนักศึกษาระดับอุดมศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (0.39 ได้จากการศึกษานำร่อง)
- Z = คะแนนปกติมาตรฐานที่ร้อยละ 95 ของช่วงความเชื่อมั่น
- d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้
- α = คะแนนมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น (1- α)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา¹⁰ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาระดับอุดมศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ สถานที่พักอาศัย ระดับชั้นปีการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 10 ข้อ เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) มีค่าคะแนนในแต่ละข้อตั้งแต่ 1 ถึง 5 แปลผลคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้ มีแรงจูงใจในการสูบบุหรี่มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00) มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40) น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60) น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80)¹¹

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 10 ข้อ เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) มีค่าคะแนนในแต่ละข้อตั้งแต่ 1 ถึง 5 แปลผลคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ทัศนคติที่ไม่ดีต่อบุหรี่มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00) มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40) น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60) น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80)¹¹

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 10 ข้อ เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) มีค่าคะแนนในแต่ละข้อตั้งแต่ 1 ถึง 5 แปลผลคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00) มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40) น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60) น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80)¹¹

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย อายุเริ่มแรกที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวนครั้งในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า สาเหตุของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในสถานที่สาธารณะภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โอกาสในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า บุคคลที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่อเดือน สถานที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า และการคาดการณ์ว่าจะเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าภายในระยะเวลา 12 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลชุมชน และอาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์และความตรงของเนื้อหา และหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา (Index of Item - Objective Congruence: IOC) มีค่าเท่ากับ .67 - 1.00 และตรวจสอบความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 5 แรงจูงใจในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการ

เกิดโรคที่เกิดจากการสับบู่ไฟฟ้า และพฤติกรรมสับบู่ไฟฟ้าของนักศึกษาไปทดลองใช้กับกลุ่มนักศึกษา ระดับอุดมศึกษาพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน และนำมาทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .89, .88, .83 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่รับรองโครงการ อว 0622.7/159 วันที่รับรอง 28 พฤษภาคม 2566 และผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและได้รับการยินยอมจากผู้ร่วมวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล และแจ้งการนำเสนอข้อมูลว่าจะนำเสนอ ข้อมูลในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และจะทำลายข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย นักวิจัย จำนวน 2 คน โดยมีการประชุมเพื่อเตรียมความพร้อม และทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถาม การแปล ความหมายคำตอบของกลุ่มตัวอย่างโดยทำความเข้าใจที่ตรงกัน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดบอก วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้ง กล่าวถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยการบันทึกข้อมูลจะไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล แรงจูงใจในการสับบู่ไฟฟ้า ทศนคติต่อการสับบู่ไฟฟ้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกิดจากการสับบู่ไฟฟ้า และพฤติกรรมสับบู่ไฟฟ้าของนักศึกษา ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ รายได้ สถานที่พักอาศัย ระดับชั้นปีที่ศึกษา ระดับแรงจูงใจในการสับบู่ไฟฟ้า ระดับทัศนคติต่อการสับบู่ไฟฟ้า ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกิดจากการสับบู่ไฟฟ้า และพฤติกรรมสับบู่ไฟฟ้าของนักศึกษา วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ทดสอบไคสแควร์ (chi square test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.80 มีอายุอยู่ในช่วง 21-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.50 มีรายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 79.80 พักที่บ้าน ร้อยละ 48.30 และกำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 35.90 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n= 243)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	161	68.80
	หญิง	73	31.20
อายุ (ปี)	15-20	66	28.20
	21-25	160	68.38

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
26 ขึ้นไป	8	3.42
รายได้ส่วนบุคคล (บาท/เดือน)		
0-5,000	23	9.83
5,001-10,000	187	79.91
10,001 ขึ้นไป	24	10.26
สถานที่พักอาศัย		
หอพักในมหาวิทยาลัย	28	12.00
หอพักนอกมหาวิทยาลัย	93	39.70
บ้าน	113	48.30
ระดับชั้นปีการศึกษา		
ปีที่ 1	42	17.90
ปีที่ 2	49	20.90
ปีที่ 3	84	35.90
ปีที่ 4	59	25.30

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ากลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 73.90 เริ่มสูบบุหรี่ช่วงอายุ 16-20 ปี ร้อยละ 77.40 สูบทุกวัน ร้อยละ 65.90 สาเหตุที่สูบบุหรี่เพื่อคลายเครียด ร้อยละ 41.90 โดยเฉลี่ยจะสูบ 2-7 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 35.50 สูบเมื่อไปเที่ยวหรือสังสรรค์ ร้อยละ 31.20 คนในครอบครัวไม่มีคนสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 70.10 ค่าใช้จ่ายที่ซื้อสูบบุหรี่ 500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 41.80 สูบบุหรี่ที่ผับและบาร์ ร้อยละ 47.40 และในระยะเวลาอีก 12 เดือนข้างหน้าอาจจะไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 41.00 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n = 234)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1. การสูบบุหรี่ไฟฟ้า		
บุหรี่ยี่ห้อเดียวกับบุหรี่ไฟฟ้า	61	26.10
บุหรี่ไฟฟ้า	173	73.90
2. ทานสูบบุหรี่ไฟฟ้าครั้งแรกเมื่ออายุ (ปี)		
10-15	39	16.60
16-20	181	77.40
21 ขึ้นไป	14	6.00
3. ความถี่ในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า(ครั้งหรือมวน/วัน)		
สูบทุกวัน	155	66.24
สูบ 2-3 วันต่อครั้ง	40	17.10
สูบบางโอกาส	29	12.39
แล้วแต่วัน	10	4.27
4. สาเหตุของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าครั้งแรก		
สูบคลายเครียด	98	41.90
สูบเพราะอยากรลอง	46	19.70
สูบตามเพื่อน	33	14.10

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
สูบกะแท่งในเวลาว่าง	31	13.20
สูบเพื่อแสดงความโก้,เท่	10	4.30
สูบเพื่อแสดงความมั่นใจในตนเอง	9	3.80
สูบเพื่อเพื่อนยอมรับ	7	3.00
5. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่ไฟฟ้า ขณะมีคนอื่นอยู่ในบ้านหรือในสถานที่สาธารณะ		
ไม่สูบ	27	11.50
สูบ ถ้าสูบ ท่านสูบบ่อยแค่ไหน		
สูบ 1 ครั้ง	75	32.10
สูบ 2-7 ครั้ง	83	35.50
สูบ มากกว่า 7 ครั้ง	49	20.90
6. โอกาสในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า		
เที่ยวสังสรรค์	73	31.20
เมื่อเครียด	58	24.80
เวลาใช้ความคิดอยู่คนเดียว	41	17.50
หลังรับประทานอาหาร	21	9.00
ทุกครั้งที่มีโอกาส	19	8.10
เมื่อมีความประหม่า	10	4.30
เวลาหยุดพักระหว่างเรียน	5	2.10
หลังตื่นนอนใหม่	4	1.70
ก่อนรับประทานอาหาร	3	1.30
7. ในครอบครัวมีสมาชิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า		
บิดา-มารดา พี่-น้อง	56	39.20
ญาติ (ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง)	14	20.00
ไม่มี	164	70.10
8. ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่อเดือนประมาณ (บาท)		
0-500	98	41.88
501-1,000	69	29.49
1,001 ขึ้นไป	67	28.63
9. สถานที่ชอบสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากที่สุด		
ร้านอาหาร	4	1.70
ที่พักราคาย	57	24.40
ทุกที่ถ้ามีโอกาส	62	26.50
ผับ/บาร์	111	47.40
10. ในระยะเวลาอีก 12 เดือนข้างหน้าท่านคิดว่าจะสูบบุหรี่ไฟฟ้าหรือไม่		
ไม่สูบอย่างแน่นอน	63	26.90
อาจจะไม่สูบ	96	41.00
อาจจะสูบ	51	21.80
สูบอย่างแน่นอน	24	10.30

3. ระดับแรงจูงใจในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.21 (SD = 1.42) โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นเพื่อนสูบแล้วมีความสุขเลยอยากทำตาม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 (SD = 1.35) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แรงจูงใจในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n = 234)

แรงจูงใจในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. ชอบและอยากทดลองสูบบุหรี่ไฟฟ้า	2.65	1.50	ปานกลาง
2. สูบบุหรี่ไฟฟ้าตามบุคคลในครอบครัว	3.51	1.26	มาก
3. เชื่อตามที่บิดา มารดาเตือนไม่ให้คบเพื่อนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า	3.50	1.49	มาก
4. สามารถหาซื้อบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่าย	3.12	1.65	ปานกลาง
5. เห็นเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้าแล้วมีความสุขเลยอยากทำตาม	3.59	1.35	มาก
6. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เป็นที่ยอมรับจากเพื่อนในกลุ่ม	2.52	1.28	น้อย
7. การจัดกิจกรรมการรณรงค์ต่อต้านด้านการสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้ไม่อยากสูบบุหรี่ไฟฟ้า	2.73	1.59	ปานกลาง
8. เพื่อนตักเตือนเกี่ยวกับพฤติกรรมสูบบุหรี่ไฟฟ้า	3.41	1.55	มาก
9. โฆษณาขายบุหรี่ไฟฟ้าในสื่อต่าง ๆ ทำให้อยากลองสูบบุหรี่ไฟฟ้า	3.56	1.33	มาก
10. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของดารามีส่วนทำให้อยากสูบบุหรี่	3.56	1.28	มาก
ภาพรวม	3.21	1.42	ปานกลาง

4. ทักษะคติในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทักษะคติในการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีทักษะคติอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 (SD = 1.27) โดยมีทักษะคติเชื่อว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีทั้งอันตรายและผลเสียมากกว่าผลดี อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 (SD = 1.18) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ทักษะคติในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n = 234)

ทักษะคติในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เท่	3.34	1.24	ปานกลาง
2. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น	3.34	1.24	ปานกลาง
3. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นการสิ้นเปลืองเงิน	3.56	1.18	มาก
4. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นเป็นพฤติกรรมที่ไม่ดี	2.63	1.13	ปานกลาง
5. การสูบบุหรี่ไฟฟ้านำไปสู่การใช้ยาเสพติดอื่น ๆ	3.23	1.22	ปานกลาง
6. ถ้าเพื่อนในกลุ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้า คิดว่าจำเป็นต้องสูบบุหรี่ด้วย	3.40	1.18	ปานกลาง
7. การสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีทั้งอันตรายและผลเสียมากกว่าผลดี	3.63	1.22	มาก
8. คนที่ติดบุหรี่ไฟฟ้าจะเลิกบุหรี่ได้ยาก	2.64	1.19	ปานกลาง
9. การลองสูบบุหรี่ไฟฟ้าครั้งเดียวจะไม่ติดบุหรี่ไฟฟ้า	2.60	1.49	น้อย
10. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นพฤติกรรมที่ไม่น่าเรียนแบบ	3.11	1.68	ปานกลาง
ภาพรวม	3.15	1.27	ปานกลาง

5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 (SD = 1.66) โดยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่ปอดเท่านั้น อยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.25 (SD = 1.40) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n = 234)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	$\bar{x}$	SD	แปลผล
1. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสาเหตุของโรคในช่องปาก	3.39	1.70	ปานกลาง
2. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้การรับรู้กลิ่นและรสชาติลดลง	3.13	1.61	ปานกลาง
3. วัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าจะมีความฉลาดต่ำกว่าวัยรุ่นที่ไม่สูบ	2.28	2.38	น้อย
4. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้ผู้สูบแก่เร็วกว่าผู้ไม่สูบ	3.19	1.59	ปานกลาง
5. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นประจำจะช่วยป้องกันโรคหัวใจ	2.74	1.62	ปานกลาง
6. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัดใจ	3.20	1.61	ปานกลาง
7. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นไม่มีผลเสียต่อร่างกาย	2.71	1.65	ปานกลาง
8. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้มีกลิ่นตัวเหม็น	3.22	1.67	ปานกลาง
9. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคเฉพาะที่ปอดเท่านั้น	2.25	1.40	น้อย
10. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นวิธีการลดความเครียด	2.33	1.40	น้อย
ภาพรวม	2.84	1.66	ปานกลาง

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าความสัมพันธ์ด้านเพศ อายุ สถานที่พักอาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$, $p = .011$, $p = .015$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 234)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	
	χ^2	p-value
เพศ	.274	<.001*
อายุ	.165	.011*
รายได้	.005	.939
สถานที่พักอาศัย	.158	.015*
ระดับชั้นปีการศึกษา	.027	.684
แรงจูงใจในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	.103	.117
ทัศนคติในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	.045	.492
การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	.004	.951

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยสรุปตามตัวแปรที่ศึกษาดังนี้

1.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 73.90 เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.40

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าบุหรี่ยาสูบไฟฟ้ามีความแพร่หลายสูงมากในระดับอุดมศึกษา โดยพบว่านักศึกษาถึง 3 ใน 4 คน มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการแพร่ระบาดของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่ม

วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ทั้งนี้สอดคล้องกับรายงานของ World Health Organization ที่ระบุว่าวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มเริ่มใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่สูง เนื่องจากการรับรู้ความเสี่ยงต่ำและการเข้าถึงที่ง่าย¹²

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของนักเรียนสถาบันการอาชีวศึกษา ภาคกลาง 1 พบว่านักเรียนสถาบันการอาชีวศึกษาในภาคกลางเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าอายุเฉลี่ย 15.77 ± 1.150 ปี ซึ่งในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า¹¹ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย ที่พบว่าเพศชายมีแนวโน้มการสูบหรี่ไฟฟ้าสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งในนักศึกษาชายที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าทุกวัน ส่วนสาเหตุที่สูบบุหรี่ครั้งแรก คือ เพื่อคลายเครียด-เพื่อนชักชวน อยากทดลอง และต้องการคลายเครียดเช่นกัน¹³ ในการศึกษาครั้งนี้ความถี่ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าโดยเฉลี่ยจะสูบ 2-7 ครั้ง/สัปดาห์ และสูบเมื่อไปเที่ยวหรือมีกิจกรรมสังสรรค์ ค่าใช้จ่ายที่ซื้อสูบบุหรี่ต่อเดือน ประมาณ 501-1,000 บาท/เดือน สถานที่ที่สูบบุหรี่มากที่สุดคือผับและบาร์ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ซึ่งแสดงให้เห็นว่านักศึกษาระดับอุดมศึกษามีความสามารถในการใช้จ่ายสำหรับบุหรี่ไฟฟ้า สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่านักศึกษาเลือกใช้บุหรี่ไฟฟ้าแทนบุหรี่ธรรมดา และมีนักศึกษาที่ใช้บุหรี่ธรรมดาร่วมกับบุหรี่ไฟฟ้ามากถึงร้อยละ 26.10 สะท้อนแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในปัจจุบัน¹⁴ ซึ่งสอดคล้องกับผลศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมต้องการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าบุหรี่ไฟฟ้าได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเนื่องจากการรับรู้ว่าเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยกว่าบุหรี่ธรรมดา¹⁵ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งในการตัดสินใจใช้¹⁶

1.2 ระดับแรงจูงใจในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีแรงจูงใจระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.21 โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ เห็นเพื่อนสูบแล้วมีความสุขเลยอยากทำตาม โฆษณาขายบุหรี่ในสื่อต่าง ๆ ทำให้อยากลองสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของดารามีส่วนทำให้อยากสูบบุหรี่

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า สื่อโฆษณามีผลต่อแรงจูงใจในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา ในปัจจุบันเยาวชนสามารถรับรู้สื่อโฆษณานะบุหรี่ไฟฟ้าต่างประเทศ ซึ่งมีการเผยแพร่ไปทั่วโลกตามการสื่อสารช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ และเพื่อนส่งผลต่อแรงจูงใจด้านการสูบบุหรี่คือ หากคบเพื่อนที่สูบบุหรี่แล้วชักชวนให้ลองสูบ ซึ่งมีผลต่อจิตใจด้านการอยากรู้อยากลองและการถูกยอมรับในกลุ่มเพื่อนมากขึ้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษา จังหวัดบุรีรัมย์ กล่าวว่ากลุ่มตัวอย่างถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่มวน เพื่อนสนิทสูบบุหรี่ไฟฟ้า ผู้ปกครองสูบบุหรี่ สามารถเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่าย¹⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้าที่พบว่ามีความแรงจูงใจในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจากการได้รับข่าวสารจากสื่อสังคมออนไลน์¹⁸

1.3 ระดับทัศนคติในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าทัศนคติในการสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง โดยส่วนใหญ่คิดว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีทั้งอันตรายและผลเสียมากกว่าผลดี

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าควรมีการส่งเสริมทัศนคติความเชื่อที่ถูกต้องเรื่องการสูบบุหรี่ไฟฟ้าให้กับนักศึกษาเพิ่มเติม เนื่องจากพบว่าทัศนคติในการสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ ความเชื่อ ซึ่งจะส่งผลต่อการแสดงออกด้านพฤติกรรม ถ้าหากมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง อาจส่งผล

ทำให้นักศึกษามีความคิดที่อยากจะลองใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้ ดังนั้นควรส่งเสริมทัศนคติที่ถูกต้อง เพื่อให้นักศึกษามีแนวโน้มในการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ถูกต้อง คือ การไม่ทดลองใช้บุหรี่ไฟฟ้าหรือมีความคิดที่ไม่อยากลองใช้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง¹⁸ และแตกต่างจากการศึกษาการรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งพบว่านักศึกษาระดับอุดมศึกษามีทัศนคติเชิงบวกต่อบุหรี่ไฟฟ้าทุกประเด็น เช่น รู้สึกว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่อันตราย และปลอดภัยกว่าบุหรี่มวน¹⁹

1.4 ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีการรับรู้ว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสาเหตุของโรคในช่องปาก การสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้มีกลิ่นตัวเหม็น และการสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่านักศึกษามีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมีการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ซึ่งระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีผลต่อทักษะในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจในข้อมูลทางสุขภาพ รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาบุหรี่ไฟฟ้าภัยเงียบของวัยรุ่น พบว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นภัยเงียบที่สำคัญในปัจจุบันของวัยรุ่นจากกลยุทธ์ทางการตลาด เช่น การโฆษณาที่สร้างให้เชื่อว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเพราะไม่มีใบยาสูบ อีกทั้งยังสร้างภาพของผู้สูบว่าเป็นคนทันสมัยแต่ในความเป็นจริงกลับพบว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีนิโคตินผสมอยู่ในปริมาณมากและสามารถนำเข้าสู่ร่างกายผู้สูบได้มากกว่าการสูบบุหรี่ธรรมดาถึง 5-9 เท่า³ และรับรู้ว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัยกว่าบุหรี่ทั่วไป ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจใช้¹⁵

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศ อายุ สถานที่พักอาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า เพศชายมีโอกาสใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าผู้หญิง อย่างไรก็ตามควรส่งเสริมให้ความรู้และสร้างความตระหนักเรื่องอันตราย ของบุหรี่ไฟฟ้าในทุกเพศอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อป้องกันและลดการสูบบุหรี่ในระยะยาว และปัจจัยด้านอายุ พบว่าอายุเพิ่มมากขึ้นนักศึกษามีแนวโน้มพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น และสถานที่พักอาศัยชี้ให้เห็นว่านักศึกษาที่พักหอพักนอกมหาวิทยาลัยและบ้าน มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าผู้ที่พักหอพักในมหาวิทยาลัย เนื่องจากเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่ายกว่า

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา²⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย พบว่าเพศชายมีโอกาสใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าเพศหญิง 3.95 เท่าอายุ และแหล่งที่พักอาศัยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05²¹ นอกจากนี้จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา ระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดนครราชสีมา ก็ยืนยันว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาเช่นกัน¹³ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของจิตติธิตา ยมนาและคณะ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยถ้าอายุผู้สูบเพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีความน่าจะเป็น

ที่พฤติกรรมการสูบบุหรี่จะไม่เปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลง²² สำหรับด้านที่פקอาศัย พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน²³

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ รายได้ต่อ ระดับชั้นปี ระดับแรงจูงใจในการสูบบุหรี่ ระดับทัศนคติในการสูบบุหรี่ และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ในการศึกษาครั้งนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แตกต่างจากผลการศึกษาการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ซึ่งพบว่า รายได้ ระดับชั้นปี เป็นปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า¹⁹ ซึ่งการที่ระดับแรงจูงใจในการสูบบุหรี่ ระดับทัศนคติในการสูบบุหรี่ และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในการศึกษานี้ อาจจะเนื่องจากบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และมีปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ ซึ่งปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาควรมีช่องทางให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่และช่องทางติดตามการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา
2. หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาควรส่งเสริมการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า
3. สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาควรมีมาตรการในการควบคุมกฎระเบียบของหอพักสถาบันเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างเคร่งครัด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการศึกษาพบว่า แนวโน้มการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มประชากรที่มีอายุน้อยลง ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษา เพื่อศึกษาพฤติกรรม ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการป้องกันที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มวัยดังกล่าวต่อไป
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าสำหรับกลุ่มนักศึกษาระดับอุดมศึกษา รวมถึงการทดลองนำโปรแกรมไปใช้ และการประเมินผลลัพธ์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนอุดหนุนการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ประเพณทุนอุดหนุนการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่าง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. วงศ์ชญพจน์ พรหมศิลา, พิมพ์พัฒน์ จันทรเทียน, พชรนันท์ รัตนภาค, ชุติมา ปัญญาพินิจนุกร, ทรงพร จันทรพัฒน์, สัมพันธ์ มณีรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการรณรงค์ ลด ละ เลิก บุหรี่ในสถานศึกษาของนักศึกษาชาย ชั้นปีที่ 1 สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2566;8(1):109-18.

2. Nimnuch N, Phetphum C. Factors affecting the use of electronic cigarettes among college students in one province in the lower northern Thailand. JPNC 2025;36(1):115-29.
3. ชนิกา เจริญจิตต์กุล, ขวัญภา ประเสริฐทรง. บุหรี่ไฟฟ้า: ภัยเงียบของวัยรุ่น. วารสารพยาบาลทหารบก. 2567;15(3):149-54.
4. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. รวมพลังภาคีเครือข่ายควบคุมยาสูบ 20 จังหวัดภาคอีสาน ร่วมประกาศเจตนารมณ์ "คนอีสานไม่เอาบุหรี่ไฟฟ้า". 2567. <http://www.ashthailand.or.th>
5. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2565. 2566. <https://sustainability.mahidol.ac.th/th/case-study/SDGs/detail/175>
6. Bricker JB, Rajan KB, Zalewski M, Ramey M, Peterson AV, Andersen MR. Psychological and social risk factors in adolescent smoking transitions: a population-based longitudinal study. Health Psychol 2009;28:439. doi:10.1037/a0014568
7. Lin M, Chu M, Li X, Ma H, Fang Z, et al. Factors influencing adolescent experimental and current smoking behaviors based on social cognitive theory: a cross-sectional study in Xiamen. Front Public Health. 2023;11:1093264. doi:10.3389/fpubh.2023.1093264
8. พิชญ์เนตร เรชะวิชิตชัย. มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า. วารสารบัณฑิตศึกษานิติศาสตร์. 2563;3(4):446-65.
9. เรณุกา ทัพเวช. การเปิดรับสื่อและผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นสังกัดกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
10. Best JW. Research in education. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1977.
11. ฉัตรทริกา กิจแสงทอง, รัฐพล ศิลปรัศมี, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, ทศพร ชูศักดิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนสถาบันการอาชีวศึกษา ภาคกลาง 1. Singburi Hosp J. 2567;33(2):108-17.
12. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d6747635-8c77-431e-9554-b3a2cd4d21a1/content>
13. พัทรินทร์ ยุพา, ธวัชชัย เอกสันติ, ศิริลักษณ์ เพียรธัญญะ, ศุภรัตน์ คงรอด, สิริยากร พันจันทิก, สุกัญญา ผลพิมาย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2567;9(2):51-69.
14. ยสินทร มีกุล, อรณภา ลำปิยะ, วุฒิฉาน ห้วยทราย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2566;19(1):76-88.
15. ปิยวรรณ บุญเพ็ญ, ภาวนา เมนทะระ, ปิยชาติ บุญเพ็ญ. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมต้องการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารศรีนครินทร์วิจัยและพัฒนา สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2562;11(22):111-27.
16. กมลฤ ถนอมสัจย์, พนิตนันท์ แซ่ลิ้ม, พุทธพร อ่อนคำสี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;16(1):81-90.

17. กิตติพงษ์ เรือนเพชร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษา จังหวัดบุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
18. ธนยพร พิมพ์การ และคณะ. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัย อุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2568;9(3):1-14.
19. ณัฐพล รุ่งโรจน์สิทธิชัย. การรับรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
20. พรทิพา สุวัฒน์บุญ, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสุขศึกษา. 2564;44(2):88-101.
21. หนึ่งฤดี นิมนุช, จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2568;36(1):115-29.
22. ทิตติตา ยมนา, จิตติพงศ์ พันธวงศ์, ณัฐวรา พรไพศาลสกุล, นริศตัย แสงสุวรรณ, สุทธิวัส ผัดคำ, ศรดา คุ่มทรัพย์, และคณะ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า กรณีศึกษา: นิสิตนักศึกษา. วารสารเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ. 2566;14:83-100.
23. ลักษมล ลักษณะวิมล, เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์, สายฝน เอกวางกูร, นัยนา หนูนิล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน อำเภอบ้านลาด จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาล. 2563;69(1):1-9.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 60-79 ปี
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาหมอ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
The factors affecting the quality of life of elderly people 60-79
years old in Nong Pla Mo Health Promotion Hospital Ban Pong District,
Ratchaburi province

พงษ์เดช วิวัฒน์นาค*

Pongdete Wiwattanakom*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาหมอ จังหวัดราชบุรี

* Nong Pla Mo Subdistrict Health Promoting Hospital, Ratchaburi Province

Corresponding author: Pongdete Wiwattanakom; Email: keauwzaa@gmail.com

Received: October 1, 2025; Revised: February 20, 2026; Accepted: February 20, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาหมอ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60-79 ปี สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 150 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึที่มีคุณค่าในตัวเองและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่าง .67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83, .76, .84. และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัย 1) ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.06, SD = 0.47) ด้านร่างกายอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.99, SD = 0.55) ด้านจิตใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.20, SD = 0.52) ด้านสัมพันธภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.33, SD = 0.67) ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.28, SD = 0.55) 2) การรับรู้ว่าคุณค่าในตัวเองมีความสำคัญ การรับรู้ว่าคุณค่าในตัวเองมีความดี การรับรู้ว่าคุณค่าในตัวเองมีความสามารถ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 60-79 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) มีค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ เท่ากับ .573

คำสำคัญ: ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, สัมพันธภาพในครอบครัว, การเห็นคุณค่าในตนเอง, คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

Abstract

The research was study that aimed to relate factors among quality-of-life elderly in Nong Pla Mo Health Promotion Hospital. Simple random sampling consists of 150 elderly 60-79 years old. The questionnaires such as personal information, health data and health service, The active of activities of daily living, relation within a family. self-esteem and quality of life. The content validity is made by 3 content experts. Index of Item-objective congruence were between .67-1.00. The reliability was 83, .76, .84. and .92 respective. Analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, multiple regression analysis by stepwise

The results showed that: 1) Quality of life were high level ($\bar{X}$ = 4.06, SD = 0.47), physical domain was high level ($\bar{X}$ = 3.99, SD = 0.55), psychological domain was high level ($\bar{X}$ = 4.20, SD = 0.52), social relationships domain was moderate level ($\bar{X}$ = 3.33, SD = 0.67), environmental domain was highest level ($\bar{X}$ = 4.28, SD = 0.55) 2) Self-esteem such as significance, virtue and competence were affecting the quality of life of the elderly statistically significant .001, coefficient of determination = .573

Keywords: activities of daily living, family relationships, self-esteem, quality of life

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยกำลังเผชิญวิกฤตประชากรมีภาวะเกิดน้อยกว่าตายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา อัตราผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ทำให้คาดการณ์ว่าในอีก 16 ปีข้างหน้า หรือประมาณ พ.ศ. 2583 ประชากรวัยเด็กจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 12.79 ประชากรวัยแรงงานลดลงเหลือเพียงร้อยละ 55.83 ขณะที่ประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 31.37 หรือมากกว่าประชากรวัยเด็ก 2.45 เท่า¹

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีพ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีประชากรทั้งสิ้น 66.50 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 16.73 สะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยได้เข้าสู่เป็นสังคมผู้สูงอายุ (aged society) และในปีพ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (complete-aged society) และสำนักงานสถิติแห่งชาติคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 26.90 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งเป็นการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสุดยอด (super-aged society)²

จากสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นำไปสู่ประเด็นความท้าทายต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (quality of life) ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมถอยของร่างกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ ด้านจิตใจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทและการถูกทิ้งให้อยู่ลำพัง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งการเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจล้วนนำไปสู่ผลต่อภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มขึ้นตามไปด้วย³ และการที่ผู้สูงอายุต้องอยู่ลำพังหรืออยู่กับคู่สมรสเนื่องจากบุตรหลานต้องไปประกอบอาชีพนอกบ้าน ทำให้โอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยลงเนื่องจากไม่มีคนพาไป หรือไม่มีคนดูแลอย่างจริงจัง อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยวัดจากการไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานได้ เช่น การรับประทานอาหาร การล้างหน้า การแปรงฟัน การสวมใส่เสื้อผ้าและการขับถ่าย ซึ่งส่งผลกระทบไปถึงปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ที่อาจมาจากปัญหาเศรษฐกิจร่วมด้วย คือ ผู้สูงอายุมีสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมกับวัยและโรคที่เป็นอยู่ ส่วนปัญหาด้านสังคม การที่ผู้สูงอายุมีการศึกษาน้อย อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในเรื่องของการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพและสังคม ไม่สามารถเข้าถึงข่าวสาร

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพทางกาย คือ ความเจ็บป่วย จากผลที่เกิดขึ้นทางร่างกายที่ส่งต่อคุณภาพชีวิต สุขภาพทางกาย เป็นการประเมินประสิทธิภาพร่างกาย และสุขภาพทางจิตใจ เป็นการประเมินเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกที่ดีและไม่ดี การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นการประเมินความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวและชุมชน ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพร่างกาย สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเองและการทำกิจกรรมต่าง ๆ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่หมดภาระในการสร้างเศรษฐกิจแล้ว สิ่งที่ย้ำารคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจที่ดี ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ดี และสิ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สำคัญที่สุดคือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน⁵ ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อพฤติกรรมของตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่มีการกระทำอย่างสม่ำเสมอ และการกระทำที่คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นสิ่งสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการควบคุมโรคเรื้อรังและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับช่วงวัยของผู้สูงอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะลดลงไป ปัจจัยที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีทั้งด้านตัวผู้สูงอายุเองและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้มีความรู้และมีทักษะขั้นสูงหรือเฉพาะ กล่าวคือ แม้ว่าจะสูงวัยแล้วความสามารถก็ยังคงอยู่ในบุคคลนั้น ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม⁶ การที่ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะจะทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการพัฒนาในด้านต่าง ๆ และจากผลการสำรวจของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โรคเบาหวาน โรคสมองเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจมากขึ้น การเตรียมพร้อมตั้งรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ก่อน ก็ย่อมเป็นประโยชน์ต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุและมีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นด้วย หากไม่มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหรือสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น สิ่งที่สำคัญคือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุต้องมีการเตรียมพร้อม เพื่อรองรับปัญหาต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากความเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ² ข้อมูลของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 97.30 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.10 นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมาจากครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่น ดูแลผู้สูงอายุอย่างดีโดยเฉพาะด้านอาหารและโภชนาการ⁸ โดยสรุปงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความหลากหลายทั้งในเรื่องของปัจจัยต่าง ๆ และความแตกต่างของผู้สูงอายุในด้านคุณลักษณะทางประชากร ระดับการศึกษา ปัจจัยของผู้สูงอายุเอง ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างทางสังคมไทยที่ ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง ทำให้สูญเสียโอกาสต่าง ๆ

จากสถานการณ์ข้างต้น ผู้วิจัยสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลหนองปลาหมอ ซึ่งเป็นชุมชนชนบทและมีบริบทของลาวญวน มีวิถีชีวิตที่เป็นเกษตรกรรม และประชากรผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาหมอ จำนวน 934 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 96.57 ติดบ้าน ร้อยละ 2.36 และติดเตียง ร้อยละ 1.07⁹ ดังนั้นการศึกษามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถนำผลการศึกษามาวางแผนในการพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยเลือกศึกษาในผู้สูงอายุ

60-79 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลาง เป็นกลุ่มที่ยังพอช่วยเหลือตัวเองได้ และนำผลที่ได้จากการศึกษาไปวางแผนร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เหมาะสมในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ 60-79 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาหมอ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 60-79 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาหมอ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 60-79 ปี

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60-79 ปี ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาหมอ โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่ที่ 1-5 หมู่ที่ 7-8 และ หมู่ที่ 15 ตำบลหนองปลาหมอ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 778 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ตัวแปรตามคือ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

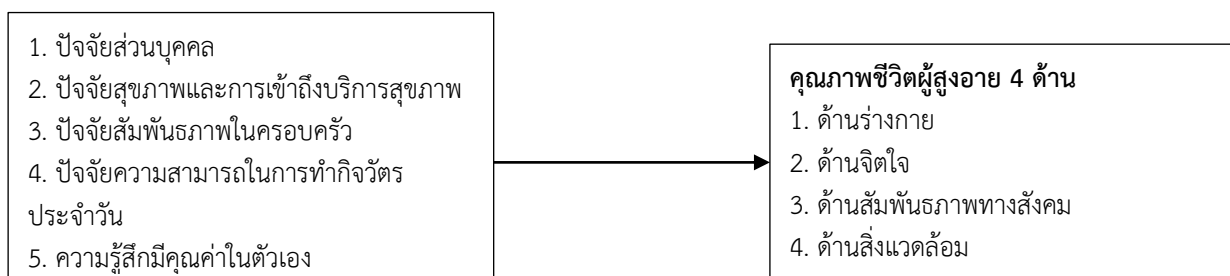
ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน - พฤศจิกายน 2568 พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาหมอ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดเรื่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมิน ADL ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีความสำคัญต่อการระบุความต้องการความช่วยเหลือ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงแนวคิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ที่จะแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งศักยภาพด้านต่าง ๆ และสามารถนำมาปรับใช้ได้ และใช้แนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัวของสกินเนอร์ สไตน์ฮาวน์ และซานตาบาบารา (Skinner, Steinhauer; & Senta-Barbara, 1995)¹⁰ ในเรื่องการปฏิบัติหน้าที่ต่อกันของครอบครัวอย่างเป็นประจำเกิดจากสัมพันธภาพซึ่งมีผลต่อการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ของสมาชิกในบ้านครอบครัว ดังรูปที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยสำรวจแบบเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60-79 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาหมอ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 788 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60-79 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาหมอ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 150 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power โดยใช้ค่าพารามิเตอร์ effect size = .15 ค่า power of test = .80, ค่าแอลฟา = .05 ตัวแปรที่เข้าการทำนาย 14 ตัว¹¹ คำนวณตัวอย่างที่ได้ 135 คน ผู้วิจัยได้กำหนดโอกาสการสูญเสียข้อมูลเมื่อรวบรวมข้อมูลได้ 10% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 148.5 คน เก็บข้อมูลจริงจำนวน 150 คน ใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) การเลือกตัวอย่าง อย่างง่ายโดยการจับฉลาก (simple random sampling) จากแต่ละหมู่บ้าน สู่การวิจัย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหมู่บ้าน

หมู่	จำนวนผู้สูงอายุ(คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	74	14
2	80	15
3	38	7
4	69	13
5	136	26
7	78	15
8	158	30
15	155	30
รวม	788	150

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงและชาย ที่มีอายุ 60 -79 ปี
2. สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ ไม่มีความผิดปกติของการรับรู้ (cognitive impairment) คือ ไม่มีความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม โดยการประเมินสภาพการทำงานของสมองทั้ง 6 ด้าน ด้วยวาจา คือ การรับรู้ ความจำ สมาธิ การคำนวณ ความจำระยะสั้น การใช้ภาษา
3. ยินดีให้ข้อมูลกับผู้วิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria)

ขอยกออกจากงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะของครัวครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (barthel activity of daily living: ADL) ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์ตามเกณฑ์การประเมินความสามารถ ตามดัชนีบาร์ธอลันเด็ก¹² ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม 10 ด้าน โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ปฏิบัติสิ่งนั้นไม่ได้เลยหรือได้น้อยมาก ปฏิบัติสิ่งนั้นได้บ้างหรืออาจต้องมีคนช่วย และ ปฏิบัติสิ่งนั้นได้เอง การแปรผลจากคะแนน ADL ดังนี้

การแปรผลค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้สูตรภาคพื้น

$$\begin{aligned}\text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับคะแนน}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} = 0.80\end{aligned}$$

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-0.80) น้อย (ค่าเฉลี่ย 0.81-2.60) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40) มาก (ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20) มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ¹³ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนนจากมากที่สุด ถึง น้อยที่สุด คือ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน น้อยที่สุด 1 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนนจากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด คือ น้อยที่สุด 5 คะแนน น้อย 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน มาก 2 คะแนน มากที่สุด 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best (1977) โดยคำนวณช่วงคะแนนเท่ากับ 0.80 ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-0.80) น้อย (ค่าเฉลี่ย 0.81-2.60) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40) มาก (ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20) มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00)¹⁴

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก WHOQOL-100 ฉบับย่อ ชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)¹⁵ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้าน

สัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 24 ข้อ และตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตโดยรวม 2 ข้อ รวม 26 ข้อ การให้คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนจากมากที่สุด ถึง น้อยที่สุด คือ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน น้อยที่สุด 1 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนนจากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด คือ น้อยที่สุด 5 คะแนน น้อย 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน มาก 2 คะแนน มากที่สุด 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best (1977) โดยคำนวณช่วงคะแนนเท่ากับ 0.80 ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-0.80) น้อย (ค่าเฉลี่ย 0.81-2.60) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40) มาก (ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20) มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00)¹⁴

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ทำการตรวจสอบการหาความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลบ้านโป่ง ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านโป่ง และ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านระเบียบวิธีวิจัย เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์และความตรงของเนื้อหา ให้มีความถูกต้องชัดเจนในเรื่องภาษา ความตรงตามเนื้อหาและครอบคลุม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง .67-1.00 การหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (reliability) โดยการนำแบบสอบถามส่วนที่ 4 และส่วน ที่ 5 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวนที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ราย (try out) วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .83, .76, 84 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี หมายเลข 168/2568 ลงวันที่ 28 พฤษภาคม 2568 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ตลอดจนการชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทางวิชาการ ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรม ฯ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาหมอ เพื่ออนุมัติเก็บข้อมูลวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่เกิดผลเสียใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาตและลงนามในยินยอมให้การศึกษา
3. ดำเนินการการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยตัวผู้วิจัยเอง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 30 นาที
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว ปัจจัยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 60-79 ปี โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis แบบ stepwise) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ $< .05$

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 มีอายุอยู่ในช่วง 60 -70 ปี ร้อยละ 65.33 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.33 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.33 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.00 ความเพียงพอของแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 50.67 อาศัยกับคู่สมรสและญาติ ร้อยละ 32.67 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 87.33 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 86.66 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.33 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรทองผู้สูงอายุ ร้อยละ 76.00
2. การศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้สูงอายุทั้งหมดเป็นกลุ่มติดสังคม ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ร้อยละ 100 โดยที่คะแนน ADL ต่ำสุดเท่ากับ 15 คะแนน สูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (n = 150)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
ติดเตียง (0 – 4 คะแนน)	0	0
ติดบ้าน (5 – 11 คะแนน)	0	0
ติดสังคม (≥ 12 คะแนน)	150	100.00
$\bar{X} = 19.79$, $SD = 0.65$, $Min = 15$, $Max = 20$		

3. การศึกษาระดับสัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ พบว่า สัมพันธภาพภายในครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 0.61$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.38$, $SD = 0.48$) และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 4 มิติ โดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.38$, $SD = 0.48$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับสัมพันธภาพภายในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n=150)

ตัวแปรที่ศึกษา	$\bar{X}$	SD	ระดับ
สัมพันธภาพภายในครอบครัว	4.35	0.61	มากที่สุด
ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง โดยรวม	4.38	0.48	มากที่สุด
- การรับรู้ความสามารถ	4.48	0.54	มากที่สุด
- การรับรู้ที่ตนเองมีความสำคัญ	4.52	0.62	มากที่สุด
- การรับรู้ที่ตนเองมีอำนาจ	4.35	0.65	มากที่สุด
- การรับรู้ที่ตนเองมีความดี	4.19	0.54	มาก
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 4 มิติ โดยรวม	4.06	0.47	มาก

ตัวแปรที่ศึกษา	$\bar{X}$	SD	ระดับ
- ด้านร่างกาย	3.99	0.55	มาก
- ด้านจิตใจ	4.20	0.52	มาก
- ด้านสัมพันธภาพ	3.33	0.67	มาก
- ด้านสิ่งแวดล้อม	4.28	0.55	มากที่สุด

4. ปัจจัยที่ส่งผลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ 60-79 ปี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาหมอ เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์กันเองภายในกันเองหรือไม่ ก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พหุคูณ (multiple regression) หรือถ้ามีความสัมพันธ์กันเองไม่ควรมีความสัมพันธ์เกิน .80 จากการวิเคราะห์ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเองโดยรวม และการเห็นคุณค่าด้านการรับรู้ความสามารถ ด้านการรับรู้ว่าตนเองมีความสำคัญ ด้านการรับรู้ว่าตนเองมีอำนาจ และด้านการรับรู้ว่าตนเองมีคุณความดี มีความสัมพันธ์สูงสุด .74 เป็นความสัมพันธ์ระหว่าง การเห็นคุณค่าในตนเองด้านการรับรู้ว่าตนเองมีพลังอำนาจ กับ การรับรู้ว่าตนเองมีความสำคัญ ส่วนตัวแปรอิสระอื่น ๆ มีค่าความสัมพันธ์กันน้อยถึงปานกลาง แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองภายใน ไม่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity)

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ stepwise multiple regression analysis มีตัวแปรที่เข้าสมการทำนาย 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ว่าตนเองมีความสำคัญ (X_4) เป็นตัวแปรที่เข้าสมการเป็นลำดับที่ 1 มีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ร้อยละ 44.90 การรับรู้ว่าตนเองมีคุณความดี (X_6) เป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 2 มีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ร้อยละ 7.70 การรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ (X_3) เป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 3 มีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ร้อยละ 4.70 การรับรู้ว่าตนเองมีความสำคัญ (X_4) การรับรู้ว่าตนเองมีคุณความดี (X_6) และการรับรู้ว่ามีความสามารถ (X_3) สามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ร้อยละ 57.30 ตัวแปรที่ทำนายได้สูงสุดคือ การรับรู้ว่าตนเองมีความสำคัญ

(β coefficient = 57.30, 95%CI = .308 to 1.262; $p < .001$) ดังตารางที่ 4

ซึ่งสามารถเขียนสมการการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y = .785 + .263^{***} + .234^{***} + .247^{***}$$

และคะแนนมาตรฐาน $Z = .350^{***} + .273^{***} + .286^{***}$

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ stepwise multiple regression analysis ตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ

ตัวแปร	b	SE	beta	R ²	AdjR ²	t	Sig	95 %CI	tolerance	VIF
การรับรู้ว่าตนเองมีความสำคัญ	.263	.056	.350	.449	.445	4.741	.000	.153 - .373	.997	.373
การรับรู้ว่าตนเองมีคุณความดี	.234	.055	.273	.526	.520	4.283	.000	.126 - .342	.644	.342
การรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ	.247	.062	.286	.573	.564	4.002	.000	.125 - .369	.367	.369

a = constant .785, R = .757, R² = .573, R_{adj} = .564, F = 16.018, SE = .309

*** $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ 60 - 79 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาหมอ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าระดับสามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ร้อยละ 100 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนน ADL เท่ากับ 19.79 คะแนน ADL ต่ำสุดเท่ากับ 15 คะแนน สูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองในทุก ๆ ด้าน เนื่องจากผู้สูงอายุมีคุณลักษณะของผู้สูงอายุติดสังคม ความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือบุคคลในครอบครัว มีเพียงเล็กน้อย

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแรงในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พบว่า ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ คิดเป็นร้อยละ 100⁸ การที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง เป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานในชีวิตทั้งทางด้านการทำบทบาทหน้าที่ร่างกาย จึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นอย่างดี

1.2 สัมพันธภาพในครอบครัว พบว่าสัมพันธภาพภายในครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 0.61$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตชุมชน มีวัฒนธรรมเฉพาะของชุมชนซึ่งให้ความเคารพต่อผู้สูงอายุและการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวทำให้มีการเอื้อเฟื้อกัน มีความห่วงใยกัน และเมื่อเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัวก็จะมีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่พบว่าการมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวระดับสูง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับสูง จะมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับต่ำ⁶

1.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง โดยรวมอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.38$, $SD = 0.48$)

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว ในชุมชนบทมักให้ความเคารพและเชื่อฟังผู้สูงอายุในการให้ข้อชี้แนะต่าง ๆ และได้รับการยอมรับจากสมาชิกในครอบครัวและในชุมชน ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ทรงคุณค่าทางจิตใจให้แก่สมาชิกในครอบครัว บุคคลในครอบครัวมองว่าผู้สูงอายุเป็นเสาหลักของบ้าน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 62.90 แสดงให้เห็นว่าสภาพครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม เอื้อต่อการมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ¹⁶

1.4 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.06$, $SD = 0.47$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายยังไม่มาก ยังมีสุขภาพดี ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย และพึงพอใจในชีวิต

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าคุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง¹⁷ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ยังช่วยตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จะเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้สูงอายุมีความมั่นใจต่อการดำเนินชีวิตจากการที่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพและการเอื้ออาทรจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน¹⁸

2. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 60-79 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาหมอ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่าการรับรู้ว่าตนเองมีความสำคัญ มีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ร้อยละ 44.90 การรับรู้ว่าตนเองมีคุณความดี มีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ร้อยละ 7.70 การรับรู้ว่าตนเองมีความสำคัญ และการรับรู้ว่าตนเองมีคุณความดี สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ร้อยละ 52.60 การรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ มีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ร้อยละ 4.70 การรับรู้ว่าตนเองมีความสำคัญ การรับรู้ว่าตนเองมีคุณความดี และการรับรู้ว่ามีความสามารถ (X_3) สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ร้อยละ 57.30

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่จะพัฒนาตนเองในการบรรลุเป้าหมายในการตอบสนองความต้องการของตนเอง ผู้ที่มีคุณค่าในตนเองจะแสดงออกว่าตนมีความสามารถ (competence) ในการที่จะทำงานสำเร็จได้ตามเป้าหมาย แสดงออกว่าตนเองมีความสำคัญ (significance) และเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่นและในครอบครัว แสดงออกว่าตนมีอำนาจ (power) ในการควบคุมชีวิตของตนเองและเหตุการณ์ต่าง ๆ รอบตัว และแสดงออกว่าตนมีคุณความดี (virtue)¹⁶

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ ซึ่งผู้สูงอายุมีความเข้าใจความหมายและคุณค่าของตนเองจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านมา และการอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีผู้ดูแลให้ความรัก ความเอาใจใส่ ทำให้เกิดความมั่นคงของชีวิต¹³ และสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตที่มีภาวะติดบ้าน อำเภอลองชล จังหวัดกำแพงเพชร¹⁹ พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 1.011$) แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีความรู้สึกดีต่อตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถและเป็นที่ยอมรับซึ่งการแสดงของของการเห็นคุณค่าในตนเองที่กล่าวมาจะช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นว่าตนเองยังเป็นประโยชน์ต่อตนเองในการที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ และเป็นประโยชน์ผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ดังนั้นการเห็นคุณค่าในตนเองจึงทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการกำหนดนโยบายหรือจัดทำแผนงานในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้กิจกรรมที่เสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เช่น กิจกรรมวันสงกรานต์ วันผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกถึงความสามารถและภูมิปัญญา

2. การจัดกิจกรรมร่วมกับชุมชนในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น การจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ที่เน้นกิจกรรมสร้างการเรียนรู้อย่างสนุกสนานมากกว่ากิจกรรมทางวิชาการ

3. ควรมีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนรู้การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบ้านโป่ง เพื่อให้มีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุครอบคลุมทุกพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อหาข้อมูลเชิงลึกและแนวทางการส่งเสริมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ควรศึกษาวิจัยโดยการพัฒนาารูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดรูปแบบและกิจกรรมที่ชัดเจน และสามารถขยายผลในผู้สูงอายุได้ในทุกช่วงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณลินจง บุญถนอม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลบ้านโป่ง และคุณเฉลิมศรี กองดีบ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลบ้านโป่ง และอาจารย์ดร.วรเดช ช้างแก้ว ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ พญ.ปาริยา อาริย์รบ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี และคุณสมภพ ห่วงทอง สาธารณสุขอำเภอบ้านโป่ง ที่ให้การสนับสนุนและเป็นแรงผลักดันในการทำวิจัยครั้งนี้ และบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาหมอทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วยดีเสมอมา และขอขอบคุณผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาหมอทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: โกโก้พรีนซ์ (ไทยแลนด์) จำกัด; 2568.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์ คอร์เปอร์เรชั่นส์จำกัด; 2566.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561–2580. กรุงเทพฯ: สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2560.
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานประจำปี 2560. 2568.
<https://www.thaihealth.or.th/รายงานประจำปี-2560-สำนักงาน/>
5. ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์. สังคมสูงวัย ความท้าทายประเทศไทย. 2563. <http://www.dop.go.th/th/know/3/276>
6. เพชรธยา แป้นวงษา, ไพฑูรย์ สอนทน, กมล อยู่สุข. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์. 2563;15(2):41–56.
7. จิรังกุล ญัฐรังสี, สุนิดา ไชยมี, สุวนันท์ จังจิตร, สุภาวีนี สุกะพินิ, สุปรียา โพธิ์อุดม. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและความสุขของผู้สูงอายุชุมชนทุ่งขุนน้อย อุบลราชธานี. วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2561;2(1):50–60.
8. ปุณิกา กิตติกุลธนนท์. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแรงในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2562;33(2):137–55.
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาหม้อ. สรุปรายงานประจำปี 2567. ราชบุรี; 2567.

10. Skinner HA, Steinhauer PD, Santa-Barbara J. Family Assessment Measure-III (Canada). Toronto (ON): Multi-Health Systems; 1995. <https://doi.org/10.1037/t02209-000>
11. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
12. กรมอนามัย. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอมมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2559.
13. มุขจรินทร์ สมคิด. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2562. https://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/59920416.pdf
14. Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1977.
15. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med. 1998;28(3):551–8. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
16. สุรางค์ เชื้อวณิชชากร, พูนสุข ช่างทอง, เปรมวดี คฤหเดช. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในตำบลบางนางลี่ จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2561;62(1):119–33. <https://doi.org/10.58837/CHULA.CMJ.62.1.9>
17. นัสมล บุตรวิเศษ, อุปรีฎฐา อินทรสาด. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ; 2564. <https://research.rmutsb.ac.th/fullpaper/2563/research.rmutsb-2563-20210809104008337.pdf>
18. ณรงค์ สมะโน. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี; 2567. [https://sro.moph.go.th/file/170620240216211_18วิจัย%20\(ณรงค์%20%20สมะโน\)13-6-67.pdf](https://sro.moph.go.th/file/170620240216211_18วิจัย%20(ณรงค์%20%20สมะโน)13-6-67.pdf)
19. กุ้เกียรติ ก้อนแก้ว, ภาณุมาศ ทองเหลียม, ศิริยากร ทรัพย์ประเสริฐ. ปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน อำเภอลองหลวง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(3):394–401

รูปแบบการจัดการตนเองผลต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ
เพื่อการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 - ระยะที่ 3

The Impacts of self-management model on health behavior modification
for slowing renal function decline among patients with chronic kidney
disease stages 1-3

พนัธิภา คงประไพ*

Puntipa Kongprapai*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลจอมประทัด จังหวัดราชบุรี

*Subdistrict Health Promoting Hospital Chompratad, Rachaburi Province

Corresponding author: Puntipa Kongprapai; Email: nuch052512@gmail.com

Received: October 15, 2025; Revised: January 26, 2026; Accepted: March 23, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการตนเองผลต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ระยะที่ 1 - ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการจัดการตนเอง 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ 3) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง .67 - 1.00 โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .76 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ สถิติทีและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัย พบว่าพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมหลังใช้รูปแบบ ๑ และระยะติดตาม 24 สัปดาห์ มีพฤติกรรมเพื่อการชะลอไตเสื่อมสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความดันโลหิต ซิสโตลิก หลังใช้รูปแบบ ๑ และระยะติดตาม 24 สัปดาห์ ระดับความดันซิสโตลิก น้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบ ๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับความดันไดแอสโตลิก ก่อน-หลังใช้รูปแบบ ๑ และระยะติดตาม 24 สัปดาห์ พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .065$) อัตราการกรองของไตก่อนใช้รูปแบบ ๑ และระยะติดตาม 24 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการตนเอง, พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อม

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design to investigate the effects of a self-management model on health behavior modification for delaying the progression of chronic kidney disease (CKD) among patients in stages 1 to 3. The study involved 45 participants and utilized four research instruments: the self-management model, a personal data and health status questionnaire, a clinical outcome recording form, and a questionnaire on kidney-delaying behaviors. The content validity was verified by three experts, yielding an Index of Item-Objective Congruence (IOC) between 0.67 and 1.0, with a reliability coefficient of .76. Data analysis was conducted using descriptive statistics, Chi-square, and Repeated Measures ANOVA.

The findings revealed that following the implementation of the model and at the 24-week follow-up, health behaviors for delaying kidney progression were significantly higher than the baseline ($p < .001$). Regarding clinical outcomes, systolic blood pressure at both the post-intervention and 24-week follow-up stages was significantly lower than pre-intervention levels ($p < .001$). While no significant differences were observed in diastolic blood pressure across the three time periods ($p = .065$), the Glomerular Filtration Rate (GFR) showed a statistically significant difference between the pre-intervention stage and the 24-week follow-up ($p < .001$).

Keywords: self-management program, behaviors for delaying kidney deterioration

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก รวมถึงประเทศไทย เนื่องจากมีแนวโน้มอุบัติการณ์และความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลายเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความทุกข์ทรมานของประชากรในศตวรรษที่ 21 โดยในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วโลกประมาณ 834.6 ล้านคน¹ และมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวสูงถึง 1.4 ล้านคน คิดเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลก² นอกจากนี้จากการศึกษาภาระโรคใน 204 ประเทศ ระหว่าง พ.ศ. 2533–2562 พบว่า โรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มภาระโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยในปี พ.ศ. 2533 โรคไตเรื้อรังจัดอยู่ในอันดับที่ 29 ของภาระโรค (DALYs) คิดเป็นสัดส่วน 0.8 ของภาระโรคทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเป็นอันดับที่ 18 คิดเป็นสัดส่วน 1.6 ในปี พ.ศ. 2551 สะท้อนให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นเกือบหนึ่งเท่าตัว หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 93 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่าภาระโรคเพิ่มขึ้นในประชากรอายุ 25 ปีขึ้นไปทุกช่วงวัย โดยกลุ่มอายุ 25–49 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 67.30 กลุ่มอายุ 50–74 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 130 และกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 196 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2533 กับ พ.ศ. 2562³ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงแนวโน้มความรุนแรงและผลกระทบของโรคไตเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในระดับโลกและทุกช่วงอายุของประชากร

ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2083.87 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 มากถึง 193.16 ต่อแสนประชากร โดยพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปีเช่นเดียวกัน ข้อมูลปี พ.ศ. 2565–2567 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ร้อยละ 42.92, 43.68 และ 45.01 ตามลำดับ พบผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 ร้อยละ 11.62, 11.51 และ 11.38 ตามลำดับ และพบผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 5 ร้อยละ 6.38, 6.64 และ 6.66 ตามลำดับ และพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่จากการคัดกรองโรคไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.84, 4.40 และ 4.48 ราย ตามลำดับ⁴

สำหรับจังหวัดราชบุรี ในปีพ.ศ. 2565–2567 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ร้อยละ 1.59, 1.86 และ 2.00 ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3 ร้อยละ 52.55, 51.37 และ 51.91 ตามลำดับ ระยะ 4 ร้อยละ 14.44, 12.78

และ 12.63 ตามลำดับ ระยะ 5 ร้อยละ 8.76, 6.83 และ 5.99 ตามลำดับ ถึงแม้ความรุนแรง คือ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 และระยะ 5 มีแนวโน้มลดลง แต่อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยไตเรื้อรังรายใหม่ที่มากขึ้นทุกปี หากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้การดำเนินของโรคทรุดตัวลง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของจังหวัดราชบุรี⁵ และสถิติโรคไตเรื้อรังของอำเภอวัดเพลง ปีพ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยไตเรื้อรัง ร้อยละ 2.64 จำแนกเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 1-3 ร้อยละ 75.96 ระยะ 4 ร้อยละ 16.83 ระยะที่ 5 ร้อยละ 7.21 ปีพ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยไตเรื้อรัง ร้อยละ 2.90 เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 1-3 ร้อยละ 72.69 ระยะที่ 4 ร้อยละ 22.47 ระยะที่ 5 ร้อยละ 4.84 สำหรับปีพ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยไตเรื้อรัง ร้อยละ 3.06 เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 1-3 ร้อยละ 78.60 ระยะ 4 ร้อยละ 18.34 ระยะ 5 ร้อยละ 3.06 จำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5 ลดลง เนื่องจากมีจำนวนผู้เสียชีวิต สำหรับตำบลจอมประทัด ปีพ.ศ. 2565-2567 มีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 1-3 จำนวน 39, 43 และ 36 รายตามลำดับ⁶

จากการที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นับเป็นปัญหาสาธารณสุขและมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้อง (peritoneal dialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) ข้อมูลงบประมาณที่ใช้ดำเนินงานในการบริการบำบัดทดแทนไตจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในปีงบประมาณ 2560 ใช้งบประมาณ 7,529.2353 ล้านบาท ในปีงบประมาณ 2561 ใช้งบประมาณ 8,165.6070 ล้านบาท และ ในปีงบประมาณ 2562 ใช้งบประมาณ 8,281.7960 ล้านบาท⁷ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะไตเสื่อม คือ การที่ผู้ป่วยมีโรคร่วมได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมมากขึ้น^{8, 9} โดยผู้ป่วยเบาหวานเกิดจากการที่น้ำตาลในเลือดสูงกว่าระดับปกติ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนา แข็ง แดง หรือตีบแคบลง ทั้งสองโรคส่งผลให้การไหลเวียนเลือดลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนเลือดที่ไตทำให้ไตเสื่อมสภาพได้ ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทั้งพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการออกกำลังกาย¹⁰ การที่จะให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ที่จะจัดการพฤติกรรมด้วยตัวผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง ดังนั้น เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของผลกระทบจากการล้างไต การรักษาในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 โดยมีเป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การจัดการตนเองคือการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไตเสื่อม เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติได้ และเลือกที่จะจัดการกับพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งการจัดการตนเองต้องมีการเตรียมความพร้อมในการสร้างการเรียนรู้และรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการชะลอไตเสื่อม¹¹ ซึ่งการใช้โปรแกรมจะส่งเสริมการเรียนรู้ และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง¹²

แนวทางเรื่องการจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องขณะเจ็บป่วย ซึ่งการจัดการตนเองจะต้องอาศัยเวลาและ การฝึกปฏิบัติและติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การรู้จักการดูแลตนเอง¹² โดยมีเป้าหมายในการป้องกันการลุกลามของโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดผลกระทบจากการเจ็บป่วย สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 - ระยะที่ 3 ต้องมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในการจำกัดเกลือ จำกัดน้ำ ควบคุมน้ำหนัก ออกกำลังกาย ควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ สร้างอุปนิสัยในการขับถ่ายที่ดี งดรับประทานยาที่

ไม่จำเป็น จำกัดอาหารโปรตีน ลดระดับไขมันในเลือด เผาผลาญการดำเนินของโรคโดยการติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้การดำเนินของโรคเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี คือ มีค่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ¹³ การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นการดูแลและส่งเสริมให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วยการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากผู้เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มักไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์หรือทีมสุขภาพบอก และไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ดังนั้น การเตรียมผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยที่ตนเองประสบอยู่ รวมทั้งวิธีการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมความเจ็บป่วยอย่างชัดเจน สามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย และมีการจัดการตนเองที่ดีในการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงเป็นหนทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรค¹⁰ จากการศึกษาเรื่องแนวทางการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพสู่การชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้มีความสามารถที่จะเลือกทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง ภายใต้พื้นฐานการสร้างเชื่อมั่นในตนเอง¹² ซึ่งการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรที่ดำเนินอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าผู้ป่วยไตเสื่อมเรื้อรังที่ใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ทำให้ค่าอัตราการกรองของไตมากกว่าก่อนเข้าร่วมรูปแบบการจัดการตนเอง^{10, 14}

ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของตำบลจอมประทัด อำเภอดงหลวงในปี พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะที่ 1 - ระยะที่ 3 จำนวน 65 ราย ที่ผ่านมารองพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมประทัด ได้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้านและให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าผู้ป่วยขาดการตั้งเป้าหมายการปรับพฤติกรรมตนเอง สอดคล้องกับผลการตรวจวัดความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตในทุก ๆ 6 เดือน มีแนวโน้มไม่ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตัวที่ผ่านมายังไม่สามารถสะท้อนได้ว่าผลลัพธ์ดังกล่าวเกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองอย่างไร จนบางครั้งทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้น โดยพบว่าในปีพ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง จำนวน 4 ราย และปีพ.ศ. 2567 จำนวน 2 ราย⁶ การชะลอไตเสื่อมจึงควรได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะต้น ๆ¹⁵ ซึ่งการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้บำบัดด้วยการทดแทนไต โดยเฉพาะการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างเหมาะสมมีความสำคัญอย่างยิ่งในการชะลอไตเสื่อมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้¹⁶

ผู้วิจัยในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมประทัด ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา นำมาเป็นแนวทางในการจัดทำรูปแบบการจัดการตนเองต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 - ระยะที่ 3 ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การตั้งเป้าหมาย 2. การรวบรวมข้อมูล 3. การประมวลและการประเมินผล ข้อมูลข้อมูล 4. การตัดสินใจ 5. การลงมือปฏิบัติ และ 6. การสะท้อนตนเอง จึงสนใจที่จะนำแนวคิดการจัดการตนเอง¹⁷ มาประยุกต์ใช้ ประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างถาวร ชะลอการเสื่อมของไตได้ และส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติ และนำรูปแบบที่เกิดขึ้นไปใช้ในการจัดบริการในพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 - ระยะที่ 3 ก่อนและหลังใช้รูปแบบ ฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 - ระยะที่ 3 ก่อนและหลังใช้รูปแบบ ฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 - ระยะที่ 3 หลังใช้รูปแบบ ฯ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ฯ
2. ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 - ระยะที่ 3 หลังใช้รูปแบบ ฯ ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ ฯ

ขอบเขตการวิจัย

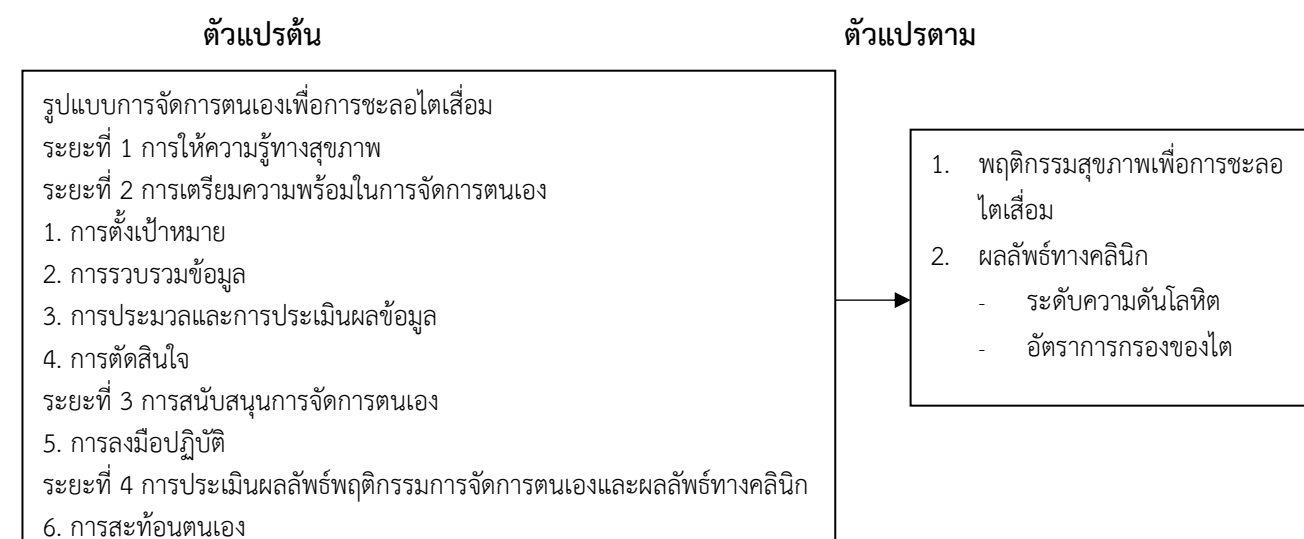
ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1 - ระยะที่ 3 ตำบลจอมประทัด อำเภอดงหลวง จำนวน 65 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 - ระยะที่ 3 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิก

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ดำเนินการในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลจอมประทัด อำเภอดงหลวง จังหวัดราชบุรี ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน – ตุลาคม 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000)¹⁷ ซึ่งอธิบายว่าบุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของตนเองผ่านกระบวนการกำกับตนเองอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและการประเมินผลข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนตนเอง โดยในการศึกษาครั้งนี้ รูปแบบการจัดการตนเองถูกออกแบบให้สอดคล้องกับกระบวนการดังกล่าว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การชะลอการเสื่อมของไต และส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไต ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียว (one group pretest – posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-ระยะที่ 3 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลจอมประทัด อำเภอดงหลวง ในปี พ.ศ. 2566-2567 จำนวน 65 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-ระยะที่ 3 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลจอมประทัด อำเภอดงหลวง ในปี พ.ศ. 2566-2567 จำนวน 45 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*Power โดยใช้ค่าพารามิเตอร์ในการคำนวณ ค่า effect size = .25 ค่า power of test = .80 ค่าแอลฟา = .05 สถิติทดสอบ = repeated anova measure แบบวัด 3 ครั้ง¹⁸ ได้กลุ่มตัวอย่าง 43 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายผู้วิจัยได้ใช้ตัวอย่างในการทดลองจริง 45 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากจากรายชื่อผู้ป่วยทั้งหมดจนได้ครบตามจำนวน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยชาย หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 – ระยะที่ 3 และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลจอมประทัด

2. ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น หรืออยู่ในระยะโรครุนแรง

3. สามารถสื่อสารได้

4. ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกระยะ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โดยผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเอง¹⁷ เป็นรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 - ระยะที่ 3 ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและการประเมินผลข้อมูลข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (check list) จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคร่วม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และการดื่มกาแฟ/น้ำอัดลม

2. แบบบันทึกค่าความดันโลหิต โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัลและแบบวัดค่าความดันโลหิต โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน¹⁹ ดังนี้ ความดันโลหิตระดับเหมาะสม (น้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท) ความดันโลหิตระดับปกติ (ระหว่าง 120/80 – 129/80 มิลลิเมตรปรอท) ความดันโลหิตระดับเสี่ยง (น้อยกว่า 130/80 – 139/89 มิลลิเมตรปรอท)

ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (ระหว่าง 140/90 – 159/99 มิลลิเมตรปรอท) ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (ระหว่าง 160/100 – 179/109 มิลลิเมตรปรอท) ความดันโลหิตสูงระดับอันตราย (ตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป)

3. แบบบันทึกอัตราการกรองของไต โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน¹³ ดังนี้ ไตถูกทำลายบางส่วนแต่ยังทำงานได้ปกติ (อัตราการกรองของไต มากกว่า 90 มล./นาที่/1.73 ตร.ม.) ไตถูกทำลายบางส่วนร่วมกับการสูญเสียการทำงานของไตเล็กน้อย (อัตราการกรองของไตเท่ากับ 60 – 89 มล./นาที่/1.73 ตร.ม.) ไตสูญเสียหน้าที่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (อัตราการกรองของไตเท่ากับ 45 – 59 มล./นาที่/1.73 ตร.ม.) ไตสูญเสียหน้าที่ระดับปานกลางถึงรุนแรง (อัตราการกรองของไตเท่ากับ 30 – 44 มล./นาที่/1.73 ตร.ม.)

4. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อม จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม¹¹ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-0.80) น้อย (ค่าเฉลี่ย 0.81-2.60) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40) มาก (ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20) มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00)²⁰

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและเนื้อหาของรูปแบบการจัดการตนเองต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่1-ระยะที่3 ที่สร้างเสร็จแล้ว โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ประจำคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลจอมประทัด จำนวน 1 ท่าน หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลวัดเพลง จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์สาขาวิจัยวัดผลและสถิติการศึกษา จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความสมบูรณ์และความตรงของเนื้อหา ให้ความถูกต้องชัดเจนในเรื่องภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ .67-1.00 การหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (try out) จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .76

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี หมายเลข 150/2568 ลงวันที่ 24 มีนาคม 2568 ผู้นักวิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ตลอดจนการชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทางวิชาการ ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างได้และทำลายข้อมูลหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 - ระยะที่ 3 แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การให้ความรู้ทางสุขภาพ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- 1) บรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง
- 2) แนะนำการใช้คู่มือ

3) แลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการตนเองในการเลือกปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคไต

ระยะที่ 2 การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2-11 ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน

1) การตั้งเป้าหมาย หลังจากที่ได้รับความรู้เรื่องโรคไตเสื่อมแล้วให้ผู้ป่วยสะท้อนพฤติกรรมตนเอง และตั้งเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมของตนเอง

2) การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานสำคัญ โดยให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเองที่แสดงออกถึงความผิดปกติลงในสมุดคู่มือและแบบบันทึกกิจกรรม เพื่อเป็นการเฝ้าระวังตนเอง

3) การประมวลผลและประเมินผลข้อมูล ให้ผู้ผู้ป่วยนำข้อมูลที่บันทึกไว้ในสมุดคู่มือและแบบบันทึกกิจกรรมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของตนเองซึ่งเป็นผลมาจากสาเหตุของพฤติกรรมของตนเอง

4) การตัดสินใจ หลังจากมีการรวบรวมข้อมูล นำมาประมวลผลและประเมินตนเองเกี่ยวกับ อาการและการเปลี่ยนแปลงแล้ว ให้ผู้ป่วยตัดสินใจอย่างเหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรม

ระยะที่ 3 การสนับสนุนการจัดการตนเอง ดำเนินการสัปดาห์ที่ 4 - 11

การลงมือปฏิบัติ เป็นการปฏิบัติการจัดการตนเองในเรื่องของการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การรับประทานยา และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ โดยการให้กำลังใจเสริมแรงในการดูแลตนเองให้ทำได้ตามเป้าหมาย และมีการโทรศัพท์ติดตามทุกสัปดาห์ มีการติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาเรื่องการจัดการตนเอง เพื่อให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยผู้ป่วยจัดการพฤติกรรม

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์พฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก ดำเนินการสัปดาห์ที่ 12 และ 24

1) ให้ผู้ป่วยพบแพทย์และพยาบาลตามนัด เพื่อมาตรวจติดตามผลการรักษาของแต่ละบุคคล

2) การสะท้อนตนเอง โดยพยาบาลแจ้งผลเลือดและผลของระยะการทำงานของไต เป็นการประเมินตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ และบอกข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่ตลอดไป

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบข้อมูลบุคคลด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test)

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมและระดับความดันโลหิต โดยการทดสอบความแปรปรวนทางเดียวที่มีการวัดซ้ำ (one way repeated measure ANOVA)

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการกรองของไตโดยใช้สถิติ paired t-test

การตรวจสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้สถิติ Shapiro- Wilk พบว่ามีการกระจายของข้อมูลแบบปกติ ($p > .05$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 เพศชาย ร้อยละ 33.33 ช่วงอายุมากกว่า 75 ปี ร้อยละ 40.00 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.44 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.33 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 77.78

2. พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า 1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .463$) โดยก่อนใช้รูปแบบ ฯ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 17.87 หลังใช้รูปแบบ ฯ ร้อยละ 13.33 ระยะติดตาม 24 สัปดาห์ ร้อยละ 8.89 2) พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .392$) โดยก่อนใช้รูปแบบ ฯ มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 8.89 หลังใช้รูปแบบ ฯ ร้อยละ 8.89 และในระยะติดตาม 24 สัปดาห์ ร้อยละ 2.22 3) มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .042$) โดยก่อนใช้รูปแบบ ฯ มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 13.33 หลังใช้รูปแบบ ฯ ร้อยละ 11.11 ระยะติดตาม 24 สัปดาห์ ร้อยละ 0.00 4) มีพฤติกรรมการดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยก่อนใช้รูปแบบ ฯ มีพฤติกรรมการดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม ร้อยละ 88.67 หลังใช้รูปแบบ ฯ ร้อยละ 88.22 ระยะติดตาม 24 สัปดาห์ ร้อยละ 53.33 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังใช้รูปแบบ ฯ และระยะติดตาม 24 สัปดาห์ ($n = 45$)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนใช้รูปแบบ ฯ	หลังใช้รูปแบบ ฯ	ระยะติดตาม 24 สัปดาห์	รวม	χ^2	p-value
การสูบบุหรี่						
สูบ	8 (17.78)	6 (13.33)	4 (8.89)	18 (13.33)		
ไม่สูบ	37(82.22)	39 (86.67)	41 (91.11)	117 (86.67)	1.538	.463
รวม	45 (100)	45 (100)	45 (100)	135 (100)		
การดื่มแอลกอฮอล์						
ดื่ม	4 (8.89)	4 (8.89)	1 (2.22)	9 (6.67)		
ไม่ดื่ม	41(91.11)	41(91.11)	44(97.78)	126 (93.33)	2.250	.392
รวม	45 (100)	45 (100)	45 (100)	135 (100)		
การดื่มเครื่องดื่ม ชูกำลัง						
ดื่ม	6 (13.33)	5 (11.11)	0 (0.00)	11 (8.11)		
ไม่ดื่ม	39(88.67)	40(88.89)	45(100)	124 (91.89)	7.211	.042*
รวม	45(100)	45(100)	45(100)	135 (100)		
การดื่มกาแฟ/ น้ำอัดลม						
ดื่ม	39(88.67)	37(82.22)	24(53.33)	100(74.11)		
ไม่ดื่ม	6(13.33)	8(17.78)	21(46.67)	35(25.89)	15.351	<.001*
รวม	45(100)	45(100)	45(100)	135 (100)		

* $p < .05$

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 - ระยะที่ 3 โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อม พบว่าหลังใช้รูปแบบ ฯ และระยะติดตาม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเพื่อการชะลอไตเสื่อมสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 217.46, p < .001$) โดยระยะติดตาม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเพื่อการชะลอไตเสื่อมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.36, SD = 0.16$)

3.2 พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พบว่า หลังใช้รูปแบบ ฯ และระยะติดตาม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 228.12, p < .001$) โดยระยะติดตาม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.17, SD = 0.19$)

3.3 พฤติกรรมด้านการรับประทานยา พบว่าก่อน - หลังใช้รูปแบบ ฯ และระยะติดตาม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการรับประทานยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.08, p < .001$) โดยระยะติดตาม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.92, SD = 0.16$)

3.4 ระดับความดันซิสโตลิก พบว่าหลังใช้รูปแบบ ฯ และระยะติดตาม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันซิสโตลิกน้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบ ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 15.82, p < .001$) โดยระยะติดตาม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันซิสโตลิก อยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 127.16, SD = 10.44$)

3.5 ระดับความดันไดแอสโตลิก พบว่าก่อน - หลังใช้รูปแบบ ฯ และระยะติดตาม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันไดแอสโตลิกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.82, p = .065$) โดยระยะติดตาม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันไดแอสโตลิก อยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 76.71, SD = 6.64$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมเพื่อการชะลอไตเสื่อม และค่าระดับความดันโลหิต ก่อน-หลังใช้รูปแบบ ฯ และระยะติดตาม 24 สัปดาห์

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ ฯ	หลังใช้รูปแบบ ฯ	ระยะติดตาม 24 สัปดาห์	F	p-value
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม	3.77 (0.31)	4.18 (0.22)	4.36 (0.16)	217.46	< .001*
ด้านการรับประทานอาหาร	3.42 (0.36)	3.88 (0.24)	4.17 (0.19)	228.12	< .001*
ด้านการรับประทานยา	4.94 (0.16)	4.81 (0.48)	4.92 (0.16)	4.08	.043*
ความดันซิสโตลิก	135.40 (14.93)	126.09 (11.45)	127.16 (10.44)	15.82	< .001*
ความดันไดแอสโตลิก	75.82 (10.54)	73.47 (10.60)	76.71 (6.64)	2.82	.065

*p < .05

3.6 อัตราการกรองของไต พบว่าก่อนใช้รูปแบบ ฯ และระยะติดตาม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการกรองของไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยของอัตราการกรองของไตก่อนใช้รูปแบบ ฯ อยู่ระดับไตถูกทำลายบางส่วนร่วมกับการสูญเสียการทำงานของไตเล็กน้อย ($\bar{X} = 80.68, SD = 18.16$) ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตระยะติดตาม 24 สัปดาห์ อยู่ในระดับไตถูกทำลายบางส่วนร่วมกับการสูญเสียการทำงานของไตเล็กน้อย ($\bar{X} = 73.83, SD = 18.62$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการกรองของไต ก่อนใช้รูปแบบฯ และระยะติดตาม 24 สัปดาห์

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบฯ		ระยะติดตาม 24 สัปดาห์		t-test	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
อัตราการกรองของไต	80.68	18.16	73.83	18.62	5.334	.000

*p < .001

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอเสนอผลการอภิปรายผลการวิจัยตามแนวทางการจัดการตนเอง ตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 - ระยะที่ 3 หลัง ใช้รูปแบบ ฯ กลุ่มตัวอย่างมีสูงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมมากกว่าก่อนใช้รูปแบบ ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 228.12$, $p < .001$) โดยระยะติดตาม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับมาก ($(\bar{X} = 4.17$, $SD = 0.19)$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการปฏิบัติตนเพื่อการชะลอไตเสื่อมแล้ว ได้มีการกำหนดให้กลุ่มเป้าหมายมีการทบทวนพฤติกรรมของตนเองที่ผ่านมา พร้อมกับมีการกำหนดเป้าหมายในการปรับพฤติกรรม โดยการบันทึกพฤติกรรมลงในสมุดคู่มือ พร้อมกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยวางแผนในการจัดการตนเอง โดยการเลือกปรับพฤติกรรมตามคู่มือและแบบบันทึกกิจกรรม มีการติดตามระดับความดันโลหิตเปรียบเทียบกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และนำผลที่ได้มาสะท้อนข้อมูลโดยการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล พร้อมกับให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมนั้น มีความยากหรือมีความเป็นไปได้อย่างไรเมื่อต้องลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยได้มีการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อทำความเข้าใจบริบทของแต่ละครอบครัว ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมที่ควรงด เช่น การดื่มสุรา การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เป็นต้น และในการเลือกปรับพฤติกรรมให้ผู้ป่วยเลือกปรับพฤติกรรมที่มีความเป็นไปได้ก่อน เพื่อไม่ให้รบกวนวิถีชีวิตเดิมของผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดรูปแบบฯ สัปดาห์ที่ 12 และติดตามในสัปดาห์ที่ 24 จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาลบ้านหม้อ จังหวัดสระบุรี โดยจัดโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีกิจกรรมที่ การให้ความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อมและการเสริมสร้างพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม กิจกรรมเสริมพลังเพื่อช่วยเพื่อนสร้างเกราะป้องกัน และมีการตั้งเป้าหมาย การลงมือปฏิบัติและการสะท้อนตนเอง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรม²¹ และสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการชะลอไตเสื่อมของตำบลเวียงคุก จังหวัดหนองคาย โดยมีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร เมื่อกลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้ไปลงมือปฏิบัติ ผลพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในการชะลอการเสื่อมของไต มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ²²

2. ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 - ระยะที่ 3 หลังใช้รูปแบบ ฯ ดีขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ ดังนี้

2.1 ระดับความดันซิสโตลิก หลังใช้รูปแบบฯ และระยะติดตาม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันซิสโตลิกน้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 15.82, p < .001$) โดยระยะติดตาม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันซิสโตลิก อยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 127.16, SD = 10.44$) ระดับความดันไดแอสโตลิก พบว่า ก่อนใช้และหลังใช้รูปแบบฯ และระยะติดตาม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันไดแอสโตลิกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.82, p = .065$) โดยระยะติดตาม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันไดแอสโตลิก อยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 76.71, SD = 6.64$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 หลังใช้รูปแบบการจัดการตนเองและระยะติดตาม 24 สัปดาห์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยทั้งสองค่ามีแนวโน้มอยู่ในระดับปกติ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการควบคุมความดันโลหิต โดยเฉพาะค่าซิสโตลิก ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและการเสื่อมของไต ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการจัดการตนเองที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหารลดเค็ม การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการติดตามอาการของตนเองอย่างต่อเนื่อง สำหรับการที่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อาจอธิบายได้ว่าค่าความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ปกติตั้งแต่ก่อนการเข้าร่วมรูปแบบ จึงมีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้น้อย อีกทั้งค่าความดันไดแอสโตลิกมักมีความผันแปรน้อยกว่าค่าซิสโตลิกในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตยังขึ้นกับปัจจัยหลายด้าน เช่น โรคร่วม พฤติกรรมสุขภาพ และการตอบสนองต่อการรักษา

ผลการศึกษาสอดคล้องกับกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹⁷ และการศึกษาที่พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถช่วยควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้^{11,16} เช่นเดียวกับการศึกษาผลการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ในโรงพยาบาลตากฟ้า²³ พบว่าค่าความดันโลหิตในกลุ่มทดลองก่อนใช้และหลังใช้การทดลอง ไม่แตกต่างกัน ซึ่งเกิดจากการสร้างเจตคติและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยยังไม่มีดีพอ

2.2 อัตราการกรองของไต พบว่า ก่อนใช้รูปแบบฯ และระยะติดตาม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการกรองของไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยของอัตราการกรองของไตก่อนใช้รูปแบบฯ อยู่ระดับไตถูกทำลายบางส่วนร่วมกับการสูญเสียการทำงานของไตเล็กน้อย ($\bar{X} = 80.68, SD = 18.16$) ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตระยะติดตาม 24 สัปดาห์ อยู่ในระดับไตถูกทำลายบางส่วนร่วมกับการสูญเสียการทำงานของไตเล็กน้อย ($\bar{X} = 73.83, SD = 18.62$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า แม้ว่าการจัดการตนเองจะช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่การเปลี่ยนแปลงของอัตราการกรองของไตซึ่งเป็นตัวชี้วัดทางคลินิกที่สะท้อนการทำงานของไตโดยตรง อาจต้องใช้ระยะเวลานานในการแสดงผล เนื่องจากการเสื่อมของไตมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งส่งผลให้โครงสร้างและการทำงานของไตเสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง^{8,9} นอกจากนี้การที่ค่าเฉลี่ยของอัตราการกรองของไตลดลง อาจเกิดจากปัจจัยแทรกซ้อนระหว่างการศึกษาการวิจัย เช่น การควบคุมโรคร่วมที่ยังไม่เหมาะสม หรือความไม่สม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการจัดการ

ตนเองของผู้ป่วยบางราย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองที่ระบุว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องอาศัยเวลา และการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจึงจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกได้อย่างชัดเจน¹⁷

ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาบางเรื่องที่พบว่าการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสามารถเพิ่มค่าอัตราการครองชีพได้^{11,16} ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของรูปแบบกิจกรรม เช่น การมีการฝึกปฏิบัติด้านโภชนาการหรือการออกกำลังกายอย่างเข้มข้น รวมถึงระยะเวลาการติดตามที่ยาวนานกว่า ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ชัดเจนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ควรจัดกิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างยั่งยืน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรทำแผนงาน/โครงการ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มากกว่าการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังแต่เพียงอย่างเดียว
3. ควรมีการจัดอบรมเรื่อง/ให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อวัดประสิทธิผลของรูปแบบ ฯ และการนำไปขยายผลของรูปแบบ ฯ ในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ
2. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยทีมสหวิชาชีพในการติดตามผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อให้สามารถรับรู้ถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อการชะลอไตเสื่อม
3. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวและชุมชน ในการสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสร้างพฤติกรรมเพื่อการชะลอไตเสื่อม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดการตนเองต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 - ระยะที่ 3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลจอมประทัด อำเภอดงหลวง จังหวัดราชบุรี ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สรายุทธ คำมหา นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลดงหลวง นางปิยะดา ดั่งพิบูลย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลดงหลวง และ ดร.วรเดช ช่างแก้ว ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ พญ.ปาจารย์ อารีรัตน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี และคุณประวิทย์ เอมอาจ สาธารณสุขอำเภอดงหลวง ที่ให้การสนับสนุนและเป็นแรงผลักดันในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมถึงบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลจอมประทัดทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วยดีเสมอมาและขอขอบคุณผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลจอมประทัดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Saran R, Robinson B, Abbott KC, Braga-Gresham J, Chen X, Gipson D, et al. US renal data system 2019 annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States. Am J Kidney Dis. 2020;75(1 Suppl 1):S1–64.
2. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, บรรณาธิการ. ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2565.
3. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019. Lancet. 2020;396(10258):1204–22. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30925-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30925-9/fulltext)
4. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข. 2567; <https://spd.moph.go.th/health-data>
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) ปีงบประมาณ 2567. <https://rbpho.moph.go.th/hdc.php>
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมประทัด. สรุปรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2567. ราชบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมประทัด; 2567.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2567. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พบลิสซิง จำกัด; 2567.
8. กุลลดา เลี้ยวเสถียรวงศ์, ปทุมพร อภัยจิตต์. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2566;38(3):605-16.
9. สุขเกษม อมรสุนทร. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. 2566;42(2):211-24.
10. รติกร จันดาบุตร. ผลการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมระยะเริ่มต้น ในผู้ป่วยเบาหวาน เขตตำบลเพ็ญ อำเภอพะนัง จังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2566. <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=MzA=>
11. นิภา กะมะรี. ผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ระยะที่ 4 ในโรงพยาบาลเชิงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2568;6(2):231-42.
12. เพชรริน วิญญายอง. ผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567;9(5):542-8.
13. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2565.
14. นิชกานต์ วงษ์ประกอบ, กฤตกร หมั่นสระเกษ, จงกลณี ต้อยเจริญ, สุพิตรา เศวตพัฒนกุล. แนวทางปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ สู่การชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน: การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร. 2564;10(2):93-104.
15. เพลิน สูงโคตร. การพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(2):534-8.

16. กศิมา สงารัตนพิมาน, คมสันต์ อาษา, รุ่งนภา เขียวชะอ้า. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของ ผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3A ถึงระยะที่ 4 ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และอัตราการครองชีพไต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข. 2566;4(1):2-15.
17. Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. Handbook of self-regulation. San Diego (CA): Academic Press; 2000. p. 601–29.
18. Cohen J. Statistical power analysis for behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
19. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2567. กรุงเทพฯ: ทริคอิงค์; 2567.
20. Best JW. Research in education. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1977.
21. ชัญญานันท์ สิทธิ, อรอนงค์ สมนันท์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมด้วยแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โรงพยาบาลบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี. สระบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี; 2567.
[https://sro.moph.go.th/file/051120241009071_24case%20study%20\(ชัญญานันท์%20สิทธิ\)%204-9-67.pdf](https://sro.moph.go.th/file/051120241009071_24case%20study%20(ชัญญานันท์%20สิทธิ)%204-9-67.pdf)
22. สุวิมล เหลืองศิริ, เตือนฉาย วรนวนตา, สรศักดิ์ ต้นทอง, นุชรี ธรรมจันทร์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตตำบลเวียงคุก อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย; 2567.
<https://nkhospital.moph.go.th/doc/journal/73.pdf>
23. วสันต์ พนธรา. ผลการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลตากฟ้า. สรรคประชารักษ์เวชสาร. 2563;17(2):43-51.

ผลของการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานต่อความรู้ การรับรู้ทำงานเป็นทีมและเจตคติต่อการเรียน ในวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1

Effects of team-based learning on knowledge, teamwork perception and attitude toward learning to maternal and newborn nursing and midwifery courses

ปณัฐชิตา ขุนบุญยัง*, สิรินาถ ศรีอำพร*, สุภัสสรรา โคมินทร์*

Panuttita Khoonboonyung*, Sirinat Sri-umporn*, Soopussara Komindr*

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajachanak Institute.

Corresponding author: Soopussara Komindr ; Email: Soopussara.p@bcn.ac.th

Received: 18 November, 2025; Revised: 15 January, 2026; Accepted: 16 January, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อน-หลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานต่อความรู้ การรับรู้การทำงานเป็นทีมและเจตคติ ในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 40 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้รายบุคคลก่อนและหลังเรียน (2) แบบสอบถามการรับรู้การทำงานเป็นทีม และ 3) แบบสอบถามวัดเจตคติต่อการเรียนในรายวิชา ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (KR-20) เท่ากับ .72 ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม เท่ากับ .70 – 1.00 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแบบสอบถาม เท่ากับ .85 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติที

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมของผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้รายกลุ่ม (tRAT) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้รายบุคคล (iRAT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด นอกจากนี้คะแนนเฉลี่ยความรู้รายบุคคลหลังเรียนในทั้ง 3 ระยะ สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยนักศึกษามีระดับการรับรู้การทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.28$, $SD = 0.07$) และมีเจตคติที่ดีต่อการเรียนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.93$, $SD = 0.69$)

คำสำคัญ: การจัดการเรียนรู้แบบใช้ทีมเป็นฐาน, นักศึกษาพยาบาล, การพยาบาลผดุงครรภ์, การรับรู้การทำงานเป็นทีม, เจตคติ

Abstract

This quasi-experimental study with a one-group pretest–posttest design aimed to examine the effects of Team-Based Learning (TBL) on the knowledge, teamwork perception, and attitudes of 40 third-year nursing students in the Maternal, Newborn, and Midwifery Nursing I course. The research instruments were validated for content validity by three experts, included an individual knowledge pretest and posttest ($KR-20 = .72$, $p = .25-.57$, $r = .40-.70$), a teamwork perception questionnaire ($\alpha = .85$), and an attitude questionnaire toward the course ($\alpha = .84$). The TBL intervention followed a structured process: pre-class preparation, in-class readiness assurance, and the application of knowledge through case study analysis covering pregnancy, labor, and postpartum periods, followed by a post-class evaluation. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

Findings revealed that mean Team Readiness Assurance Test (tRAT) scores were significantly higher than Individual Readiness Assurance Test (iRAT) scores ($p < .001$) across all phases, including pregnancy, labor, and postpartum periods. Additionally, the mean individual posttest knowledge scores for all three segments were significantly higher than pretest scores ($p < .001$). Students demonstrated a high level of teamwork perception ($\bar{X} = 3.28$, $SD = 0.07$) and a high level of positive attitude toward the course ($\bar{X} = 3.93$, $SD = 0.69$).

Keywords: team-based learning, nursing students, midwifery nursing, teamwork perception, attitudes

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเป็นหลักสูตรการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ เพื่อให้บรรลุตามการพัฒนาผลการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีและคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์สาขาพยาบาลศาสตร์ของกระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2560¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ทำหน้าที่ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ มุ่งเน้นการพัฒนานักศึกษาให้เกิดสมรรถนะที่สอดคล้องกับทักษะผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ซึ่งรวมถึงทักษะการทำงานเป็นทีม การคิดวิเคราะห์และการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้มีผลลัพธ์การเรียนรู้เป็นไปตามที่หลักสูตรกำหนดด้วยกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่หลากหลายภายในและภายนอกชั้นเรียน รวมทั้งการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริง กระบวนการคิด วิเคราะห์ แก้ปัญหาและค้นคว้าด้วยตนเอง โดยมีผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะนำไปสู่การเป็นบัณฑิตที่ใฝ่เรียนรู้ตลอดชีวิตและสามารถเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพได้² ผนวกกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ได้ผลักดันให้เกิดการเรียกร้องทักษะที่สูงขึ้นในบุคลากรทางการพยาบาล โดยเฉพาะทักษะการทำงานเป็นทีม (teamwork skills) และความสามารถในการเรียนรู้ตลอดชีวิต (lifelong learning)³ ทักษะเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลซึ่ง ประกอบด้วยการเรียนรู้ภาคทฤษฎี ภาคทดลองและภาคปฏิบัติ ซึ่งการเรียนรู้ภาคทฤษฎีและภาคทดลองนั้นถือเป็นการเรียนรู้ขั้นสำคัญ เนื่องจากการเตรียมความรู้ที่เป็นสาระหลักและจำเป็นต่อการนำไปต่อยอดและประยุกต์ใช้ในภาคปฏิบัติต่อไป การออกแบบการเรียนการสอนต้องเหมาะสมกับลักษณะของผู้เรียนในยุคดิจิทัลเพื่อผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

รายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 เป็นหมวดวิชาเฉพาะกลุ่มวิชาชีพ สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ซึ่งมุ่งเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติทางคลินิก มีผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับรายวิชา คือ สามารถประยุกต์ใช้ความรู้และสาระสำคัญของการผดุงครรภ์ในการดูแลมารดาทารกในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและ

ระยะหลังคลอดปกติแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สามารถวิเคราะห์สถานการณ์และสามารถให้การดูแลมารดาทารกในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและระยะหลังคลอดปกติโดยใช้ทางเลือกที่หลากหลายภายใต้ข้อมูลรอบด้านบนหลักฐานเชิงประจักษ์และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมโดยใช้กระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ² เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว การจัดการเรียนรู้ในภาคทดลอง จึงถูกออกแบบให้เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญคำนึงถึงรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน (learning style) และการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) โดยมีกิจกรรมหลักคือการฝึกทักษะในห้องปฏิบัติการและการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา (case-based learning; CBL) เพื่อฝึกวิเคราะห์และเชื่อมโยงความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลกับกรณีศึกษาในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด โดยมอบหมายให้ศึกษาข้อมูลจากกรณีศึกษาล่วงหน้า นำมาวิเคราะห์และเชื่อมโยงกับองค์ความรู้ที่ได้รับจากการเรียนในภาคทฤษฎี รวมทั้งจากการค้นคว้าความรู้เพิ่มเติมเพื่อนำมาพูดคุยร่วมกันภายในกลุ่มย่อย โดยมีอาจารย์ประจำกลุ่มทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะและให้ความรู้เพิ่มเติม⁴ อย่างไรก็ตามจากการจัดการเรียนการสอนภาคทดลองโดยใช้กรณีศึกษา (CBL) ที่ผ่านมาผู้วิจัยพบปัญหาสำคัญ คือ ผู้เรียนขาดการเตรียมความรู้ล่วงหน้าเนื่องจากขาดการประเมินความรู้ของผู้เรียนก่อนเข้าเรียน ดังกล่าวจึงทำให้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนมีลักษณะเป็นแบบการเรียนรู้เชิงรับ (passive learning) ทำให้การอภิปรายในกลุ่มย่อยถูกขับเคลื่อนโดยอาจารย์ผู้สอนเป็นหลัก (teacher-centered) ซึ่งไม่บรรลุวัตถุประสงค์ในการฝึกวิเคราะห์และเชื่อมโยงความรู้ตามที่หลักสูตรกำหนด อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความวิตกกังวลและขาดเจตคติเชิงบวกต่อบรรยากาศการเรียนรู้ไม่เป็นไปตามการจัดการศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 24⁵ ปัญหานี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงกลวิธีการสอนเพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบในการเรียนรู้รายบุคคลก่อนเข้าชั้นเรียน (preparation) และส่งเสริมการทำงานร่วมกันเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการเรียนรู้แบบใช้ทีมเป็นฐาน (team base learning; TBL) เป็นทฤษฎีของ Larry K. Michaelsen โดยมีเป้าหมายที่สำคัญดังนี้ 1) สร้างความมั่นใจว่าผู้เรียนได้เรียนรู้ตามหลักของรายวิชา 2) พัฒนาความสามารถด้านการคิดและการแก้ปัญหา 3) เตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมในการเรียนรู้ตลอดชีวิต 4) ส่งเสริมทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะการทำงานเป็นทีม 5) ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความสุขในการเรียน⁶ ซึ่งการจัดการเรียนรู้แบบ TBL ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การจัดการก่อนเข้าชั้นเรียน ประกอบด้วย การศึกษาเนื้อหาล่วงหน้า (assigned readings) และการจัดทีมหรือกลุ่มผู้เรียน 2) การจัดการในชั้นเรียน ประกอบด้วย การทำแบบทดสอบแบบบุคคล individual readiness assurance test: iRAT) การทำแบบทดสอบแบบทีม (team readiness assurance test: tRAT) การได้รับข้อมูลย้อนกลับ (instructor clarification review) การประยุกต์ใช้ความรู้แก้ปัญหาจากสถานการณ์ที่ซับซ้อน (team application: tAPP)⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาการนำการจัดการเรียนรู้แบบ TBL ไปใช้จัดการเรียนรู้ให้กับนักศึกษาพยาบาลเช่นกัน พบว่ามีคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) ภาวะผู้นำ (leadership) และทักษะการจัดการ (management skills) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบบรรยาย และมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้แบบดังกล่าวในระดับสูง⁸ ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความพร้อมในการเรียนรู้แบบนำตนเอง การคิดวิเคราะห์แก้ปัญหาที่ซับซ้อน ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะการทำงานเป็นทีม^{9,10} นอกจากนี้พบว่าช่วยทำให้ผู้เรียนมีความรู้และมีความพึงพอใจสูงกว่าเมื่อเทียบกับการเรียนแบบบรรยาย โดยกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการเรียนรู้โดยใช้ทีม

เป็นฐาน ทำให้มีแรงจูงใจในการเรียนรู้ร้อยละ 71.70 ส่งเสริมความเข้าใจให้ดีขึ้นร้อยละ 68.90 เพิ่มการเรียนรู้เชิงลึก ร้อยละ 62.10 อาจเนื่องมาจากฟังการบรรยายในห้องเรียนหรือการอ่านหนังสือทำความเข้าใจเพียงลำพังไม่สามารถที่จะ เรียนรู้ได้อย่างลึกซึ้ง¹¹ ทำให้ประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้เรียนและการเตรียมการสอนของผู้สอนแตกต่างจากเดิมอย่าง สิ้นเชิงและผู้สอนมีหน้าที่หลัก คือ การกำกับผู้เรียนให้ทำงานตามที่ได้รับมอบหมายอย่างมีประสิทธิภาพ เปลี่ยนจาก ผู้บรรยายหรือผู้ถ่ายทอดความรู้เป็นผู้จัดกระบวนการ เรียนรู้หรือผู้อำนวยกระบวนการเรียนรู้ (facilitator)⁶ สอดคล้อง กับการเกิดทักษะศตวรรษที่ 21¹² จะเห็นได้ว่ากลไกของ TBL โดยเฉพาะการทำ iRAT และ tRAT นั้น จะเป็นการทำให้ผู้เรียน ต้องเตรียมตัวล่วงหน้าและมีการระดมสมองเพื่อหาฉันทามติในกลุ่มที่จะช่วยเติมเต็มจุดอ่อนของการใช้ CBL ในรูปแบบเดิมที่ ประสบปัญหาในด้านการขาดการเตรียมพร้อมของผู้เรียน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบ TBL มาใช้ในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุง ครรภ์ 1 ในภาคทดลองคาบของการวิเคราะห์กรณีศึกษาในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด เพื่อประเมิน ความรู้ การทำงานเป็นทีมรวมถึงเจตคติต่อการเรียนในวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ของนักศึกษา พยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 สอดคล้องตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ในมาตรา 30 ได้ระบุให้ สถานศึกษาพัฒนากระบวนการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้สอนสามารถวิจัยเพื่อพัฒนาการ เรียนรู้ให้เหมาะสมกับผู้เรียนในแต่ละระดับการศึกษา⁵ เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะในการเรียนรู้ได้ด้วยตนเองผ่าน การทำงานหรือการเรียนรู้แบบเป็นทีม การใช้ทักษะด้วยการคิดวิเคราะห์ ทักษะการแก้ปัญหา การฝึกฝนและการได้รับ ข้อมูลย้อนกลับทันที (feedback) และเพื่อพัฒนาการจัดการเรียนการสอนภาคทดลองและเพื่อให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์ การเรียนรู้ระดับรายวิชาและระดับหลักสูตรตามที่กำหนด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้รายบุคคลและรายกลุ่มก่อนการจัดการเรียนรู้แบบใช้ทีมเป็นฐาน
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้รายบุคคลก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้แบบใช้ทีมเป็นฐาน
3. เพื่อศึกษาการรับรู้การทำงานเป็นทีมจากการเรียนรู้แบบใช้ทีมเป็นฐาน
4. เพื่อศึกษาเจตคติต่อการเรียนวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 ด้วยการจัดการเรียนรู้แบบใช้

ทีมเป็นฐาน

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี คณะพยาบาลศาสตร์พระบรมราชชนก จำนวน 168 คน

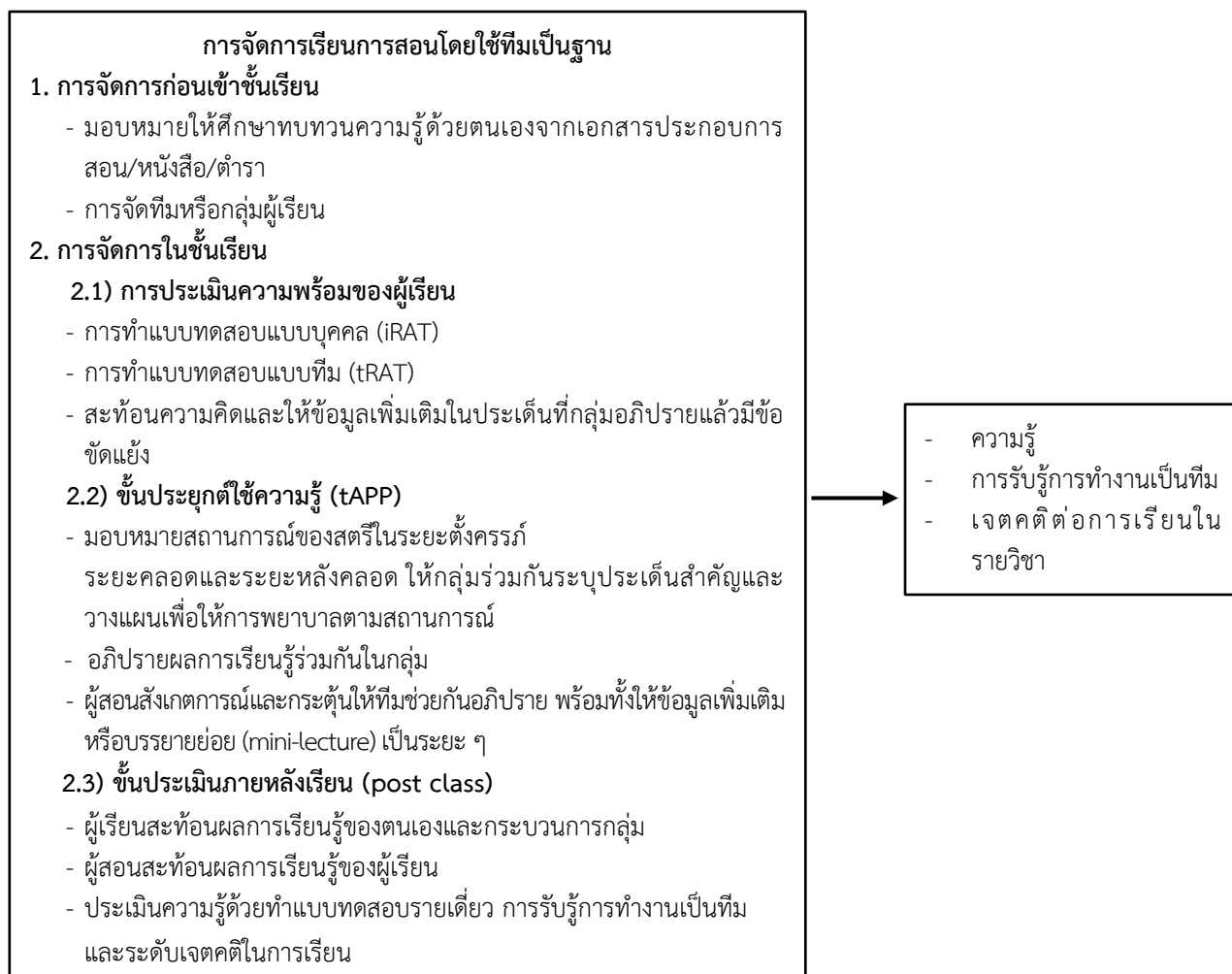
ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน และตัวแปรตาม คือ ความรู้ การรับรู้การทำงานเป็นทีมและเจตคติต่อการเรียนในรายวิชา

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กรกฎาคม – ตุลาคม 2568 ณ วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนหลัง (quasi - experimental research, one group pre - post test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี คณะพยาบาลศาสตร์พระบรมราชชนก จำนวน 169 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 ภาคการศึกษาที่ 1 ประจำปีการศึกษา 2568 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีกรุงเทพมหานคร และเปิดรายวิชาภายหลังที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัย ฯ ซึ่งเป็นห้อง B จำนวน

81 คน มีการจัดเข้ากลุ่มตามความสมัครใจของผู้เรียนร่วมกับผลการเรียนที่ผ่านมา กำหนดให้มีจำนวนกลุ่มละ 10-11 คน ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยและไม่อยู่ในระหว่างการลาพักการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. มีการเจ็บป่วยหรือไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ในช่วงเวลาที่ทำการเรียนการสอน
2. มีเหตุจำเป็นส่วนตัวหรือมีเหตุสุดวิสัยอันสมควรรวมถึงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนใน ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด

ซึ่งมีนักศึกษาที่ไม่ได้เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 41 คน เนื่องจากการมีช่วงเวลาในการเข้ากลุ่ม (tAPP) ไม่ตรงกัน ทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามกระบวนการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน จึงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษานี้จำนวน 40 คน (แบ่งเป็น 4 กลุ่ม) ทั้งนี้ นักศึกษายังคงได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยการ วิเคราะห์กรณีศึกษาในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดกับอาจารย์ประจำกลุ่มที่ในภาคทดลองตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แผนการจัดการเรียนรู้การจัดการเรียนรู้แบบใช้ทีมเป็นฐาน รายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ภาคทดลอง สำหรับการวิเคราะห์กรณีศึกษาและโจทย์ สถานการณ์ที่ซับซ้อนของสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ เกรดเฉลี่ยสะสมและประสบการณ์ การจัดการเรียนรู้แบบ TBL
2. แบบทดสอบความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสอดคล้องกับเนื้อหาและจุดประสงค์การเรียนรู้ เป็นข้อสอบแบบปรนัย ชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 45 ข้อ ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ได้แก่ ระยะตั้งครรภ์ (10 ข้อ) ระยะคลอด (25 ข้อ) และระยะหลังคลอด (10 ข้อ) โดยให้คะแนนคำตอบที่ถูกต้องข้อละ 1 คะแนน (คะแนนรวมสูงสุด 45 คะแนน) จัดทำในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ผ่าน google forms เครื่องมือนี้นี้ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้รายบุคคล (iRAT) ใช้สำหรับทดสอบก่อนเรียนและหลังเรียน โดยเครื่องมือทั้งสองชุดมีลักษณะเป็นข้อสอบคู่ขนาน และแบบทดสอบความรู้ รายกลุ่ม (tRAT) ซึ่งใช้ข้อสอบชุดเดียวกับแบบทดสอบความรู้รายบุคคล (iRAT) ฉบับก่อนเรียน เพื่อประเมินความพร้อม
3. แบบสอบถามการรับรู้การทำงานเป็นทีม พัฒนาขึ้นตามแนวคิด Rasch Model¹³ โดยต้นฉบับภาษาไทย ได้รับอนุญาตให้ใช้จากคุณสมจิตต์ สินธุ จำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในประสบการณ์ การทำงานเป็นทีม 2) ผลต่อคุณภาพการเรียนรู้ 3) ความพึงพอใจการประเมินของเพื่อนร่วมทีม 4) การพัฒนาความเป็น วิชาชีพ และ 5) ผลต่อการให้เหตุผลทางคลินิก ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ โดยมี เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยตามเครื่องมือเดิม¹³ ดังนี้ การรับรู้การทำงานเป็นทีมระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.10-4.00) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.10-3.00) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.00)
4. แบบสอบถามวัดเจตคติต่อการเรียนรู้แบบ TBL ในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ การแปลความหมายเจตคติจากคะแนนเฉลี่ยตาม วิธีการของ Likert ดังนี้ หมายถึง มีเจตคติในระดับสูงมาก (ค่าเฉลี่ย > 4.51) ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50) ระดับปาน กลาง (ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50) ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50) ระดับต่ำมาก (ค่าเฉลี่ย < 1.50)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 1) แผนการจัดการเรียนรู้การจัดการเรียนรู้แบบใช้ทีมเป็นฐาน รายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ภาคทดลอง 2) โจทย์สถานการณ์ที่ซับซ้อนของสตรีในระยะ ตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด 3) แบบทดสอบความรู้ และ 4) แบบสอบถามวัดเจตคติต่อการเรียนวิชา พยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่จากอาจารย์ในภาควิชาการพยาบาล มารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ที่ไม่ใช่ทีมวิจัย จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชา ระดับชั้นการเรียนรู้ที่กำหนดในรายละเอียดของรายวิชา มาตรฐานการสร้างข้อสอบแบบปรนัย ความถูกต้องด้านเนื้อหา ของข้อคำถามและคำตอบปรับปรุงแก้ไขและไปทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในปีการศึกษา 2567 จำนวน 22 คน ได้ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (item-total correlation) โดยการหาค่าสัมพันธระหว่างคะแนน รายข้อกับคะแนนรวมมีค่าความยากง่าย (p) ระหว่าง .25-.57 และมีค่าอำนาจจำแนก (r) ระหว่าง .40-.70 และได้ค่า ความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ .72

สำหรับแบบสอบถามการรับรู้การทำงานเป็นทีมมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือเดิม เท่ากับ .93 มีค่า ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .88 และแบบสอบถามวัดเจตคติต่อการเรียนในรายวิชาฯ ภายหลังตรวจสอบ ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .70-1.00 หลังจากนั้นนำมา ปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการ รับรู้การทำงานเป็นทีมและแบบสอบถามวัดเจตคติ ฯ เท่ากับ .85 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ทีมผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราช ชนนิ กรุงเทพ เพื่อพิจารณาอนุมัติการเก็บข้อมูลโดยได้รับการอนุมัติ เลขที่ COA NO IRB. BCNB-2568-22 ลงวันที่ 7 กรกฎาคม 2568 มีกระบวนการขอการยินยอมโดยผู้วิจัยจะเป็น ผู้ชี้แจงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ วิธีการ ดำเนินงาน ประโยชน์ ความเสี่ยงและช่องทางการติดต่อและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่าน google form โดยมีการตั้งค่าให้ไม่ระบุ e-mail ของผู้ส่ง รวมทั้งได้มีการชี้แจงผ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับ อาสาสมัครวิจัย (participant information sheet; PIS) ในหน้าแรกของ google form ด้วย ส่วนการเข้าร่วมวิจัยนั้น อาสาสมัครจะลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-signature) ในไฟล์หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วม การวิจัย (inform consent form) และแนบส่งไฟล์กลับเข้ามา ทั้งนี้กรณีที่ไม่สามารถแนบไฟล์มาได้ ภายหลังอ่าน เอกสารชี้แจงแล้วกรณรับทราบ กดเข้าร่วมการวิจัยและคลิกเข้าสู่หน้าถัดไปเพื่อส่งข้อมูลผ่านระบบนั้นจะถือเป็นการแสดง เจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยพฤตินัย (implied consent) โดยในระหว่างที่เข้าร่วมการวิจัยผู้เรียนเกิด ความเครียดหรือความวิตกกังวลจากการเข้าร่วมสามารถระบายความรู้สึกหรือปรึกษากับอาจารย์ประจำกลุ่ม/อาจารย์ที่ ปรึกษา/อาจารย์ประจำชั้น/คณะผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและสามารถออกจากกรเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้ง เหตุผลและไม่ส่งผลกระทบต่อเรียนการสอน ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับการนำเสนอผลในลักษณะภาพรวมที่ไม่สามารถ ระบุถึงตัวบุคคลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัย ฯ แล้วคณะผู้วิจัยมีการประชุมชี้แจงอาจารย์ผู้สอนเพื่อวางแผนร่วมกันในการจัดการเรียนการสอนแบบ TBL และบทบาท หน้าที่ของอาจารย์ประจำกลุ่ม ตามองค์ประกอบหลักของการจัดการเรียนรู้แบบ TBL ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. การจัดการก่อนเข้าชั้นเรียน (pre-class preparation) จัดกลุ่มตามความสมัครใจของผู้เรียนร่วมกับผลการเรียนที่ผ่านมา โดยกำหนดให้มีจำนวนผู้เรียนกลุ่มละ 10 - 11 คน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และแนวทางการจัดการเรียนการสอนวิชาพยาบาลมารดาและทารก 1 (ภาคทดลอง) ในส่วนของการวิเคราะห์กรณีศึกษาและโจทย์สถานการณ์ที่ซับซ้อนของสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดโดยใช้การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน มอบหมายให้ศึกษาทบทวนความรู้ด้วยตนเองภายหลังจากที่ได้เรียนในภาคทฤษฎีแล้วหรือก่อนขึ้น tAPP 1 สัปดาห์ โดยแนะนำหนังสือ ตำราที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด

2. การจัดการในชั้นเรียน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นประเมินความพร้อมก่อนเรียนราย บุคคล (iRAT) และการทดสอบความพร้อมแบบทีมหรือแบบกลุ่ม (tRAT/group readiness assurance test, GRAT) ขึ้นประยุกต์ใช้ความรู้ (tAPP) และขั้นประเมินภายหลังเรียน (post class) โดยดำเนินการ 3 ครั้ง คือในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด โดยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

2.1 ขั้นประเมินความพร้อมก่อนเรียน ให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบรายบุคคลก่อนการเรียนรู้ (iRAT) ผ่านแบบทดสอบ google forms ภายหลังจากการเรียนภาคทฤษฎีในแต่ละระยะเรียบร้อยแล้ว ประกอบด้วย แบบทดสอบในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด จำนวน 10, 25 และ 10 ข้อ ตามลำดับ โดยนักศึกษาจะมีเวลาในการทำแบบทดสอบข้อละ 1 นาที และจัดส่งข้อสอบตามแบบทดสอบ หลังจากนั้นให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบชุดเดิมเป็นกลุ่มเพื่อหาคำตอบที่ดีที่สุดจากกลุ่ม (tRAT) โดยผู้วิจัยจะแจ้งผลคะแนนสูงที่สุดในกลุ่มเพื่อเปิดโอกาสให้นักศึกษาคนดังกล่าวได้อธิบายถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจของตนเองให้เพื่อนในกลุ่มฟัง ก่อนสรุปคำตอบและจัดส่งคำตอบเดียวกันในแบบทดสอบ google forms อีกครั้ง ภายหลังจากส่งแล้วนั้นนักศึกษาจะทราบคะแนน tRAT ทันที หลังจากนั้นจะเปิดโอกาสให้อภิปรายเกี่ยวกับข้อคำถามและคำตอบที่ตอบไม่ถูกหรือมีความเข้าใจที่ไม่ชัดเจน และมอบรางวัล “team readiness guarantee award” ให้กับทีมที่มีความเตรียมพร้อมก่อนเรียน เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนมีความใฝ่รู้กระตือรือร้นในการค้นคว้าหาความรู้ที่จะเรียนรู้และการอภิปรายกรณีศึกษาในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด รวมทั้งมอบโจทย์สถานการณ์ของสตรีในแต่ละระยะ ซึ่งแจ้งประเด็นที่จะอภิปรายและมอบหมายให้ศึกษาทำความเข้าใจ วางแผนร่วมกันภายในกลุ่มเพื่ออภิปรายในครั้งต่อไป

2.2 ขั้นประยุกต์ใช้ความรู้ (tAPP) โดยนักศึกษาจะพบอาจารย์ประจำกลุ่มและร่วมกันอภิปรายและตอบคำถามจากโจทย์สถานการณ์จำนวน 3 สถานการณ์ ประกอบด้วย ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด โดยใช้เวลาระยะตั้งครรภ์ 3 ชม. ระยะคลอด 5 ชม.ระยะหลังคลอด 3 ชม. ตามลำดับ โดยอาจารย์ประจำกลุ่มจะเป็นผู้สังเกตการณ์และคอยกระตุ้นให้ทีมช่วยกันอภิปราย พร้อมทั้งให้ข้อมูลเพิ่มเติมหรือมีการบรรยายย่อย (mini-lecture) เป็นระยะ ๆ ในบางประเด็นสำคัญที่มีความซับซ้อน

2.3 ขั้นประเมินภายหลังเรียน (post class) หลังจากสิ้นสุดการเรียนแบบทีมจนครบทั้ง 3 ระยะแล้ว ให้ผู้เรียนสะท้อนผลการเรียนรู้ของตนเองและกระบวนการกลุ่ม (instructor feedback) ทำแบบประเมินการรับรู้การทำงานเป็นทีม ระดับเจตคติ ฯ และประเมินความรู้รายบุคคลภายหลังจากการเรียนรู้ทั้ง 3 ระยะจำนวน 45 ข้อ โดยทำแบบทดสอบข้อละ 1 นาที และจัดส่งคำตอบเดียวกันในแบบทดสอบ google forms

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้เรียนรายบุคคล (iRAT) และรายกลุ่ม (tRAT) ก่อนและหลังเรียนด้วยสถิติ paired sample t-test การทดสอบ normality test โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test เนื่องจากกลุ่ม

ตัวอย่างน้อยกว่า 50 คน พบมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ($p > .05$) จึงดำเนินการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติ paired samples t-test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-21 ปี ($\bar{X} = 20.26$, $SD = 0.48$) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.00 มีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ที่ 2.68-3.76 ($\bar{X} = 3.16$, $SD = 0.22$) และทุกคนไม่เคยมีประสบการณ์ การจัดการเรียนรู้แบบ TBL

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้เรียนรายบุคคล (iRAT) และรายกลุ่ม (tRAT) เพื่อประเมินความพร้อมของผู้เรียน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้รายกลุ่ม (tRAT) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้รายบุคคล (iRAT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้รายบุคคล (iRAT) และรายกลุ่ม (tRAT) ก่อนการจัดการเรียนรู้แบบ TBL เพื่อประเมินความพร้อมของผู้เรียน ($n=40$)

คะแนน	ความรู้รายบุคคล(iRAT)		ความรู้รายกลุ่ม (tRAT)		95% CI	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ระยะตั้งครรภ์	4.95	1.57	8.18	0.94	-3.691 - -2.759	-13.984	<.001*
ระยะคลอด	10.05	3.97	17.73	1.71	-8.999 - -6.351	-11.722	<.001*
ระยะหลังคลอด	4.95	1.84	7.73	0.71	-3.396 - -2.154	-9.041	<.001*

* $p < .05$

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้เรียนรายบุคคลก่อนและหลังเรียนด้วยการจัดการเรียนรู้แบบ TBL พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้เรียนรายบุคคลก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้แบบ TBL ($n=40$)

คะแนน	ความรู้ก่อนเรียน		ความรู้หลังเรียน		95% CI	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ระยะตั้งครรภ์	4.95	1.57	7.85	1.00	-3.431 - -2.369	-11.042	<.001*
ระยะคลอด	10.05	3.97	19.38	2.54	-11.010 - -7.640	-11.193	<.001*
ระยะหลังคลอด	4.95	1.84	8.08	0.97	-3.769 - -2.481	-9.808	<.001*

* $p < .05$

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้การทำงานเป็นทีมจากการจัดการเรียนรู้แบบ TBL พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้การทำงานเป็นทีมโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.43$, $SD = 0.38$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการพัฒนาความเป็นวิชาชีพอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.55$, $SD = 0.39$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้การทำงานเป็นทีมต่อการจัดการเรียนรู้แบบ TBL (n=40)

การรับรู้การทำงานเป็นทีม	$\bar{X}$	SD	ระดับการรับรู้
ด้านความพึงพอใจต่อประสบการณ์การทำงานเป็นทีม	3.29	0.53	มาก
ด้านผลของการทำงานเป็นทีมต่อคุณภาพการเรียนรู้	3.29	0.53	มาก
ด้านความพึงพอใจกับการประเมินผลของเพื่อนในทีม	3.39	0.52	มาก
ด้านการพัฒนาความเป็นวิชาชีพ	3.55	0.39	มาก
ด้านผลต่อการให้เหตุผลทางคลินิก	3.41	0.47	มาก
การรับรู้การทำงานเป็นทีมโดยภาพรวม	3.43	0.38	มาก

5. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการเรียนวิชาพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ต่อการจัดการเรียนรู้แบบ TBL พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับเจตคติอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.93$, SD = 0.69) โดยมีค่าเฉลี่ยรายด้านสูงที่สุดคือ ด้านความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาตนเอง ($\bar{X} = 4.17$, SD = 0.77) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเจตคติต่อการจัดการเรียนรู้แบบ TBL ในรายวิชาพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 (n=40)

เจตคติต่อการจัดการเรียนรู้แบบ TBL	$\bar{X}$	SD	ระดับเจตคติ
ด้านความรู้ที่ได้รับ	4.00	0.72	สูง
ด้านความคิดเห็นต่อบรรยากาศการเรียนรู้	3.80	0.74	สูง
ด้านความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาตนเอง	4.17	0.77	สูง
เจตคติต่อการเรียนในรายวิชา โดยภาพรวม	3.93	0.69	สูง

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาระดับความรู้จากการจัดการเรียนรู้แบบใช้ทีมเป็นฐาน พบว่า นักศึกษาที่ได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในวิชาพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ภาคทดลอง ในคาบการวิเคราะห์กรณีศึกษาโดยการจัดการเรียนรู้แบบ TBL มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนเรียนรายกลุ่ม (tRAT) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนเรียนรายบุคคล (iRAT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด

ผลการศึกษานี้บ่งชี้ได้ว่า ในขั้นการจัดการก่อนเข้าชั้นเรียนภายหลังจากที่ได้เรียนในภาคทฤษฎีแล้วนั้น ผู้สอนได้มอบหมายให้ศึกษาดูด้วยตนเองล่วงหน้าจากเอกสาร/สื่อการสอนที่ผู้สอนจัดทำขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเรียน แต่ความสามารถในการทำความเข้าใจด้วยตนเองในรายวิชาของนักศึกษาที่ยังไม่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง อาจมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนได้ จึงส่งผลโดยตรงต่อคะแนน iRAT ที่อยู่ในระดับที่ต้องการการพัฒนาเพิ่มเติม แต่กระบวนการ TBL นั้นมีกลไกในการแก้ปัญหาผ่านขั้นตอนการประเมินความพร้อมรายกลุ่ม (tRAT) ซึ่งเป็นการจัดสมาชิกแบบผลัดเปลี่ยนเรียน ทำให้เกิดการตรวจสอบความรู้จากสิ่งที่ตนเองได้อ่านมา ได้โต้แย้งตามความเข้าใจเพื่อหาคำตอบที่ดีที่สุด สมาชิกที่มีความพร้อมมากกว่าจะช่วยอธิบายและเติมเต็มช่องว่างความรู้ให้กับเพื่อนในทีม ซึ่งการที่สมาชิกในทีมมีความเห็นไม่ตรงกันจะเป็นจุดเริ่มต้นของการอภิปรายค้นหา ช่วยส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณภายในกลุ่ม ซึ่งกระบวนการนี้จะช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนรู้ร่วมกันจนเกิดความเข้าใจและข้อสรุปที่ตรงกัน จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรู้รายกลุ่มก่อนเรียน (tRAT) สูงกว่ารายบุคคลก่อนเรียน (iRAT) ในทั้ง 3 ระยะ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานต่อความรู้และการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ที่พบว่าหลังการจัดการเรียนรู้แบบ TBL มีคะแนนความรู้รายกลุ่มสูงกว่าคะแนนรายบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.27, p < .001$)¹⁴

นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ภายหลังได้รับการจัดการเรียนรู้แบบ TBL สูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่าภายหลังการประเมินความพร้อมก่อนเรียนของกลุ่มแล้ว ผู้สอนได้มีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้เรียนทันทีเพื่อแก้ไขความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน รวมทั้งมีการมอบรางวัล “team readiness guarantee award” ให้กับทีมที่มีความเตรียมพร้อมก่อนเรียน ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นเชิงบวกให้ผู้เรียนมีความใฝ่รู้ กระตือรือร้นในการค้นคว้าหาความรู้ ลดปัญหาการขาดความพร้อมก่อนที่จะเรียนรู้ในชั้นประยุกต์ใช้ความรู้ (tAPP) ซึ่งจะเป็นขั้นที่มีการแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกันผ่านการอภิปรายกรณีศึกษาและโจทย์สถานการณ์ที่ซับซ้อนของสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด โดยสมาชิกในทีมจะดึงศักยภาพ ความรู้ ความคิดและประสบการณ์ของตนเองมาใช้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของทีม เกิดการเชื่อมโยงความรู้จากการเรียนในภาคทฤษฎี ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งและเกิดความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณมากยิ่งขึ้น ร่วมกับผู้สอนมีการบรรยายย่อย (mini-lecture) เป็นระยะเพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจแนวคิดที่สำคัญในแต่ละระยะ โดยพบว่าการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานสามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความจดจ่อกับการเรียนรู้ (student engagement) มากกว่าการเรียนในรูปแบบบรรยาย¹⁵

ผลการศึกษาสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับผลของการเรียนรู้แบบทีมต่อความรู้ทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งพบว่าภายหลังการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีการจัดการเรียนรู้แบบ TBL มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{8,11,14,16} ซึ่งจะเห็นได้ว่าการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐานนั้นสามารถช่วยพัฒนาการเรียนรู้รายบุคคลได้

2. การศึกษาการรับรู้การทำงานเป็นทีมจากการเรียนรู้แบบใช้ทีมเป็นฐาน พบว่าการจัดการเรียนรู้แบบใช้ทีมเป็นฐานทำให้นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการรับรู้การทำงานเป็นทีมเท่ากับ 3.43 ซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรายด้านสูงสุด คือ การพัฒนาความเป็นวิชาชีพสูงสุด เท่ากับ 3.55 และด้านผลต่อการให้เหตุผลทางคลินิกเท่ากับ 3.41

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่าการเรียนรู้แบบใช้ทีมเป็นฐาน ทำให้ผู้เรียนทุกคนร่วมกันวางแผนการเรียนรู้ กำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อสร้างผลงานที่บรรลุเป้าหมายตามความต้องการของทีมซึ่งถือเป็นสมรรถนะที่สำคัญต่อการพัฒนาความเป็นวิชาชีพพยาบาล

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผลของการเรียนรู้แบบทีมต่อการรับรู้การทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้การทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.28, SD = 0.07$) และมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือด้านการพัฒนาวิชาชีพ ($\bar{X} = 3.36, SD = 0.12$)¹⁴ เช่นเดียวกัน และยังสอดคล้องกับผลของการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและการรับรู้การทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.68, SD = 0.26$) และผลการสนทนากลุ่มได้ข้อมูลว่า “การเรียนรู้แบบทีมทำให้เกิดการปรับตัวการทำงานร่วมกับเพื่อน ยอมรับฟังความคิดเห็นของคนอื่นมากขึ้น ทุกคนได้พูดในสิ่งที่ตนเองรู้ให้เพื่อนได้รับฟัง คอยช่วยเหลือกันเพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน”¹⁷

3. การศึกษาเจตคติต่อการเรียนวิชาพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1 (ภาคทดลอง) ด้วยวิธีการจัดการเรียนรู้แบบ TBL พบว่า นักศึกษาที่ได้รับวิธีการจัดการเรียนรู้แบบ TBL ในวิชาพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ภาคทดลอง ในในส่วนของการวิเคราะห์กรณีศึกษาและโจทย์สถานการณ์ที่ซับซ้อนของสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดมีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการเรียนวิชาพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ต่อการจัดการเรียนรู้แบบ TBL โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.93$, $SD = 0.69$) โดยมีค่าเฉลี่ยรายด้านสูงที่สุด คือ ด้านความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาตนเอง ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 0.77$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความคิดเห็นต่อบรรยากาศการเรียนรู้อยู่ ($\bar{X} = 3.80$, $SD = 0.74$)

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่าการที่ผู้เรียนมีอิสระในการเตรียมความพร้อมก่อนเรียน ได้นำความรู้ของตนเองมาตรวจสอบความเข้าใจกับเพื่อนสมาชิกในทีม ในขณะที่ผู้สอนเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกโดยการสะท้อนความรู้จนเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของชั้นเรียน ร่วมกับที่ได้จัดทำกรณีศึกษาที่ครอบคลุมกับเนื้อหาสำคัญเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เข้าใจในบทเรียนมากขึ้นจนสามารถเชื่อมโยงความรู้กับกรณีศึกษาในชั้นประยุกต์ใช้ความรู้ (tAPP) ได้นั้น ดังกล่าวทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจจากความรู้ความเข้าใจที่เพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติที่ดีนั้น คือ ความรู้ความเข้าใจ บรรยากาศในการเรียน การได้แลกเปลี่ยนคำตอบกันในห้องเรียน¹⁸ ซึ่งจากการสอบถามผู้เรียนก็บอกเช่นเดียวกันว่า “เมื่ออาจารย์เปิดประเด็นคำถาม แล้วสมาชิกในกลุ่มแย่งกันตอบ เกิดบรรยากาศการแข่งขัน ทำให้รู้สึกสนุก” “บางคำถามเมื่อมีคนตอบคำถามแล้วยังไม่ชัดเจน และอาจารย์อธิบายเพิ่มเติมทำให้เข้าใจมากขึ้น ทำให้รู้สึกไม่กดดัน บรรยากาศผ่อนคลายกว่าที่คิดไว้ก่อนเข้าเรียน” “รู้สึกเครียดและกังวลเล็กน้อย เกรงว่าจะเตรียมตัวได้ไม่ดีเท่าเพื่อนและกลัวว่าจะทำให้ทีมไม่ดี” ดังกล่าวจึงทำให้ทุกคนมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาตนเองเพื่อทีม แต่ทั้งนี้อาจทำให้ผู้เรียนบางคนเกิดความรู้สึกกังวลและอาจส่งต่อบรรยากาศการเรียนรู้อยู่ได้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานต่อความรู้และความพึงพอใจในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็กพบว่ามีความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนรู้ โดยใช้ทีมเป็นฐานอยู่ในระดับมาก⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานต่อความรู้และความพึงพอใจในการจัดการเรียนรู้เรื่อง “ปวดท้อง” ในรายวิชาการบำบัดโรคเบื้องต้น ในนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 2 พบว่าผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.59$, $SD = 0.92$)¹⁹

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำวิธีการจัดการเรียนรู้แบบ TBL มาใช้ในการเรียนการสอนรายวิชาทฤษฎีโดยเพิ่มสถานการณ์ที่ซับซ้อนมากขึ้นเพื่อส่งเสริมให้เกิดทักษะทักษะด้านวิชาชีพ
2. ควรมีการนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบ TBL ไปปรับใช้กับรูปแบบการเรียนแบบ CBL เนื่องจากวิธีการจัดการเรียนรู้แบบ TBL นั้นจะครอบคลุมการจัดการก่อนเข้าชั้นเรียนและการจัดการในชั้นเรียนซึ่งจะเน้นถึงการเตรียมความพร้อมรายบุคคล (iRAT) และการเตรียมความพร้อมของกลุ่ม (tRAT) ซึ่งจะช่วยให้การจัดการเรียนรู้แบบ CBL เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำศึกษาการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานในรายวิชาภาคปฏิบัติและศึกษาความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาในคลินิกในสถานการณ์จำลองหรือในสถานการณ์จริง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงศึกษาธิการ. มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาศาสตร์ พ.ศ.2552. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ; 2560. <https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/001/8.PDF>
2. คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2565). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ; 2565.
3. Hughes RG, editor. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
4. งานบริหารหลักสูตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. คู่มือการจัดการเรียนการสอน ปีการศึกษา 2568. หน้า 56-69.
5. กระทรวงศึกษาธิการ. พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542. กรุงเทพฯ:กระทรวงศึกษาธิการ; 2542. http://www.bic.moe.go.th/images/stories/5Porobor._2542pdf.pdf
6. กัลยาลักษณ ไชยศิริ, อุบลวรรณ ส่งเสริม. การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลโดยใช้ทีมเป็นฐาน. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2566;10(2):86-100.
7. Michaelsen LK, Sweet M. Team-based learning. New Dir Teach Learn. 2011;128:41-51. doi:10.1002/tl.467
8. จุฑารัตน์ คงเพชร, พิสมัย วัฒนสิทธิ์, ปิยธิดา เทพประดิษฐ์. ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานต่อความรู้และความพึงพอใจในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็ก. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2565;42(1):97-107.
9. Branson S, Boss L, Fowler DL. Team-based learning: application in undergraduate baccalaureate nursing education. J Nurs Educ Pract. 2016;6(4):59-64. doi:10.5430/jnep.v6n4p59
10. ชมาศ ไทยเล็ก, จุฑารัตน์ คงเพชร, พิสมัย วัฒนสิทธิ์, ปิ่นสุตา สังฆะโน, อำไพพร ก่อตระกูล, วาสนา โชติสัมพันธ์เจริญ. ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ต่อความรู้และความพึงพอใจในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2568;43(3):1-16.
11. Kim HR, Song Y, Lindquist R, Kang HY. Effects of team-based learning on problem-solving, knowledge and clinical performance of Korean nursing students. Nurse Educ Today. 2016;38:115-8. doi:10.1016/j.nedt.2015.12.003
12. วิจารย์ พานิช. โรงเรียนแห่งอนาคตไม่ใช่ “โรงเรียน” แต่เป็น “โรงสร้าง” ระบบนิเวศการเรียนรู้ที่โอบรับความหลากหลาย. กรุงเทพฯ: กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา; 2567. <https://www.eef.or.th/news-181224-2/>
13. Gallegos PJ, Peeters JM. A measure of teamwork perceptions for team-based learning. Curr Pharm Teach Learn. 2011;3:30-5. doi:10.1016/j.cptl.2010.10.004
14. วีรวัฒน์ ทางธรรม, อัมพร เทียงตรงดี. ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานต่อความรู้และการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ. 2562;1(1):1-9.

15. Currey J, Oldland E, Considine J, Glanville D, Story I. Evaluation of postgraduate critical care nursing students' attitudes to, and engagement with, team-based learning: a descriptive study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2015;31(1):19-28. doi:10.1016/j.iccn.2014.09.003
16. Lee S, Park HJ. The effects of team-based learning on nursing students' learning performance with a focus on high-risk pregnancy in Korea: a quasi-experimental study. *Korean J Women Health Nurs.* 2021;27:388-97. doi:10.4069/kjwhn.2021.11.16
17. สมจิตต์ สินธุชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, ณัฐวุฒิ บุญสนธิ, วนิตา รัชวัตร. ผลของการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและการรับรู้การทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาล: การวิจัยเชิงผสมผสาน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ.* 2562;13(1):37-49. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/188756/144354>
18. บุศรา ไชมพัตร, ลัดดา หวังภษิต. ผลของการจัดการเรียนรู้แบบใช้ทีมเป็นฐานที่มีต่อความสามารถในการอ่านเพื่อความเข้าใจภาษาอังกฤษและเจตคติต่อการอ่านภาษาอังกฤษของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4. *วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์ ศรีนครินทรวิโรฒ.* 2564;22:36-47. <https://search.asean-cites.org/article.html?b3BlbkFydGljbGUmaWQ9Njc2NTYz>
19. ช่อทิพย์ จันทรา, ศักดา ไชยวงศ์. ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานต่อความรู้และความพึงพอใจในการจัดการเรียนรู้เรื่องปวดท้องในรายวิชาการบำบัดโรคเบื้องต้น. ใน: การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 15; 17 พฤษภาคม 2567; มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่, สงขลา. สงขลา; 2567. หน้า 902-13.

ความต้องการการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการจัดการตนเอง
เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง
The Needs for effective communication to support self management
for reducing blood glucose in type 2 diabetes patients with hypertension

ปิยะนาฏ ช่างเสียง*, ปณิธาน จอกลอย*, กมลพร แพทย์ชีพ*

Piyanat Changsieng*, Panitharn Jorgloy*, Kamomporn Patcheep*

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ระชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajachanok Institute

Corresponding author: Kamonporn Patcheep; Email: kamonporn@bcnr.ac.th

Received: December 16, 2025; Revised: January 28, 2026; Accepted: January 28, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ตนเอง ความต้องการการสื่อสาร และค้นหาเป้าหมายการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ พยาบาลประจำคลินิกเบาหวานจำนวน 2 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วม จำนวน 20 คน มีอายุ 35-65 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมร้อยละ 7 ขึ้นไป และสามารถดูแลตนเองได้ เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ .67-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง 8 ประเด็น คือ 1) โรคเบาหวานรุนแรงกว่าจึงต้องระวังมากกว่า 2) จัดการตนเองเป็นครั้งคราวเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกตำหนิและไม่อยากถูกเพิ่มยา 3) การใช้ชีวิตประจำวันเป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอเหมาะสม 4) อาหารมีความสำคัญมากที่สุด 5) ความหิวและความอยากอาหารเป็นอุปสรรคสำคัญในการควบคุมตนเอง 6) ความรู้ด้านอาหารไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน 7) ขาดเป้าหมายและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และ 8) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ที่ตนเองไม่ต้องการให้ครอบครัวช่วย สำหรับการสนับสนุนและรูปแบบการสื่อสารที่ผู้ป่วยต้องการประกอบด้วย 5 ประเด็น คือ 1) ต้องการการสนับสนุนด้านความรู้และคู่มือเบาหวานช่วยเตือนความจำ 2) เรียนรู้แบบกลุ่มย่อย บรรยายากไม่กดดัน ภาษาเข้าใจง่าย นำไปใช้ได้จริง 3) เนื้อหาเกี่ยวกับอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย 4) สื่อการสอนที่จับต้องได้ และ 5) การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องในวัดนัดตรวจ โดยมีเป้าหมายร่วมกันกับพยาบาล คือ การลดระดับน้ำตาลในเลือด

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2, น้ำตาลในเลือดสะสม, การสื่อสาร

Abstract

This qualitative research aimed to explore patients' self-perception and communication needs, and to identify mutual goal setting between patients and nurses. The key informants consisted of two nurses working in a diabetes clinic and 20 patients with type 2 diabetes and comorbid hypertension were: aged 35–65 years, having HbA1c > 7%, and being able to perform daily self-care activities independently. Data were collected via focus group interview using a semi-structured interview guide. The instruments were validated by 3 experts, with an Item-Objective Congruence (IOC) index ranging from .67 to 1.00 Data was analyzed using content analysis and descriptive statistics.

The findings revealed eight themes regarding patients' self-perception: 1) perceiving diabetes as more severe than hypertension, thus requiring greater caution; 2) practicing intermittent self-management primarily to avoid blame and medication escalation; 3) believing that daily living activities constitute sufficient exercise; 4) prioritizing diet as the most critical factor; 5) identifying hunger and food cravings as major barriers to self-control; 6) lacking practical nutritional knowledge for daily application; 7) lacking clear goals and motivation for self-care; and 8) viewing health as a personal responsibility and declining family assistance to avoid being a burden. Regarding support and communication needs, five themes emerged: 1) need for educational support and a handbook as a memory aid; 2) preference for small group learning in a non-threatening atmosphere using simple, practical language; 3) content focusing on diet, medication, and exercise; 4) tangible instructional media; and 5) continuous education during follow-up visits. The mutual goal established between patients and nurses was the reduction of blood sugar levels.

Keywords: type 2 diabetes, HbA1c, communication

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2533 องค์การอนามัยโลก รายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 200 ล้านคน และเพิ่มเป็น 830 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2566¹ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 650 ล้านคนเป็น 1.4 พันล้านคนในช่วงเวลาเดียวกัน² ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาระทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง^{1, 2} นอกจากนี้ทั้งสองโรคยังเป็นภาวะทั่วไปที่มักเกิดร่วมกัน^{3, 4, 5} โดยประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย⁶ ซึ่งทั้งสองภาวะเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง (cardio-cerebrovascular diseases)⁷ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วม จะมีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าผู้ที่เป็นภาวะใดภาวะหนึ่ง⁵

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ได้กำหนดค่าเป้าหมายในการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่ที่ควบคุมทั่วไปคือ ควรรักษาค่าน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) น้อยกว่าร้อยละ 7 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (fasting plasma glucose) ที่ระดับ 80-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร⁸ และกำหนดค่าเป้าหมายระดับความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน คือ ควรควบคุมระดับความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure) น้อยกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท^{8, 9} เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้^{1, 2}

ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 3 ล้านคนในปีงบประมาณ 2565 เป็น 4 ล้านคนในปีงบประมาณ 2567 ขณะที่โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจาก 8 ล้านคนเป็นประมาณ 9 ล้านกว่าคนในช่วงเวลาเดียวกัน¹⁰ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 40 และควบคุมความดันโลหิตได้ดี

ร้อยละ 60 แต่สถานการณ์ในทุกเขตสุขภาพพบว่า ในปีงบประมาณ 2567 มีผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียงร้อยละ 35.49 และควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 48.25¹⁰ นอกจากนี้ จังหวัดราชบุรีซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 ของประเทศ พบว่ามีสัดส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้ดีติด 1 ใน 3 จังหวัดที่มีผลการควบคุมโรคต่ำที่สุดของเขตสุขภาพ โดยในปีงบประมาณ 2567 มีรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียงร้อยละ 36.25 และควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีเพียงร้อยละ 42.61¹⁰ ซึ่งยังห่างไกลจากเป้าหมายที่ตั้งไว้

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ตามเป้าหมาย มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 40 มีการดำเนินโรคไปสู่ภาวะไตเรื้อรัง และเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของภาวะไตวายระยะสุดท้ายทั่วโลก¹¹ นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบหลอดเลือดหัวใจ ดวงตา และระบบประสาท ทำให้การไหลเวียนโลหิตผิดปกติ ซึ่งนำไปสู่การเกิดแผลที่เท้า และอาจเป็นสาเหตุให้ได้รับการตัดอวัยวะในที่สุด¹² ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพแล้ว ยังสร้างภาระทางเศรษฐกิจต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ โดยพบค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนสูงถึง 699,419 บาทต่อคนต่อปี และอาจสูงเกิน 1.8 ล้านบาทตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อพิจารณาในระดับประเทศ ภาระงบประมาณด้านค่ารักษาพยาบาลอาจสูงถึง 9 ล้านล้านบาท¹³ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาและความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานสามารถชะลอหรือป้องกันได้ หากผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ซึ่งหัวใจสำคัญที่จะช่วยผู้ป่วยควบคุมโรคได้ คือการที่ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม^{2, 8} ซึ่งมีรายงานการศึกษาพบว่า การให้ความรู้ และการฝึกทักษะการตัดสินใจในการดูแลตนเอง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตัดสินใจในการจัดการตนเองลดระดับน้ำตาลในเลือด^{14, 15} และลดระดับความดันโลหิตได้¹⁴ โดยกิจกรรมดังกล่าว ต้องตอบสนองกับความต้องการ^{14, 15} และเป้าหมายสุขภาพของผู้ป่วย¹⁵ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ แต่อย่างไรก็ตาม ภายใต้อำนาจกีดด้านอัตรากำลัง พยาบาลจึงให้ความรู้กับผู้ป่วยในภาพรวมที่คลินิกเบาหวาน โดยไม่ได้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้การปฏิบัติพฤติกรรม และความต้องการการสื่อสารข้อมูลที่จะใช้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วย และไม่มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของข้อมูลสื่อสารไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

การสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วย เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความเข้าใจผู้ป่วย และเป็นกลไกหลักที่นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความร่วมมือและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน¹⁶ การสื่อสารทำหน้าที่เป็นเครื่องมือในการปรับการรับรู้ หากการถ่ายทอดข้อมูลมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่เหมาะสม อันนำไปสู่การปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม แสดงให้เห็นว่าการรับรู้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล และเป็นขั้นตอนแรกของการกำหนดเป้าหมาย รวมถึงการค้นหาวิธีการก้าวไปสู่เป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย¹⁷ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุผลลัพธ์ด้านสุขภาพ¹⁸ และการมีการรับรู้ที่ถูกต้องจะเอื้อต่อการจัดการตนเองที่เหมาะสม

การจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นกระบวนการตัดสินใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการให้ความรู้และการสนับสนุนการจัดการตนเอง (diabetes self-management education and support) จากบุคลากร

สุขภาพ การให้ความรู้ในการจัดการตนเองเป็นกระบวนการส่งเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย ขณะที่การสนับสนุนการจัดการตนเองมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้พว้นำทักษะที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถช่วยให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตามการจัดกิจกรรมดังกล่าวต้องสอดคล้องความต้องการของผู้ป่วย¹⁹ จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาความต้องการด้านการสื่อสารข้อมูลและเป้าหมายในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง (King's theory of goal attainment)^{17, 20} เป็นทฤษฎีอธิบายกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการผ่านการสื่อสารและการรับรู้ ภายใต้ระบบเปิด 3 ระบบ คือ ระบบบุคคล (personal system) ระบบระหว่างบุคคล (interpersonal system) และระบบสังคม (social system) โดยเน้นกระบวนการตกลงเป้าหมายและวิธีการปฏิบัติร่วมกัน (transaction) นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายสุขภาพร่วมกัน ซึ่งมีรายงานการศึกษาพบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของคิง สามารถช่วยผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสามารถในการดูแลและจัดการตนเอง จนลดระดับน้ำตาลในเลือดได้¹⁵ ดังนั้นการศึกษานี้จึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิงในการศึกษาการรับรู้ตนเอง ความต้องการการสื่อสาร และค้นหาเป้าหมายการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วม ซึ่งความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารและนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทชีวิตของผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและบรรลุเป้าหมายสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วม
2. เพื่อศึกษาความต้องการการสื่อสารในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วม
3. เพื่อศึกษาเป้าหมายในการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมกับพยาบาล

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วม ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน จำนวน 20 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่คลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลเดียวกันกับผู้ป่วยโรคเบาหวานข้างต้น จำนวน 2 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง^{17, 20} (King's theory of goal attainment) 3 ระบบหลัก คือ 1) ระบบบุคคล (personal system) มุ่งศึกษาการรับรู้ (perception) ต่อภาวะสุขภาพและภาพลักษณ์ตนเอง (self) ของผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วม 2) ระบบระหว่างบุคคล (interpersonal system) มุ่งศึกษาปฏิสัมพันธ์ (interaction) ผ่านการสื่อสาร (communication) ความต้องการสนับสนุน และกระบวนการกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพร่วมกัน (mutual goal setting) ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล และ 3) ระบบสังคม (social system) เพื่อนำไปสู่การออกแบบวิธีการบรรลุเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ศึกษาในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ช่วงที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วม มาตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสมประจำปีที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดราชบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง (King's theory of goal attainment) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างโดยมุ่งเน้นระบบบุคคล ได้แก่ การรับรู้ (perception) และภาพลักษณ์ของตนเอง (self) ร่วมกับระบบระหว่างบุคคล ได้แก่ การสื่อสาร (communication) และการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (mutual goal setting) นำไปสู่กระบวนการที่ผู้ป่วยและพยาบาลเกิดการปฏิสัมพันธ์ (transaction) จนบรรลุเป้าหมายในการดูแลร่วมกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดราชบุรี

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วม ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี จำนวน 20 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่คลินิกเบาหวาน จำนวน 2 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria):

ผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
2. มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7
3. มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 130/80 มิลลิเมตรปรอท
4. สามารถดูแลตนเองได้ในชีวิตประจำวัน
5. สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
6. อาศัยอยู่กับสมาชิกครอบครัว

พยาบาล

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชน
2. มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

ผู้ที่มีความสับสนหรือรู้สึกไม่สบายใจในการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วม จำนวน 7 ข้อ ประกอบไปด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ครั้งล่าสุด และการรักษาที่ได้รับ สำหรับแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 ข้อ ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาที่มีประสบการณ์การทำงานที่คลินิกเบาหวาน ปัญหาสุขภาพ และความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่ายต่อเดือน

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมาย^{17, 20} ประกอบด้วย 5 คำถามหลัก ได้แก่ “ท่านมีเป้าหมายในการดูแลตนเองอย่างไร” “ปัจจุบันท่านมีวิธีดูแลตนเองอย่างไร” “อะไรคือปัญหาหรืออุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตของท่าน” “ท่านต้องการให้พยาบาลสื่อสาร/ ให้ข้อมูลอย่างไร” “ถ้าให้ตั้งเป้าหมายในการดูแลร่วมกันกับพยาบาล เป้าหมายของท่านคืออะไร” โดยในแต่ละคำถามหลัก ผู้วิจัยใช้คำถามแบบเจาะลึก (probe questions) ในแต่ละประเด็น เช่น “การดูแลตัวเองในปัจจุบัน ช่วยให้คุณบรรลุเป้าหมายสุขภาพอย่างไร” “ท่านต้องการให้ครอบครัวมาช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตอย่างไร” “ท่านจัดการกับอุปสรรคในการดูแลตนเองอย่างไร” “ได้ผลหรือไม่” “ถ้าไม่ ท่านทำอย่างไร”

3. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับรวบรวมข้อมูลพยาบาลวิชาชีพ ประกอบไปด้วย “ปัจจุบันท่านมีวิธีการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คลินิกเบาหวานอย่างไร” “ถ้าต้องให้ตั้งเป้าหมายการดูแลสุขภาพร่วมกันกับผู้ป่วยเป้าหมายที่ท่านต้องการคืออะไร”

4. สมุดสำหรับจดบันทึก (field note)

5. อุปกรณ์สำหรับบันทึกเสียง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ .67-1.00 โดยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 3 คนก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่ BCNR 06/ 67 วันที่ 25 เมษายน 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการนำเสนอข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมโครงการมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบข้อคำถามที่ทำให้รู้สึกอึดอัดใจ และสามารถถอนจากการสนทนากลุ่มได้เมื่อต้องการ โดยไม่มีผลต่อการรับบริการสุขภาพแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดราชบุรี โดยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่คลินิกเบาหวาน ในวันที่มาตรวจตามนัด จำนวน 20 คน โดยเชิญผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าร่วมโครงการ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวม การวิเคราะห์ และการนำเสนอข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลหลักฟังจนเข้าใจ หลังผู้ให้ข้อมูลหลักลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยเชิญเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสนทนากลุ่ม โดยมีผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้จดบันทึกขณะดำเนินการสนทนา

1. ทำการการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลหลักในห้องแยก ครั้งละ 6-8 คน โดยใช้ 5 คำถามหลัก และคำถามแบบเจาะลึกทีละประเด็น ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม ๆ ละประมาณ 1 ชั่วโมง

2. หลังการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสรุปประเด็นและให้ผู้ให้ข้อมูลหลักยืนยันความถูกต้อง

3. สำหรับพยาบาล ผู้วิจัยเชิญพยาบาลที่ปฏิบัติการที่คลินิกเบาหวาน จำนวน 2 คนเข้าร่วมสนทนากลุ่ม โดยทำการสนทนาแยกกับผู้ป่วย โดยใช้ 2 คำถามหลัก จำนวน 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการสนทนาจนข้อมูลอิ่มตัว เป็นระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผู้วิจัยทำการถอดเทปการสนทนากลุ่มแบบคำต่อคำ (verbatim transcript) กำหนดหน่วยการวิเคราะห์ (unit of analysis) อ่านข้อมูลโดยละเอียด ให้รหัส (coding) และนำรหัสที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมาจัดหมวดหมู่ (categories) แล้วนำข้อมูลมาแปลความ (interpreting) และอธิบายความหมาย โดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง (King's theory of goal attainment) เป็นกรอบในการวิเคราะห์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้ากับผู้ให้ข้อมูล (data source triangulation) โดยผู้วิจัยได้สรุปสาระสำคัญสั้นๆ ทันทีหลังสิ้นสุดการสนทนากลุ่มในแต่ละครั้ง แล้วทวนสอบร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยและพยาบาล เพื่อยืนยันข้อมูลว่าตรงตามประสบการณ์และความหมายของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง

สำหรับข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วม อายุเฉลี่ย 55.90 ปี (SD = 6.36) โดยมีอายุระหว่าง 46-65 ปี เพศหญิง ร้อยละ 70 เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 30 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ระหว่างร้อยละ 7 ถึง 14 ร้อยละ 8.55 (SD = 2.10) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานเฉลี่ย 8 ปี (SD = 7.38) และความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 8.30 ปี (SD = 7.08) โดยพบความดันโลหิตสูงก่อน ร้อยละ 45 พบทั้งสองโรคพร้อมกันร้อยละ 30 และพบโรคเบาหวานก่อนร้อยละ 25 ทุกคนได้รับการรักษาโดยยารับประทาน สำหรับพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกเบาหวาน จำนวน 2 คน อายุ 51 ปี และ 54 ปี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีประสบการณ์การทำงานที่คลินิกเบาหวาน 2 ปีและ 5 ปี สถานภาพสมรสคู่ ไม่มีปัญหาสุขภาพ และมีรายได้เพียงพอต่อรายจ่าย

2. การศึกษาความต้องการการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King's theory of goal attainment) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วม โดยมีข้อค้นพบดังนี้

2.1.1 โรคเบาหวานรุนแรงกว่าจึงต้องระวังมากกว่า ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าโรคเบาหวานรุนแรงกว่าความดันโลหิตสูง เพราะมีอาการชัดเจนและส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมากกว่า จึงให้ความสำคัญกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า และเห็นว่าความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการแสดง จึงคิดว่ามีอันตรายน้อยกว่า “ให้ความสำคัญกับเบาหวานมากกว่า เพราะเบาหวานถ้าเป็นแล้ว อาการมันจะเยอะ (ผู้หญิง 62 ปี)” “...เบาหวานอาการมันเป็นเยอะกว่า ต้องระวัง (ผู้หญิง 56 ปี)” “อยากลดน้ำตาลมากที่สุด เพราะเบาหวานมันหนักกว่า (ผู้หญิง 46 ปี)” “...เวลากินอาหารจะไม่นึกถึงความดันเลย เพราะเรื่องอาหารสำคัญที่สุดสำหรับเบาหวาน (ผู้ชาย 50 ปี)”

2.1.2 วิธีการจัดการตนเองเป็นครั้งคราวเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกตำหนิและไม่อยากถูกเพิ่มยา ผู้ให้ข้อมูลจัดการตนเองด้วยการคุมอาหารเข้มงวดเฉพาะช่วงก่อนวันนัดตรวจประมาณ 1 สัปดาห์ เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกตำหนิจากบุคลากรสุขภาพ และไม่ต้องการให้แพทย์เพิ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือด “ก่อนถึงเวลามาเจาะเลือด 1 อาทิตย์ ก็จะต้อง...

หน้อย (ผู้หญิง 46 ปี)” “หมอบอกว่าถ้าคุณน้ำตาลได้ ก็ไม่ต้องเพิ่มยา ก็เลยคุมอาหารก่อนวันนัดสักอาทิตย์กว่าๆ ไม่อยากเพิ่มยา กลัวเป็นไต (ผู้หญิง 50 ปี)”

2.1.3 การใช้ชีวิตประจำวันเป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอเหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน เช่น เดิน ทำสวน เลี้ยงหลาน คือการออกกำลังกายที่เพียงพอ ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายเพิ่ม และยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมในการลดระดับน้ำตาลในเลือด “ไม่ได้ขายของก็ยังไม่เดินอยู่ เดิน 10 นาที 15 นาที เดินเข้าซอยนั้นทะเลซอสนี้ ก็เป็นการออกกำลังกายแล้ว (ผู้หญิง 60 ปี)” “...เลี้ยงหลานนี่ก็ยิ่งกว่าออกกำลังกายอีก (ผู้หญิง 46 ปี)” “รู้ว่าออกกำลังกายทำให้ร่างกายแข็งแรง แต่ไม่รู้ว่ามันช่วยลดน้ำตาลได้ (ผู้ชาย 56 ปี)”

2.1.4 ให้ความสำคัญกับอาหารมากที่สุด ผู้ให้ข้อมูลให้ความสนใจเรื่องอาหารมากที่สุด เพราะรู้ว่าอาหารส่งผลโดยตรงต่อระดับน้ำตาลในเลือด แต่ยังขาดความรู้เรื่องชนิดและปริมาณอาหารที่เหมาะสม รวมทั้งไม่ตระหนักว่าอาหารก็มีผลต่อความดันโลหิตด้วยเช่นกัน “ก็อยากเลือกอาหารกินนะ อยากรู้อันไหนกินได้กินไม่ได้ กินได้มากน้อยเพียงใด (ผู้หญิง 49 ปี)” “รู้แค่ทำให้กินนิดเดียว (ผู้หญิง 60 ปี)” “ถ้าคุมอาหารกับกินยา ก็ลดน้ำตาลได้แล้ว อาหารมีผลต่อน้ำตาล (ผู้ชาย 56 ปี)” “...แต่ความดันไม่รู้ละ เพราะมาที่ไรมันก็สูงแต่สูงไม่มาก (ผู้ชาย 60 ปี)”

2.1.5 ความหิวและความอยากอาหารเป็นอุปสรรคสำคัญในการควบคุมตนเอง ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการเอาชนะความหิวและความอยากอาหารเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ลดน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งการเอาชนะความอยากอาหารจะยากขึ้นเมื่อเห็นอาหาร นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายรู้สึกผิด หรือขัดแย้งภายในตนเองเมื่อไม่สามารถเอาชนะความอยากอาหารได้ “ความหิวโหยนี่แหละ ทำให้คุณน้ำตาลไม่ได้ (ผู้หญิง 46 ปี)” “...เห็นขนมหวานแล้วมันอยาก เอาชนะความอยากไม่ได้ (ผู้ชาย 56 ปี)” “...รู้ว่าจะกินแล้วน้ำตาลขึ้น แต่ก็กิน (ผู้ชาย 65 ปี)” “...เสียดายของ... ถ้าวันไหนกินเยอะ จะกินน้ำอัดๆ เข้าไปเยอะๆ เพื่อลดน้ำตาล (ผู้หญิง 50 ปี)” “กินแบบนี้มีความสุข เอาชนะความอยากไม่ได้ อยากกินก็ซื้อ รู้ว่าจะกินแล้วน้ำตาลจะขึ้น (ผู้หญิง 60 ปี)” “...เห็นของกินแล้วอดไม่ได้ (ผู้หญิง 58 ปี)”

2.1.6 ความรู้ด้านอาหารไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้เกี่ยวกับอาหารไม่เพียงพอ โดยรู้เพียงว่าไม่ควรรับประทานอาหารหวานหรือเค็ม แต่ไม่รู้ปริมาณและชนิดอาหารที่เหมาะสม จึงไม่สามารถวางแผนการรับประทานอาหารได้ “มีความรู้แค่ผิวเผิน ไม่รู้ว่ากินได้เท่าไร กะไม่ถูก (ผู้ชาย 61 ปี)” “รู้แต่ว่าไม่กินหวานกินเค็มให้กินข้าวน้อยๆ ก็ไม่รู้ว่าน้อยเท่าไร (ผู้หญิง 59 ปี)” “วัน ๆ นึง อะไรกินได้กินไม่ได้ก็ไม่แน่ใจ รู้แต่ว่าอย่ากินหวาน (ผู้หญิง 50 ปี)”

2.1.7 ขาดเป้าหมายและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ผู้ให้ข้อมูลไม่มีเป้าหมายที่ชัดเจนจึงไม่คิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และยังคงทำพฤติกรรมเดิม เช่น การตามใจปากหรือรับประทานมื่อตึก ส่งผลต่อความไม่ต่อเนื่องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด “รู้ว่าเอาชนะใจตัวเองไม่ได้ อยากคุมอาหารเหมือนกัน แต่ก็ไม่เคยทำได้ ไม่มีเป้าหมาย (ผู้หญิง 50 ปี)” “ไม่ยอมปรับพฤติกรรมเองแหละ บางทีก็ดื้อ ไม่เคยมีหรอกเป้าหมาย (ผู้หญิง 49 ปี)” “ก็ไม่มีเป้าหมายนะ ก็เลยไม่คิดเปลี่ยน ไม่รู้จะเปลี่ยนเพื่ออะไร (ผู้หญิง 46 ปี)”

2.1.8 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ที่ตนเอง ครอบครัวไม่ต้องช่วย ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเชื่อว่าความสำเร็จในการลดระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นอยู่กับตนเองเป็นหลัก การลดระดับน้ำตาลในเลือดต้องทำด้วยตนเอง ไม่ต้องการให้ครอบครัวช่วยเหลือเพราะไม่อยากเป็นภาระ “ทุกอย่างมันอยู่ที่ตัวเรา ไม่อยากให้ครอบครัวเข้ามาช่วยอะไร (ผู้ชาย 60 ปี)” “...ไม่อยากจะปรึกษาครอบครัว ดูแลตัวเองได้ มันอยู่ที่ตัวเรา เราจะทำหรือไม่ทำ มันอยู่ที่ตัวเรา (ผู้ชาย 61 ปี)” “...จริง ไม่อยากให้ช่วย ต้องทำเอง ชีวิตเป็นของเรา (ผู้หญิง 46 ปี)” ผู้ให้ข้อมูลบางรายแสดงถึงพฤติกรรมในการควบคุม

ตนเองหรือพยายามควบคุมอาหารด้วยตนเอง โดยเชื่อว่าหากไม่สามารถทำได้ ก็เป็นเพราะตนเองอาชนะความอยากไม่ได้ ไม่เกี่ยวกับใคร “คอยเตือนตัวเองว่าอย่ากินมาก (ผู้หญิง 60 ปี)” “...การจะลดได้หรือไม่ได้ มันขึ้นอยู่กับตัวเรา (ผู้หญิง 56 ปี)” ผู้ให้ข้อมูลบางรายยอมรับว่าการได้รับความรู้จากพยาบาลเป็นสิ่งที่ดี แต่ก็ยังย้ำว่า สุดท้ายแล้วการปรับพฤติกรรมเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดก็ขึ้นอยู่กับตัวของตัวเอง “สอนดียังไง แต่ถ้าไม่ทำตามก็เท่านั้น ก็มันขึ้นอยู่กับตัวเรา (ผู้หญิง 60 ปี)”

2.2 การศึกษาความต้องการการสื่อสารในการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับพยาบาล มีข้อค้นพบดังนี้

2.2.1 ต้องการการสนับสนุนด้านความรู้และคู่มือเบาหวานช่วยเตือนความจำ ผู้ให้ข้อมูลต้องการความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ การใช้ยา และรูปแบบการออกกำลังกายที่ง่ายและนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ เพื่อขจัดปัญหาการจำข้อมูลได้ไม่ครบถ้วนภายหลังการได้รับคำแนะนำ ผู้ป่วยจึงต้องการคู่มือการดูแลตนเอง เพื่อใช้อ่านทบทวนได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน “อยากให้พยาบาลแนะนำการกิน การอยู่ พกการกินอาหาร การกินยา การออกกำลังกาย (ผู้หญิง 58 ปี)” “...แม้เป็นเบาหวานมานาน ก็ไม่ค่อยมีความรู้ อยากได้คู่มือแบบง่ายๆ เช่น มือเข้าให้กินข้าว 1 กำมือ หรือครึ่งจาน ให้เข้าใจง่ายๆ (ผู้ชาย 61 ปี)” “เขาสอน ๆ ไป เราฟังแล้วก็ลืม อยากได้คู่มือไว้อ่าน (ผู้หญิง 46 ปี)” “...ใช้ๆพอลืมก็เปิดดูเลย (ผู้หญิง 51 ปี)” “...สอนแล้วก็ลืม อยากให้แจกคู่มือไว้อ่านทบทวน (ผู้หญิง 58 ปี)” “อยากได้เล่มแบบพกได้ (ผู้หญิง 50 ปี)” “...พกออกไปข้างนอกพอจะกินข้าวจะได้หยิบดู (ผู้หญิง 59 ปี)”

2.2.2 ต้องการเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย บรรยายภาพไม่กดดัน ภาษาเข้าใจง่าย นำไปใช้ได้จริง ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้พยาบาลสอนเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละประมาณ 10 คน จัดในห้องแยก และสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันได้ บรรยายภาพไม่กดดัน ไม่ถามจี้ สอนด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่เป็นเชิงวิชาการมากเกินไป และผู้สอนอยู่ในระดับเดียวกันกับผู้ป่วย ท่าที่เป็นมิตร และไม่ข่มผู้ป่วย “อยากให้พยาบาลสอนเป็นกลุ่มๆละ 10 คนกำลังดี (ผู้ชาย 61 ปี)” “...แบบตัวต่อตัวไม่เอาละ กลัวโดนจี้ถาม มันกดดัน (ผู้หญิง 46 ปี)” “...พยาบาลต้องสอนแบบไม่กดดัน ไม่ถามจี้ บรรยายภาพเป็นกันเอง ไม่ข่ม (ผู้ชาย 61 ปี)” “...ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น Gen เก่า จึงควรใช้คำง่ายๆ ลูกทุ่งๆ (ผู้ชาย 61 ปี)”

2.2.3 ต้องการเนื้อหาเกี่ยวกับอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้พยาบาลให้ความรู้ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร อาหารแลกเปลี่ยน การรับประทานยา และการออกกำลังกายที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน “อยากรู้อันไหนกินได้กินไม่ได้ กินได้มากน้อยเพียงใด (ผู้หญิง 48 ปี)” “...ส่วนใหญ่ให้ความรู้กว้างๆ บอกว่ากินแต่น้อย มันคือน้อยแค่ไหน (ผู้ชาย 60 ปี)” “...ผักตระกูลไหนบ้างที่ควรกิน ปลาควรกินปลาอะไร (ผู้ชาย 61 ปี)” “...อยากรู้การกินยากับการออกกำลังกายด้วย (ผู้หญิง 58 ปี)” “...อยากรู้ว่าถ้าฉันนี้กินไม่ได้ แล้วมันกินอะไรแทนกันได้ก็ให้บอก (ผู้หญิง 61 ปี)”

2.2.4 ต้องการสื่อการสอนที่จับต้องได้ไม่ต้องจินตนาการ ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อที่เป็นรูปธรรมที่ช่วยในการกะเนปริมาณอาหารได้อย่างแม่นยำและช่วยให้จำข้อมูลได้ดีขึ้น และต้องการคู่มือการดูแลตนเองที่มีภาพประกอบและมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอนของพยาบาล เพื่อใช้เป็นสื่อประกอบการบรรยายในขณะเรียนรู้ “ทัพพีแต่ละคนไม่เท่ากัน อยากให้เอาอุปกรณ์มาหยิบจับ เช่น ทัพพี ผลไม้ จะช่วยให้เห็นภาพชัดเจนขึ้น ไม่ต้องคิดจินตนาการเอง (ผู้ชาย 50 ปี)” “การให้คู่มือไปอ่านจะช่วยให้อ่านได้ และเวลาพยาบาลสอน เปิดดูไปพร้อมๆกันแบบนี้ จะได้ว่าอยู่หน้าไหน จะดูเรื่องปริมาณอาหารก็เปิดหน้านั้น (ผู้หญิง 59 ปี และผู้ชาย 61 ปี)”

2.2.5 ต้องการการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องในวัดนัดตรวจ ไม่ใช่สอนครั้งเดียวจบ ผู้ให้ข้อมูลต้องการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง เสนอให้จัดสอนครั้งแรกใช้เวลาประมาณ 60 นาที และทบทวนความรู้ในครั้งถัดไปประมาณ 30 นาที โดยนัดมาร่ว

กิจกรรมในวันนัดตรวจเพื่อลดภาระการเดินทาง และส่วนใหญ่ไม่ตอบรับการสอนผ่านระบบออนไลน์ เนื่องจากขาดโอกาสในการซักถามข้อสงสัยในทันที และไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี “สอนครั้งเดียวจำได้ไม่หมด...ครั้งแรกสอนเลย 1 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 ทบทวน 30 นาที (ผู้ชาย 61 ปี) ...อยากให้หมอนัดมา (ผู้หญิง 46 ปี) ...มาทีเดียวได้ความรู้ด้วย ได้ยาด้วย (ผู้หญิง 59 ปี)” “ส่งข้อมูลให้ทางไลน์ได้นะ แต่ไม่รู้จะเข้าใจหรือเปล่า (ผู้หญิง 46 ปี) ...อยากให้เรียกมาสอนแบบนี้ จะได้ถามได้ (ผู้ชาย 56 ปี)..อ่านทางโทรศัพท์ไม่เห็น ตาไม่ดี (ผู้หญิง 61 ปี)”

2.3 การศึกษาเป้าหมายในการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับพยาบาล มีข้อค้นพบดังนี้

2.3.1 เป้าหมายร่วมกันคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ให้ข้อมูลหลายรายยอมรับว่า ที่ผ่านมาไม่มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการดูแลตนเอง เพียงคิดว่าไม่ควรให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และไม่ต้องเพิ่มยา “ไม่เคยมีเป้าหมาย แต่ถ้าให้เลือกก็เลือกที่การลดน้ำตาลในเลือด (ผู้หญิง 46 ปีและผู้ชาย 61 ปี) ...ไม่ให้น้ำตาลเพิ่ม (ผู้หญิง 60 ปี)...ไม่อยากเพิ่มยา (ผู้หญิง 50 ปี)” สำหรับพยาบาลต้องการให้ผู้ป่วยสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ “ขอแค่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้บ้างก็พอใจแล้ว เพราะมันยาก (พยาบาลคนที่ 1)” “อยากให้ผู้ป่วยคุมน้ำตาลในเลือดได้ ไม่อยากให้ถูกปรับเพิ่มยา (พยาบาลคนที่ 2)” หากต้องตั้งเป้าหมายร่วมกันทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นว่าการตั้งเป้าหมายเรื่องการลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ “ถ้าให้ตั้งเป้าหมายร่วมกัน ก็อยากให้ผู้ป่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ (พยาบาลคนที่ 1 และ 2)” “ถ้าให้ตั้งเป้าหมายร่วมกัน ขอตั้งเป้าหมายเป็นการลดระดับน้ำตาลในเลือด (ผู้ให้ข้อมูลทุกคน)”

สรุปได้ว่าผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการลดระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าความดันโลหิตเพราะรับรู้ว่ามีผลมากกว่า แต่ยังขาดความรู้และวินัยในการคุมอาหาร ส่งผลให้มีการจัดการตนเองแบบครั้งคราวเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกตำหนิ ซึ่งสะท้อนถึงการขาดเป้าหมายที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยมีเป้าหมายร่วมกันในการลดระดับน้ำตาล โดยในกลุ่มที่ดูแลตัวเองได้ต้องการเพียงความรู้และคู่มือจากพยาบาลเพื่อนำไปปรับใช้เอง มากกว่าการให้คนในครอบครัวเข้ามาช่วยดูแล

อภิปรายผลการวิจัย

1. การรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วม ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการจัดการโรคเบาหวานมากกว่าความดันโลหิตสูง เนื่องจากรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเบาหวานมากกว่า นอกจากนี้มีข้อจำกัดด้านความรู้และการตั้งเป้าหมาย โดยมีอุปสรรคในการควบคุมอาหาร คือ การตามใจปาก และมีความเชื่อมั่นว่าความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นอยู่กับการกำกับตนเองเป็นสำคัญ จึงพึ่งตนเองเป็นหลัก

ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดของคิง²⁰ ที่อธิบายว่าการรับรู้ (perception) เป็นกระบวนการตีความข้อมูลจากประสบการณ์ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการตัดสินใจและการแสดงพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยรับรู้โรคเบาหวานมีความรุนแรงกว่าและขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองจึงมุ่งเน้นไปที่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นหลัก มากกว่าการจัดการโรคร่วมอย่างครอบคลุม และสอดคล้องกับแนวคิดระบบบุคคลของคิง ซึ่งระบุว่าผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้จะมีภาพลักษณ์ตนเองที่เข้มแข็ง รู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ และมีแนวโน้มลดการพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของระบบสนับสนุนการดูแลตนเองที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองมักไม่ต้องการการช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวในการลดระดับน้ำตาลในเลือด¹⁴ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม²¹ และผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป^{22, 23} พบว่า

ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งความแตกต่างของผลการวิจัยสะท้อนถึงความหลากหลายของบริบท ประสบการณ์ และระดับความเปราะบางของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวที่แตกต่างกัน^{21, 22, 23}

สำหรับการจัดการตนเองพบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองแบบครั้งคราวเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกตำหนิ สะท้อนว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อแรงจูงใจภายนอกมากกว่าการตระหนักถึงเป้าหมายสุขภาพในระยะยาว พฤติกรรมดังกล่าวเป็นกลไกการรักษาภาพลักษณ์แห่งตน (self-image) ต่อหน้าบุคลากรสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของคิง²⁰ ระบุว่าภาพลักษณ์แห่งตนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและการกระทำของบุคคล ปรากฏการณ์นี้สะท้อนถึงสัมพันธ์ภาพและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่ยังไม่เอื้อต่อการสร้างความเข้าใจร่วมกัน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาด้านการรับรู้การควบคุมและแรงจูงใจในการจัดการเบาหวาน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์มักเกิดความวิตกกังวล และคาดการณ์ว่าแพทย์อาจรู้สึกผิดหวังหรือไม่พอใจ²⁴ ความกลัวดังกล่าวเป็นปฏิกิริยาเชิงลบที่สะท้อนถึงสัมพันธ์ภาพที่ไม่ราบรื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยเลือกจัดการตนเองเป็นครั้งคราวเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาเฉพาะหน้า และนำไปสู่ความล้มเหลวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาว ทั้งนี้ ผลการวิจัยยังสะท้อนว่าการรับรู้สุขภาพตนเองที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยจัดการตนเองได้ไม่ครอบคลุมโรคที่เป็น จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับทั้งความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง¹⁹ เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองที่มุ่งเน้นการควบคุมสุขภาพในระยะยาวมากกว่าการควบคุมเป็นครั้งคราว

2. การศึกษาความต้องการการสื่อสารในการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้จัดกิจกรรมในพื้นที่ที่เป็นสัดส่วนและบรรยากาศผ่อนคลายในวันนัดตรวจรักษา เพื่อความสะดวกในการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ลดภาระการเดินทาง โดยต้องการให้สอนแบบกลุ่มย่อยโดยพยาบาล พร้อมมอบคู่มือสำหรับการทบทวนและการใช้สื่อการสอนที่เป็นรูปธรรม เช่น โมเดลอาหาร ทัพพี ช้อน เป็นต้น เพื่อสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนแทนการจินตนาการ โดยเน้นเนื้อด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการใช้ยา

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของระบบสนับสนุนการดูแลตนเอง ที่ผู้ป่วยต้องการให้สอนแบบกลุ่มย่อย ใช้เวลาครั้งละ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ใช้สื่อการสอน คือ โมเดลอาหาร ทัพพี ช้อน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยนำไปใช้ได้จริง จนลดระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้¹⁴ และสอดคล้องกับแนวคิดของคิง ที่กล่าวว่าพยาบาลจำเป็นต้องปรับวิธีการสื่อสารและวิธีการให้ข้อมูล ให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและท่าที่เป็นมิตร ซึ่งเป็นฐานสำคัญของการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย²⁰

3. การศึกษาเป้าหมายในการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับพยาบาล ในระยะแรกผู้ป่วยจะยังขาดความตระหนักในการตั้งเป้าหมายดูแลตนเอง และพยาบาลเพียงคาดหวังให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงโดยไม่ต้องเพิ่มขนาดยา แต่เมื่อเข้าสู่กระบวนการตั้งเป้าหมายร่วมกัน (mutual goal setting) ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงร่วมกันโดยมีเป้าหมายหลักคือ “การลดระดับน้ำตาลในเลือด” โดยผู้ป่วยระบุความต้องการสิ่งสนับสนุนเป็นองค์ความรู้และคู่มือ การตั้งเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจนนี้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การตั้งเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจนช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น²⁵ และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีการตั้งเป้าหมาย²⁶

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วม ในคลินิกเบาหวานและในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะหลากหลาย เพื่อให้ครอบคลุมประชากรได้ดีขึ้น และควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Jan 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2025 Jan 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
3. Przekaz A, Bielka W, Pawlik A. Hypertension and type 2 diabetes—novel treatment possibilities. Int J Mol Sci. 2022;23:6500. doi:10.3390/ijms23126500
4. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. Glycemic targets: Standards of care in diabetes—2023. Diabetes Care. 2023;46(Suppl 1):S97–110. doi:10.2337/dc23-S006
5. Naseri MW, Esmat HA, Bahee MD. Prevalence of hypertension in type 2 diabetes mellitus. Ann Med Surg (Lond). 2022;78:103758. doi:10.1016/j.amsu.2022.103758
6. Rizvi AA. Addressing hypertension in patients with type 2 diabetes mellitus: Pathogenesis, goals, and therapeutic approach. Eur Med J Diabetes. 2017;5(1):84–92. doi:10.33590/emjdiabet/10312697
7. Wang Z, Yang T, Fu H. Prevalence of diabetes and hypertension and their interaction effects on cardio-cerebrovascular diseases: A cross-sectional study. BMC Public Health. 2021;21:1224. doi:10.1186/s12889-021-11122-y
8. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
9. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ทริค อินค์ พรินต์ติ้ง; 2567.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อสำคัญ [Internet]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-subcatalog/6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11>
11. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 11th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2025 [cited 2025 Oct 20]. Available from: <https://diabetesatlas.org/>

12. World Health Organization. Diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2024 Oct 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
13. Leeamornsiri N, Sarapee K, Sarinnapakorn V. Disease burden, complications and treatment costs of poorly controlled type 2 diabetic patients in Thailand. *Asian Med J Altern Med*. 2025;25(3):30–37. doi:10.70933/2773-9465.1266
14. Changsieng P, Pichayapinyo P, Lagampan S, Lapvongwatana P. Implementation of self-care deficits assessment and a nurse-led supportive education program in community hospitals for behavior change and HbA1c reduction: A cluster randomized controlled trial. *J Prim Care Community Health*. 2023;14:21501319231181106. doi:10.1177/21501319231181106
15. Sittipreechachan P, Pichayapinyo P, Lagampan S, Chongsuwat R. A community health volunteer involvement program for glycated hemoglobin reduction among Thai patients with uncontrolled type 2 diabetes: A mixed-method study. *J Prim Care Community Health*. 2022;13:21501319221077960. doi:10.1177/21501319221077960
16. ณัฐวดี เดิมขุนทด, สุรัตน์ สุรอมรกุล, วีระนุช รัตนจันทร์, เพ็ญภา แดงบุญเรือง. ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. *วารสารการพยาบาล*. 2565;24(1):1–24. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/vnj/article/view/255205>
17. King IM. A theory for nursing: Systems, concepts, process. New York: Wiley; 1981.
18. Kourkouta L, Papathanasiou IV. Communication in nursing practice. *Mater Sociomed*. 2014;26:65–7. doi:10.5455/msm.2014.26.65-67
19. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, et al. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2015;38:1372–82. doi:10.2337/dc15-0730
20. King IM. The theory of goal attainment in research and practice. *Nurs Sci Q*. 1996;9(2):61–6. doi:10.1177/089431849600900206
21. วิมลรัตน์ ผลพิบูลย์, อธิษฐ ยินดีสุข, นิภัตรา เศรษฐจันทร์, ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์, สุวัชร นักรู้กำพลพัฒน์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 2567;18(1):50–60.
22. Wulandari I, Kusnanto K, Wibisono S, Haryani A. Family support in caring for diabetes mellitus patient: Patient's perspective. *Open Access Maced J Med Sci*. 2021;9(T4):199–205. doi:10.3889/oamjms.2021.5778
23. Ndjaboue R, Chipenda Dansokho S, Boudreault B, Tremblay MC, Dogba MJ, Price R, et al. Patients' perspectives on how to improve diabetes care and self-management: A qualitative study. *BMJ Open*. 2020;10:e032762. doi:10.1136/bmjopen-2019-032762
24. Beverly EA, Ritholz MD, Brooks KM, Hultgren BA, Lee Y, Abrahamson MJ, et al. A qualitative study of perceived responsibility and self-blame in type 2 diabetes. *J Gen Intern Med*. 2012;27:1180–7. doi:10.1007/s11606-012-2070-0
25. Noroozi F, Dehghan A, Bijani M, Jafari N, Khoshkhoonejad M, Khakshourzad H, et al. Effects of nurse-led intervention programs based on King's theory of goal attainment on health-promoting

- behaviors and life satisfaction in patients with type 2 diabetes: A randomized controlled clinical trial. BMC Nurs. 2024;23:684. doi:10.1186/s12912-024-02364-3
26. Wallace AS, Perkhounkova Y, Sussman AL, Hein M, Chung SJ, Tripp-Reimer T. Implementation of collaborative goal setting for diabetes in community primary care. Transl Behav Med. 2016;6:202–11. doi:10.1007/s13142-016-0389-5

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อสมรรถนะ และพฤติกรรมการดูแล
ผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้านสำหรับผู้ดูแล

Effects of a caregiver self-efficacy program on competence and behavior
caring for patients with indwelling urinary catheters at home

ศศิธร วงษาลาภ*, ชลิดา เกียรติดิตรัฐ*, สุพัตรา ไตรอุดมศรี**

Sasithorn Wongsalaph*, Chalida Kiatdilokrat*, Supattra Triudomsri **

*โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จังหวัดกาญจนบุรี

*Somdet Phra Sangharaja 19 Hospital, Kanchanaburi Province

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันบรมราชชนก

**Boromarajanonani College of Nursing, Chakiriraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Sasithorn Wongsalaph; E-mail: piamsasithorn@gmail.com

Received: November 18, 2025; Revised: February 12, 2026; Accepted: April 12, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากตัวแบบ การชักจูงทางคำพูด และการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ 2) แบบทดสอบความรู้ และ 3) แบบสอบถามความมั่นใจและพฤติกรรมการดูแล ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .60-1.00 ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ (KR-20) เท่ากับ .82 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามความมั่นใจและพฤติกรรมการดูแล เท่ากับ .92 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติที และ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 19.83 (SD = 4.11) ความมั่นใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.44, SD = 0.91) และพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.82, SD = 0.86) หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มเป็น 24.47 (SD = 0.73) ความมั่นใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.16, SD = 0.50) และพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.42, SD = 0.50) โดยคะแนนเฉลี่ยทั้งสามด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน, สมรรถนะการดูแลผู้ป่วย, ความมั่นใจ, พฤติกรรมการดูแล, ผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะ

Abstract

This quasi-experimental study with a one-group pretest-posttest design aimed to compare the mean scores of knowledges, confidence, and caregiving behaviors of caregivers for patients with indwelling urinary catheters at home. The sample consisted of 30 caregivers from the female inpatient ward at Somdej Phra Sangharaja Hospital 19. The research instruments included: 1) a self-efficacy enhancement program comprising success experiences, modeling, verbal persuasion, and physical and emotional preparation; 2) a knowledge test; and 3) a questionnaire assessing confidence and caregiving behaviors, which were validated by five experts. The consistency values ranged from .60 to 1.00, with the reliability coefficient of the knowledge test (KR-20) being .82, and the Cronbach's alpha coefficients for the confidence and caregiving behavior questionnaires being .92 and .93, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, t-tests, and the Wilcoxon Signed Ranks Test.

The study results indicated that before participating in the program, the sample group had a mean knowledge score of 19.83 (SD = 4.11), a moderate level of confidence ($\bar{X}$ = 3.44, SD = 0.91), and high caregiving behavior ($\bar{X}$ = 3.82, SD = 0.86). After participating in the program, the mean knowledge score increased to 24.47 (SD = 0.73), confidence improved to a high level ($\bar{X}$ = 4.16, SD = 0.50), and caregiving behavior further increased to a high level ($\bar{X}$ = 4.42, SD = 0.50). The mean scores in all three areas showed statistically significant improvement ($p < .001$).

Keywords: self-efficacy promotion program, competence in patient care, confidence, caregiving behaviors, patients with indwelling urinary catheters

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่เกิดจากการใส่สายสวนปัสสาวะ (urinary tract infections, UTIs) เป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลก โดยในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอัตราการติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 3.00-7.00 ต่อวัน¹ ในประเทศไทยพบว่าอัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 5.67 ครั้งต่อ 1000 วันที่ใส่สายสวน² และจากข้อมูลโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชของคหี 19 ปีพ.ศ. 2565-2568 พบว่าแผนกผู้ป่วยในมีจำนวนผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลและใส่สายสวนปัสสาวะ จำนวน 601, 617, 863, 318 รายตามลำดับ พบมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะหลังใส่สายสวนปัสสาวะที่บ้าน จำนวน 69, 73, 133, และ 60 ราย คิดเป็นร้อยละผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 11.48, 11.83, 15.41, และ 18.86 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้นและเป็นโรคที่ติดอันดับ 1 ใน 3 ของโรคที่ต้องนอนโรงพยาบาล รองจากระบบทางเดินอาหารและโรคปอดบวม³

การใส่สายสวนปัสสาวะ (urinary catheterization) เป็นกระบวนการทางการแพทย์ที่อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (catheter-associated urinary tract infection: CAUTI) และหากไม่สามารถควบคุมการติดเชื้อได้ อาจเกิดการแพร่เชื้อเข้าสู่กระแสเลือด จนทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนปัสสาวะ (catheter-associated bloodstream infection: CABS) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะในประเทศที่มีอัตราการใส่สายสวนปัสสาวะสูง ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการศึกษาหลายฉบับ พบว่า อัตราการเกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะค่อนข้างสูง ทั้งในหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยหนัก และพบว่าเชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อย ได้แก่ *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, และ *Pseudomonas aeruginosa* ซึ่งเป็นเชื้อที่มักดื้อยา ทำให้การรักษาเป็นไปด้วยความยากลำบาก⁴ และการติดเชื้อที่เกิดจากการใส่สายสวนปัสสาวะ หากไม่สามารถควบคุมได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น และค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงขึ้นเช่นกัน⁵

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวน (CAUTI) สูงกว่าเพศชาย เนื่องจากลักษณะทางกายวิภาค⁶ เช่น ท่อปัสสาวะสั้นและอยู่ใกล้ทวารหนัก รวมถึงสภาพทางสรีรวิทยาที่เอื้อต่อการติดเชื้อ โดยมีอัตราการเกิด CAUTI ในเพศหญิง ร้อยละ 12.32 เทียบกับเพศชาย ร้อยละ 6.85 ซึ่งผู้หญิงมีแนวโน้มติดเชื้อมากกว่าผู้ชาย 5-8 เท่า⁷ ซึ่งผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้านส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันบกพร่อง ผู้ดูแลจึงมีบทบาทในการดูแลความสะอาด สุวิทยาส่วนบุคคล การสังเกตปัสสาวะ การเปลี่ยนหรือเทปัสสาวะ ดังนั้นถ้าผู้ดูแลไม่มีความรู้ ขาดความมั่นใจ และไม่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะตามมาได้⁸ ดังนั้นการให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้มีความมั่นใจและสามารถดูแลได้อย่างถูกต้อง จึงมีความสำคัญในการลดความเสี่ยงของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ^{4, 9} ที่ผ่านมารองพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 มีการวางแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน แต่ยังขาดรูปแบบการสอนการพัฒนาความรู้และสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน

แนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977)¹⁰ เชื่อว่าการที่บุคคลสามารถทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้สำเร็จส่งผลต่อพฤติกรรม แรงจูงใจ และความสามารถในการเผชิญกับความท้าทาย โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 ด้าน ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จมาก่อนช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นของบุคคล การใช้ตัวแบบ การใช้คำชักจูงการโน้มน้าวและสนับสนุนทางสังคม การให้กำลังใจจากบุคคลรอบข้างช่วยเพิ่มความเชื่อมั่น และการสนับสนุนสภาวะทางอารมณ์และสรีรวิทยา เชื่อว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีความมั่นใจสามารถเผชิญกับอุปสรรคและมีความพากเพียร จนสามารถทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้สำเร็จ การนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปใช้ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้ ได้เห็นแบบอย่างที่ดี และฝึกปฏิบัติจนมีความมั่นใจ เกิดเป็นสมรรถนะที่ดี จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ช่วยลดอัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้^{11, 12}

ดังนั้นผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วยในหญิง จึงสนใจโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อสมรรถนะและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน โดยใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy)¹⁰ มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมโดยการให้ข้อมูล สนับสนุน ให้กำลังใจ ให้เห็นตัวแบบ และฝึกทักษะเพื่อให้มีประสบการณ์ที่ดีแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน จนเกิดความรู้ ความมั่นใจ เป็นสมรรถนะที่สำคัญสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ได้ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ความมั่นใจ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

สมมติฐานการวิจัย

หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน เพิ่มขึ้น

ขอบเขตการวิจัย

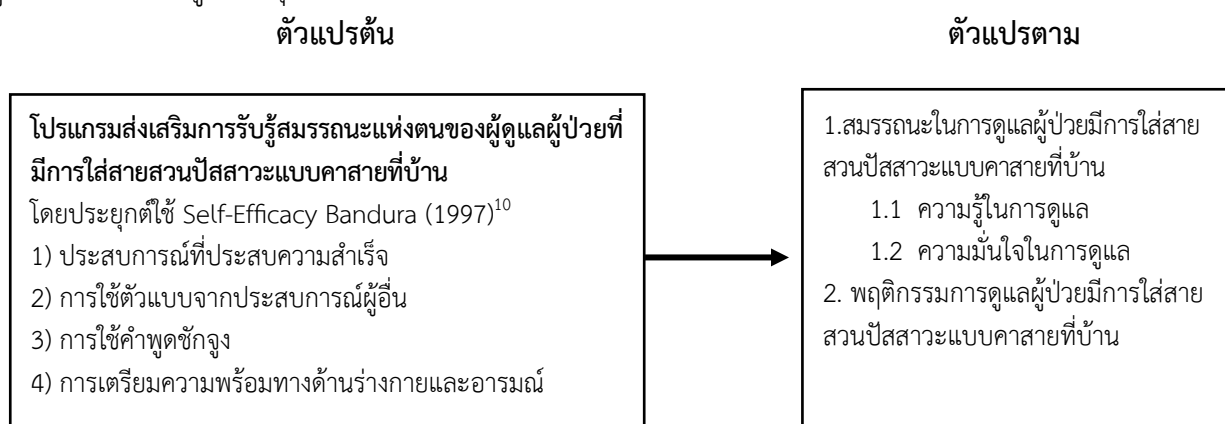
ขอบเขตด้านประชากร เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน ขณะทีนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ดูแล ตัวแปรตาม คือ ความรู้ ความมั่นใจ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ หอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จังหวัดกาญจนบุรี ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง ตุลาคม 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัยนำแนวคิดและทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1977)¹⁰ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดย แบนดูรา กล่าวว่า การที่บุคคลจะประพฤติปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดได้ บุคคลต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self - efficacy) การให้ความรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติจริง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะสามารถนำความรู้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพได้จริง ประกอบด้วย 1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำ โดยการให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติให้กับผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ 2) การใช้ตัวแบบจากประสบการณ์ผู้อื่น เป็นการสังเกตจากผู้ดูแล คลิปวิดีโอ แผ่นพับคำแนะนำการดูแล 3) การใช้คำพูดชักจูง โดยการให้คำแนะนำอธิบาย กล่าวชื่นชม ให้กำลังใจกับผู้ดูแล และ 4) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย รับฟังความคิดเห็นเปิดโอกาสให้สอบถามพูดคุย ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองแล้ว ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเชื่อมั่นและมั่นใจ มีทักษะ เกิดเป็นสมรรถนะ สามารถมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย รูปแบบการวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบกลุ่มเดียวโดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest- posttest design)

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน ที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 128 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน ที่นอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 อำเภอนาทม จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis¹³ กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) = .50 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง¹⁴ ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) = .05 และค่า power = .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยป้องกันการออกกลางคัน (drop out) ของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน ใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจงโดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน ที่นอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยในหญิง ที่ดูแลผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ≤ 11 คะแนน
2. สามารถ ฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทย เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ สามารถใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ที่เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนถึงสิ้นสุดการศึกษา

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลขอถอนตัวขณะเข้าร่วมวิจัย หรือมีปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง หรือเสียชีวิตระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
2. ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน self-efficacy ของแบนดูรา¹⁰ และผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 1) ประสิทธิภาพที่ประสบความสำเร็จ 2) การใช้ตัวแบบจากประสบการณ์ผู้อื่น 3) การใช้คำพูดชักจูง และ 4) การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ ประสิทธิภาพการได้รับการอบรม สัมมนา และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้านของผู้ดูแล พัฒนามาจากแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข^{15,16,17} ครอบคลุมเนื้อหาเรื่องความรู้เรื่องโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะแทรกซ้อน การดูแลรักษาความสะอาดร่างกายและสายสวนปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบชนิดถูก ผิด เท่ากับ 25 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ มีความรู้ระดับมาก ช่วงคะแนน 20-25 คะแนน (ร้อยละ 80-100) ระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 15-19 คะแนน (ร้อยละ 60-79) และระดับน้อย ช่วงคะแนน < 15 คะแนน (ร้อยละ 0- 59)¹⁸

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความมั่นใจต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน พัฒนามาจากแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรมควบคุมโรค^{12,16} ขอบเขตเนื้อหาเป็นความมั่นใจในปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะ การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย และสายสวนปัสสาวะ การประเมินความเสี่ยงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้ถูกวิธีการจัดการกับปัญหาอุปสรรค อารมณ์ความเครียด และการติดต่อสื่อสารขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม จำนวน 12 ข้อ รวมเท่ากับ 60 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน 5 ระดับ¹⁹ ดังนี้ มีความมั่นใจในการดูแลระดับมากที่สุด (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00) ระดับมาก (ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50) ระดับปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50) ระดับน้อย (ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50) ระดับน้อยที่สุด (ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 15 ข้อ จากการทบทวนวรรณกรรมและตามนิยามคำศัพท์ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนน 5 หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำทุกวันต่อสัปดาห์ คะแนน 4 หมายถึง มีการปฏิบัติ 5-6 วันต่อสัปดาห์ คะแนน 3 หมายถึง มีการปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์ คะแนน 2 หมายถึง มีการปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ คะแนน 1 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย โดยมีเกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ยดังนี้¹⁹ มีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00) ระดับมาก (ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50) ระดับปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50) ระดับน้อย (ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50) ระดับน้อยที่สุด (ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมและแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน ด้านการป้องกันการติดเชื้อ 1 ท่าน ด้านปฐมภูมิและองค์รวม 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item-objective congruence: IOC) ระหว่าง .60-1.00 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลเมการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ด้วยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ .82 ส่วนแบบสอบถามความมั่นใจ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92, .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจักรักษ์ เอกสารรับรองเลขที่ P008/2568 ลงวันที่ 16 มิถุนายน 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลด้านต่าง ๆ และผลการศึกษาจะนำเสนอเป็นภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคลใด ๆ ทั้งสิ้น รวมถึงการรักษาความลับของผู้ร่วมวิจัยตลอดระยะเวลาของการวิจัย และทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย พร้อมให้ลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการก่อนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 โดยในช่วงเวลาที่ศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในใบยินยอม เข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ระยะดำเนินการทดลอง ปฏิบัติตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยประเมินผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายกลับบ้าน ($ADL \leq 11$ คะแนน) ต่อจากนั้นให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถาม (pretest) ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ ความมั่นใจ และพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายกลับบ้าน โดยจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะที่บ้าน ประกอบด้วยดำเนินกิจกรรมที่ 1-6 รวมระยะเวลา 2 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

ครั้งที่ 1 (Day 1 ระยะเวลา 15 นาที) การให้ความรู้ (education session) กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายกลับบ้าน โดยการสอนบรรยายเป็นรายบุคคลข้างเตียง ให้ทราบวัตถุประสงค์ของการคาสายสวนปัสสาวะ การรักษาความสะอาดร่างกาย ความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การป้องกันการติดเชื้อ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ รวมถึงการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันและการล้างมือเป็นต้น โดยเปิดโอกาสได้สอบถามพูดคุย พร้อมเอกสารประกอบ คู่มือวิดีโอเรื่องการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้านของหน่วยบริการพยาบาลที่บ้าน โรงพยาบาลรามารามิบัติ เนื้อหาเกี่ยวกับ ความสำคัญของการดูแลสายสวนปัสสาวะ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เช่น การติดเชื้อ หลักการทำความสะอาดและการเปลี่ยนถุงปัสสาวะ ด้านการสังเกตอาการผิดปกติและการมาพบแพทย์ตามนัด

ครั้งที่ 2 (Day 1 ระยะเวลา 15-20 นาที) การเรียนรู้ผ่านแบบอย่าง (modeling & demonstration) ที่ข้างเตียงผู้ป่วย กิจกรรมเสริมสร้างการฝึกทักษะ การสาธิตให้กลุ่มทดลองได้ดูผ่านการปฏิบัติ การทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ การดูแลสายสวนไม่ให้หักพับงอ ดึงรั้ง การเคลื่อนย้าย การสังเกต และการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อ และให้ทดลองฝึกปฏิบัติ ซักถามพูดคุย และการจัดการปัญหาฉุกเฉิน เช่น สายสวนหลุด อุดตัน เป็นต้น

ครั้งที่ 3 (Day 2 ระยะเวลา 15 นาที) การฝึกปฏิบัติ (hands-on practice & mastery experiences) ที่ข้างเตียงผู้ป่วย ผู้วิจัยทบทวนความรู้ให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติ พร้อมรับคำแนะนำแบบตัวต่อตัวให้ผู้ดูแลฝึกทำจริงภายใต้การดูแลของผู้วิจัย การทำความสะอาดสายสวนและเปลี่ยนถุงปัสสาวะ การสังเกตสัญญาณเตือนของภาวะแทรกซ้อน การดูแลสายสวน การปฏิบัติตัวการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การล้างมือ การเคลื่อนย้าย โดยการสังเกตให้คำแนะนำและการชื่นชมให้กำลังใจ

ครั้งที่ 4 (Day 3 ระยะเวลา 10 นาที) การสนับสนุนและสร้างความมั่นใจ (social support & follow-up) ในห้องทำหัตถการ ผู้วิจัยสร้างช่องทางการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มทดลอง กลุ่มสนับสนุน (support group) ผ่าน Line Official สำหรับนัดหมายติดตามทางโทรศัพท์ ให้คำปรึกษาและตอบคำถาม การจัดการกับปัญหา อารมณ์ ความรู้สึกเสริมสร้างความมั่นใจ สร้างเครือข่ายผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือกัน

ครั้งที่ 5 (Day 4 ระยะเวลา 10 นาที) การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological & affective states) ที่ข้างเตียงก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย ทบทวนความรู้และพฤติกรรมในการปฏิบัติตัว ประเมินปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจผ่านการพูดคุยและการสังเกต สอบถามปัญหาอุปสรรค ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข เปิดโอกาสให้สอบถามพูดคุย ดูแลประสานเครือข่าย ช่วยเหลือข้อติดขัด ประสานเครือข่ายผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือกัน กลุ่มสนับสนุน (support group) ผ่าน Line Official นัดหมายติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อเสริมแรงทางบวกและแก้ไขปัญหา ลดความเครียดและเสริมสร้างความมั่นใจ ให้กำลังใจในการปฏิบัติดูแลต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 2

ครั้งที่ 6 ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ดูแลและผู้ป่วย หลังจำหน่าย 1-2 สัปดาห์ ผ่านทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นการติดตามเพื่อให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา ให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นรายบุคคล โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที ให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 4

ครั้งที่ 7 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (posttest) สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ตามแบบสอบถามเช่นเดียวกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ใช้ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที และให้คำแนะนำเสริมพลัง ชื่นชมให้กำลังใจ และกล่าวขอบคุณและแจ้ง ยุติการเข้าร่วมโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับความรู้ ความมั่นใจ และพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจและพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล (test of normality) โดยใช้สถิติ Shapiro -Wilk ผลการทดสอบพบว่าคะแนนความรู้ในการดูแล ฯ แจกแจงไม่ปกติ ($p = .041$) จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ส่วนข้อมูลตัวแปรด้านความมั่นใจ และพฤติกรรมในการดูแล มีการแจกแจงปกติ ($p = .066$, $p = .054$) ใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.00 มีอายุระหว่าง 16-72 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.70 (SD = 2.53) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 46.67 การศึกษาอยู่ช่วงมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 33.33 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 83.30 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 80.00 ไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการอบรมการดูแลสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 80.00 และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 7 วัน ร้อยละ 43.33

2. **การศึกษาระดับความรู้ ความมั่นใจ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน** ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่าระดับความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้มาก ร้อยละ 63.34 ($\bar{X} = 19.83$, SD = 4.11) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้มาก ร้อยละ

100 ($\bar{X}$ = 24.47, SD = 0.73) สำหรับระดับความมั่นใจ พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความมั่นใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 50 ($\bar{X}$ = 3.44, SD = 0.91) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่าร้อยละ 90 อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.16, SD = 0.50) และระดับพฤติกรรมกาดูแล พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกาดูแลในระดับมากที่สุด ร้อยละ 46.67 ($\bar{X}$ = 3.82, SD = 0.86) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่าร้อยละ 83.30 มีพฤติกรรมในการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.42, SD = 0.50) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การศึกษาระดับความรู้ ความมั่นใจและพฤติกรรมกาดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ในการดูแล				
ระดับมาก (20-25 คะแนน)	19	63.34	30	100.00
ระดับปานกลาง (15-19 คะแนน)	7	23.33	0	0.00
ระดับน้อย (< 15 คะแนน)	4	13.33	0	0.00
$\bar{X}$, SD	$\bar{X}$ = 19.83, SD = 4.11		$\bar{X}$ = 24.47, SD = 0.73	
ระดับความมั่นใจในการดูแล				
ระดับมากที่สุด	15	50.00	27	90.00
ระดับมาก	10	33.34	3	10.00
ระดับปานกลาง	4	13.33	0	0.00
ระดับน้อย	1	3.33	0	0.00
$\bar{X}$, SD	$\bar{X}$ = 3.44, SD = 0.91		$\bar{X}$ = 4.16, SD = 0.50	
ระดับพฤติกรรมการดูแล				
ระดับมากที่สุด	13	43.33	25	83.30
ระดับมาก	14	46.67	3	16.70
ระดับปานกลาง	2	6.67	0	0.00
ระดับน้อย	1	3.33	0	0.00
$\bar{X}$, SD	$\bar{X}$ = 3.82, SD = 0.86		$\bar{X}$ = 4.42, SD = 0.50	

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้มาก ร้อยละ 63.34 ($\bar{X}$ = 19.83, SD = 4.11) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้มาก ร้อยละ 100 ($\bar{X}$ = 24.47, SD = 0.73) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่าค่ามัธยฐานหลังโปรแกรม (Median = 25.00, IQR = 1.00) สูงกว่าก่อนโปรแกรม ฯ (Median = 21.00, IQR = 7.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z = -4.488, p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (n = 30)

ความรู้ในการดูแล	Median	IQR	z	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ	21.00	7.00	4.488	< .001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ	25.00	1.00		

* p < .001

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับความมั่นใจระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.44$, $SD = 0.91$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีค่าเฉลี่ยระดับความมั่นใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.16$, $SD = 0.54$) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจหลังเข้าโปรแกรม ฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.857$, $p < .001$) สำหรับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลระดับมาก ($\bar{X} = 3.82$, $SD = 0.86$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.42$, $SD = 0.50$) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลังเข้าโปรแกรม ฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.434$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (n=30)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	t-test	df	p-value
ความมั่นใจในการดูแล			6.857	29	< .001*
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ	3.44	0.91			
หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ	4.16	0.54			
พฤติกรรมการดูแล			6.434	29	< .001*
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ	3.82	0.86			
หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ	4.42	0.50			

*p < .001

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้

1. การศึกษาระดับความรู้ ความมั่นใจ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อสมรรถนะและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้านสำหรับผู้ดูแล รายละเอียดดังนี้

1.1 ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษานี้อธิบายว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีการคาสายสวนปัสสาวะ การรักษาความสะอาด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ พร้อมเอกสารประกอบ คลิปวิดีโอ มีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลที่ถูกต้องและสามารถจัดการปัญหาและการดูแลได้เหมาะสม

ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura¹⁰ ว่าการเรียนรู้ผ่านแบบอย่าง (vicarious experience) และการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง (mastery experience) จะช่วยให้บุคคลมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น ซึ่งนำไปสู่ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹¹ ซึ่งทำให้เห็นว่ากิจกรรมที่ผ

ความรู้และการฝึกปฏิบัติตรง เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะในชุมชนช่วยลดอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลของผู้ดูแลได้¹²

1.2 ระดับความมั่นใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความมั่นใจ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษานี้อธิบายว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างได้รับการเรียนรู้ผ่านแบบอย่างข้างเคียง ได้ทดลองฝึกปฏิบัติจริง สร้างความมั่นใจ เปิดโอกาสให้สอบถามพูดคุย ลดความเครียดและเสริมสร้างความมั่นใจ ติดตามเยี่ยมผู้ดูแลและผู้ป่วยหลังจำหน่าย 1-2 สัปดาห์ ผ่านทางโทรศัพท์ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิด Bandura¹⁰ โดยเชื่อว่าการเรียนรู้ผ่านแบบอย่าง (vicarious experience) และการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง (mastery experience) จะช่วยให้บุคคลมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับผลการพัฒนาการสอนแนะและฝึกทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน สามารถเพิ่มความรู้ความมั่นใจการดูแลของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸

1.3 ระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน มีระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษานี้อธิบายว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์มีการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินพฤติกรรมดูแลและให้คำแนะนำ พูดคุย พร้อมทั้งให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจะทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับพฤติกรรมดูแลในเพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่า การสนับสนุนส่งเสริมด้านความรู้ควบคู่กับการเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง ให้มีสมรรถนะที่สูงขึ้น จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹⁰ ซึ่งเชื่อว่าเมื่อบุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเองจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติ โดยโปรแกรม ฯ ที่เน้นการเสริมสร้างประสบการณ์ตรง การเรียนรู้ผ่านแบบอย่าง การให้แรงเสริมทางบวก และการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยเพิ่มระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษา โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะต่อความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์ กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสระบุรี พบว่า หลังได้รับโปรแกรมทันทีและ 2 สัปดาห์ พยาบาลมีค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกัน CAUTI มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถใช้ในการเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะในสถานบริการสุขภาพ²⁰

2. การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจ และพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

2.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษานี้อธิบายว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ สูงกว่าก่อนโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะมาก่อนแล้ว เนื่องจากเป็นผู้ป่วยในที่ได้รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ดูแลจึงได้รับคำแนะนำการดูแลผู้ป่วย จากแพทย์

พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะของหอผู้ป่วยใน ตามมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยบางรายเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยรายเก่า เคยดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะมาก่อน จึงมีความรู้ในการดูแล หลังเข้าร่วมโปรแกรม สามารถเพิ่มความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแลได้ดี โดยเฉพาะบางเรื่อง ที่ผู้ดูแลยังพองความรู้ เช่น การบริหารร่างกายผู้ป่วยบนเตียง ในขณะที่ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ และหากพบว่าสายสวนปัสสาวะเคลื่อนหลุดเล็กน้อย ไม่สามารถดันสายสวนกลับเข้าที่เดิมได้เอง การยกถุงปัสสาวะสูงกว่ากระเพาะปัสสาวะ ทำให้มีโอกาสติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ เป็นต้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ ไม่ว่าจะเป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนในพยาบาลวิชาชีพ²⁰ หรือโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วย²¹ สามารถเพิ่มความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านการป้องกันการติดเชื้อและการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ควบคู่กับการลดความวิตกกังวลและการฝึกปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลได้ดีขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมที่บูรณาการองค์ประกอบด้านความรู้ จิตใจ และทักษะ มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะและคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาอธิบายว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ จากการที่ผู้วิจัยได้จัดโปรแกรม ๑ ที่ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยเน้นการปฏิบัติงานจริง การเสริมแรงทางบวก (verbal persuasion) การลดความกังวล (affective states) การได้ฝึกทักษะด้วยตนเอง ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และมีความสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ซึ่งจะเห็นว่าการเข้าร่วมโปรแกรม ๑ ผู้ดูแลมีความมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาสายสวนปัสสาวะที่อุดตันหรือรั่วซึม ความมั่นใจว่าสามารถเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะได้อย่างถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยระดับความมั่นใจปานกลาง และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ ค่าเฉลี่ยระดับความมั่นใจ เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญหากผู้ดูแลที่รับรู้การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้เรียนรู้ การสาธิต และให้ฝึกปฏิบัติ จนมีความมั่นใจ สามารถดูแลผู้ป่วยจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการติดเชื้อได้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹⁰ เชื่อว่าการเรียนรู้ผ่านแบบอย่าง (vicarious experience) และการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง (mastery experience) จะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการพัฒนาโปรแกรมการสอนและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ทั้งด้านความรู้และความมั่นใจของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมที่เน้นการเสริมพลังมีผลดีต่อความเชื่อมั่นของผู้ดูแล⁸

2.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาอธิบายว่า หลังใช้โปรแกรม ๑ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลเพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าการสนับสนุนส่งเสริมด้านความรู้ควบคู่กับการเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง ให้มีสมรรถนะที่สูงขึ้นจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตัวอย่างพฤติกรรมที่สำคัญในการป้องกันการติดเชื้อ ที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ในระดับน้อย เช่น การเปลี่ยนถุงปัสสาวะเมื่อพบว่าชุ่น การดูแลติด

พลาสติกยึดสายสวนปัสสาวะตรงบริเวณหน้าขาผู้ป่วยไม่ให้ตึงรั้ง และการทำความสะอาดวาล์วถุง ภายหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ดีในระดับมากที่สุด จากกิจกรรมที่มีการฝึกปฏิบัติ ฝึกให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติจริง ให้ความรู้ถึงผลดี ผลกระทบ หากไม่ได้ปฏิบัติหรือขาดการดูแลที่ต่อเนื่อง มีแผนพับให้ความรู้ พร้อมทั้งสร้างกลุ่ม Application Line เป็นช่องทางการติดต่อสื่อสาร และการให้ความรู้โดย มีคลิปวิดีโอการดูแลผู้ป่วยที่สายสวนปัสสาวะที่บ้าน ให้ได้เรียนรู้ และเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1-2 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม รับฟังและให้คำแนะนำ พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา¹⁰ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) จากการได้รับประสบการณ์ตรง การเสริมแรงทางบวกและการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกิดความยั่งยืนของการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต²¹ การนำแนวคิดสู่การปฏิบัติด้วยการให้ความรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง และการให้กำลังใจต่อเนื่อง การกระตุ้น ส่งเสริมให้ผู้ดูแล ได้พัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะจนเกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง มีทักษะการดูแลที่ดีได้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จะทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำและเกิดความไม่สุขสบายได้ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ และลดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลไม่ถูกวิธีได้อย่างชัดเจน²² ผลลัพธ์ทั้งหมดสะท้อนว่า โปรแกรม ฯ นี้สามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแล ให้มีมาตรฐานและปลอดภัยมากขึ้น โดยผู้ดูแลสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้รับไปใช้จริงในบริบทที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ซึ่งหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความมั่นใจและพฤติกรรมการดูแล เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโปรแกรม ฯ ได้มีกิจกรรมสอนเป็นรายบุคคลประกอบสื่อที่น่าสนใจ การสาธิต การลงมือปฏิบัติจริง การส่งเสริมสนับสนุน ให้กำลังใจ และการติดตามผลเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพ สามารถเพิ่มสมรรถนะและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายให้กับผู้ดูแล ให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการติดเชื้อและการกลับมารักษาซ้ำ ลดภาระค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน ไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรของแต่ละหน่วยบริการ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการติดเชื้อและการกลับมารักษาซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ดูแล ต่อสมรรถนะและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายที่บ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเพิ่มระยะเวลาการประเมินให้นานขึ้น ติดตามวัดผลซ้ำภายใน 4 ถึง 8 สัปดาห์ และประเมินผลอัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

กิตติกรรมประกาศ

ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณบิดามารดา บุพการีผู้มีพระคุณ คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี จักรีรัช และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้วิจัย โรงพยาบาลมะเร็ง และโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ที่อนุญาตให้ใช้สถานที่เก็บข้อมูลการวิจัย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปอย่างราบรื่น รวมถึงผู้เข้าร่วมวิจัยและกัลยาณมิตรทุกท่านที่มีส่วนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Catheter-associated urinary tract infections (CAUTI). Atlanta (GA): CDC; 2020. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/cauti/index.html>
- พารุณี วงษ์ศรี, สดสวย ทองมหา, นิภาพร บุตรสิงห์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในศูนย์การแพทย์ระดับตติยภูมิ. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์. 2566;3(29):303-18.
- กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จังหวัดกาญจนบุรี. รายงานสถิติประจำปีงบประมาณ 2565-2568. กาญจนบุรี: งานแผนงานและยุทธศาสตร์; 2568.
- สุชาววัชร สมสอน. ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 4 ปี 2565. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสู่ชุมชน. 2566;1(5):45-56. doi:10.57260/stc.2023.636
- Kelly T, Ai C, Jung M, Yu K. Catheter-associated urinary tract infections (CAUTIs) and non-CAUTI hospital-onset urinary tract infections: relative burden, cost, outcomes and related hospital-onset bacteremia and fungemia infections. Infect Control Hosp Epidemiol. 2024;45:864-71. doi:10.1017/ice.2024.26
- Meridian M. Pathophysiology, treatment, and prevention of catheter-associated urinary tract infection. Top Spinal Cord Inj Rehabil. 2019;25:228-39. doi:10.1310/sci2503-228
- จิรารวรรณ นามพันธ์, นฤมล เอี่ยมณีกุล, สุรินทร์ กลัมพากร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563;28(3):41-52. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/246064>
- ภาณินนุช เณริชัย. การพัฒนาโปรแกรมการสอนแนะและการพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2567;9(1):576-86.
- กาญจนา ขวนไชยสิทธิ์, กิตติรัตน์ สัสดีวัณ, ศันสนีย์ ชัยบุตร. การพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561;36(1):224-33.
- Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman; 1997.
- นงลักษณ์ วงศ์พนารัตน์, อรุมา แก้วเกิด, ไพรวลัย โคตรตะ. ผลของการใช้โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2567;40(3):1-10.
- ทิพวดี สีสุข. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะที่บ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ. ราชวดีสาร วิทยาลัยบรมราชชนนี สุรินทร์. 2567;14(2):64-77.

13. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175-91. doi:10.3758/BF03193146
14. Cohen J. *Statistical power analysis for behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
15. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver): หลักสูตร 70 ชั่วโมง (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2567). นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
16. สถาบันบาราศนราดรุณ, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. Update IPC Guidelines for Thailand 2024. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดีไซน์; 2567:65-74.
17. สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย; 2568.
18. Bloom BS. *Human characteristics and school learning*. New York: McGraw-Hill Book; 1976.
19. Best JW, Kahn JV. *Research in education*. 10th ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education Inc.; 2006:310-1.
20. กรรณก บัญประถัมภ์, ดลวิวัฒน์ แสนโสม. ผลของโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะต่อความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวน ปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*. 2567;30(1):65-81.
21. นันทิกานต์ หวังจิ, อมรรัตน์ แสงสุวรรณ. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะ ฟุ้งฟิง. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*. 2563;5(3):40-56.
22. ชุติมา อินทรศิริ. การส่งเสริมสมรรถนะตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 2564;39(2):45-57.

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาแหลม
อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

The effect of health promotion program on blood pressure control
behavior of hypertensive patients at Bankhaolaem Health Promoting
Hospital Photharam District, Ratchaburi Province

อติตยา จังพานิช*, พิมพลดา อนันต์สิริเกษม**

Atitaya Jangpanich*, Phimlada Anansirikasem**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาแหลม จังหวัดราชบุรี

*Bankhaolam Subdistric Health Promoting Hospital, Rachaburi Province

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช สถาบันพระบรมราชชนก

*Boromarajanonani College of Nursing, Chakriraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Phimlada Anansirikasem; Email: phimlada@ckr.ac.th

Received: December 1, 2025; Revised: March 17, 2026; Accepted: March 19, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาแหลม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน-สิงหาคม 2568 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตและแบบประเมินค่าความดันโลหิต ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง .67-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไควสแควร์ สถิติที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .007$) มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงกว่าและมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ, พฤติกรรม, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This research is a two-group quasi-experimental study with pre-test post-test design. To study the effect of a health promotion program on blood pressure control behavior in hypertensive patients. The sample consists of hypertensive patients attending the chronic disease clinic at Ban Khao Laem Sub-district Health Promoting Hospital, Ratchaburi Province. They are divided into an experimental group and a control group, each with 30 participants. Data collection will take place between June and August 2025. The experimental group will receive a health promotion program to modify blood pressure control behaviors for 12 weeks, while the control group will receive standard nursing care. Data collection tools include a blood pressure control behavior questionnaire and a blood pressure assessment form completed by five experts, with an Index of Item Objective Congruence value of .67-1.00. Cronbach's Alpha coefficient is .84. Data will be analyzed using descriptive statistics, chi-square test, t-tests, and repeated measure ANOVA.

The results showed that after participating in the experimental group they had significantly better blood pressure control behaviors than before the program ($p = .007$) and significantly lower blood pressure values than before the program ($p < .001$). Before the program, there were no statistically significant differences in blood pressure control behaviors and average blood pressure values between the experimental and control groups ($p = .104$, $p = .339$). After the program, the experimental group had significantly higher average blood pressure control scores and lower blood pressure values than the control group ($p < .001$).

keywords: health promotion program, behavior, hypertensive patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก กล่าวว่าในปี พ.ศ. 2567 ทั่วโลกจะมีผู้ที่มีอายุ 30-79 ปี ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1.4 พันล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 33 ของประชากรในช่วงอายุนี้นี้ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 4 ใน 5 ราย หากได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม จะทำให้ลดการเกิดปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่าง ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ไตเสื่อม และลดแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตได้ถึง 76 ล้านราย ในช่วงปีพ.ศ. 2573-2593¹

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ล้านคน แต่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษามีจำนวน 7 ล้านคนและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 2.8 ล้านคน การที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้นั้น นอกจากการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตแล้วผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา ได้แก่ การปรับพฤติกรรมการบริโภค โดยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัด ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การออกกำลังกาย การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเลิกสูบบุหรี่หรือสารเสพติดต่าง ๆ การจัดการความเครียดและการพักผ่อน²

จากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาแหลม ตำบลเขาชะงุ้ม อำเภอบางแพราญ จังหวัดราชบุรี พบว่า อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบวาระหว่างปีพ.ศ.2566-2568 มีอัตราการมารับบริการร้อยละ 3.63, 3.87 และ 4.14 ตามลำดับ³ จากการศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่ รพ.สต.บ้านเขาแหลม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

สูงมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น กะปิ น้ำปลา ปลาร้า ปลาเค็ม ผงชูรสหรือผงปรุงรส ออกกำลังกายน้อย มีความเครียดจากการประกอบอาชีพและเศรษฐกิจ ความเร่งรีบในการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยบางคนพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอและสัมผัสรับประทานยารักษาโรคในบางมือ ผู้ป่วยบางคนไม่มีบุตรหลานดูแลและไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมเสี่ยง มีความสำคัญเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนรุนแรง เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวาย รวมถึงเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการกระทำที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีสุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคม โดยการสนับสนุนพฤติกรรมบุคคลและการจัดการสภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วยกิจกรรมที่มีผลต่อการเพิ่มระดับความสมบูรณ์และบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ได้แก่ การออกกำลังกาย การลดความเครียด การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เป็นการมุ่งเน้นความสามารถของบุคคล และเชื่อว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) การดูแลตนเองและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 5) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และ 6) จิตวิญญาณ⁴ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีศึกษาเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E^2LS^3A เพื่อการชะลอวัย มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) E: eat การรับประทานอาหาร 2) E: exercise การออกกำลังกาย 3) L: leisure การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ 4) S: small group การรวมกลุ่ม 5) S: soul ความผาสุกทางจิตวิญญาณ 6) S: social สังคมเอื้ออาทร และ 7) A: attitude ทักษะที่ดี ที่ดี สามารถทำให้ค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ค่าเฉลี่ย BMI ค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และค่าเฉลี่ยระดับไขมันในช่องท้องลดลง ค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์กล้ามเนื้อลายเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงส่งผลให้อายุร่างกายลดลง⁶

จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีอันตรายถึงกับชีวิตและยังนำไปสู่โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจวาย ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวายและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ¹ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานมาตรฐานและคุณภาพหน่วยบริการของ รพ.สต.บ้านเขาแหลม จึงสนใจที่จะทำการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ⁴ โดยประยุกต์กิจกรรมจากงานวิจัยเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E^2LS^3A เพื่อการชะลอวัย⁶ มี 7 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ 4) การรวมกลุ่ม 5) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ 6) สังคมเอื้ออาทร และ 7) ทักษะที่ดี โดยมีกิจกรรม การประเมินภาวะสุขภาพ การให้ความรู้ การฝึกทักษะการจัดการความเครียด การจัดการกิจกรรมสัมพันธ์ การสร้างเสริมสุขภาพแบบ E^2LS^3A เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพศหญิงและเพศชาย ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.บ้านเขาแหลม ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90-180/99 มม.ปรอท ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 176 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม พ.ศ. 2568 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาแหลม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ⁴ ประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) การดูแลตนเองและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 5) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และ 6) จิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตดีขึ้นและมีระดับความดันโลหิตลดลง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.บ้านเขาแหลม ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90-180/99 มม.ปรอท ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 176 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.บ้านเขาแหลม จำนวน 30 คน โดยการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) โดยเรียงหมายเลข HN ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จับสลากแบบไม่คืน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power V.3.1.9.2 กำหนด effect size 1.05⁵ ระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .95 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 25 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.บ้านเขาแหลม ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

2. มีระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90-180/99 มม.ปรอท ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา

3. สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ดี

4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

5. ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างย้ายถิ่นฐานระหว่างการวิจัย

2. มีภาวะแทรกซ้อนของโรคขณะทำการศึกษา ได้แก่ หลอดเลือดสมองตีบหรือแตก (อัมพฤกษ์/อัมพาต) หัวใจขาดเลือด/หัวใจล้มเหลว ไตวายเรื้อรัง และจอประสาทตาเสื่อม

3. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ครบตามจำนวนเวลาและกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการชะลอวัย⁶ แบบ E²LS³A ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ 4) การรวมกลุ่ม 5) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ 6) สังคมเอื้ออาทร และ 7) ทักษะที่ดี โดยมีกิจกรรม 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การให้ความรู้ 3) การฝึกปฏิบัติและการฝึกทักษะการจัดการความเครียด การออกกำลังกาย สาธิตเมนูอาหาร 4) กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนดูแลกัน 5) แลกเปลี่ยนประสบการณ์สร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6) กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E²LS³A ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์

2. คู่มือโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา รายได้ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากการทบทวนวรรณกรรม⁷ ประกอบด้วย จำนวน 40 ข้อ ได้แก่ การบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านดูแลตนเองและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านจิตวิญญาณ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย และปฏิบัติน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ยดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00) พฤติกรรมสุขภาพระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50) พฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50) พฤติกรรมสุขภาพระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50) พฤติกรรมสุขภาพระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50)⁸

3. แบบบันทึกค่าความดันโลหิต โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัลและแบบวัดค่าความดันโลหิต โดยมีเกณฑ์ดังนี้ ความดันโลหิตระดับเหมาะสม (น้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท) ความดันโลหิตระดับปกติ (ระหว่าง 120/80-129/80 มิลลิเมตรปรอท) ความดันโลหิตระดับเสี่ยง (น้อยกว่า 130/80-139/89 มิลลิเมตรปรอท) ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (ระหว่าง 140/90-159/99 มิลลิเมตรปรอท) ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (ระหว่าง 160/100-179/109 มิลลิเมตรปรอท) ความดันโลหิตสูงระดับอันตราย (ตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป)⁹

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 2 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มงานโรคเรื้อรัง จำนวน 1 คน โดยโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนและความครอบคลุมสาระในแต่ละองค์ประกอบ ปรับปรุงแก้ไขและทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลเขาชะงุ้ม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 15 ราย และนำมาปรับแก้ไขอีกครั้ง สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .67-1.00 การหาความเชื่อมั่น นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลข้างเคียงในอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 ราย พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยฉบับนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช หมายเลข P005-2-2568 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม 2568 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การเก็บความลับจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูล ในการวิเคราะห์และการนำเสนอผลการวิจัยจะกระทำในภาพรวม และข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรับบริการที่พึงได้รับตามมาตรฐานการบริการและอาสาสมัครสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยรับสมัครผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการประชาสัมพันธ์ทางไปสเตอร์ให้กับอาสาสมัครหน้า รพ.สต.บ้านเขาแหลม แนะนำตัวเองพร้อมชี้แจงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย

ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดจนพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในแบบฟอร์มเข้าร่วมงานวิจัย และนัดหมายเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม ทำแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ โดยการประเมินภาวะสุขภาพ วัดความดันโลหิต วัดเส้นรอบเอว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

2. ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ที่ รพ.สต.บ้านเขาแหลม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายและอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิธีการใช้เวลาว่าง การคิดบวก การอยู่ในสังคมและจิตวิญญาณ ใช้เวลาประมาณ 6 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 การฝึกปฏิบัติและการฝึกทักษะ เรื่องการจัดการความเครียด ด้วยกิจกรรมผ่อนคลายภาระหนัก การบริหารจัดการ การออกกำลังกาย และกิจกรรมสัปดาห์และปรุงอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาประมาณ 6 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมสัมพันธ์ เพื่อนช่วยเพื่อนดูแลกัน โดยการให้กลุ่มตัวอย่างทำความรู้จักกัน ใช้เวลาประมาณ 6 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 4 แลกเปลี่ยนประสบการณ์สร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และอุปสรรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2- 12

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยติดตามความต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผ่าน line application ทางโทรศัพท์และการลงเยี่ยมบ้าน

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามหลังเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวัดความดันโลหิต วัดเส้นรอบเอว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง หลังจากนั้นให้คำแนะนำการปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลตนเองและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและจิตวิญญาณ

3. หลังทดลอง ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังดำเนินการทดลอง 1 สัปดาห์ และวัดความดันโลหิต ทุก 1 เดือน จำนวน 3 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ ด้วยสถิติ chi-square test

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติ paired t-test

3. การเปรียบเทียบคะแนน พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test และ repeated measure ANOVA

โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of normality) ของความแตกต่างของข้อมูลระหว่างก่อนและหลังทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov test พบว่าเป็นโค้งปกติ ($p > .05$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 60.53 ปี (SD = 6.66) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.70 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.67 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.67 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 รายได้เฉลี่ย 5,193 บาทต่อเดือน (SD = 4685.41) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.93 กก./ตร.ม. (SD = 3.18) ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.43 ปี (SD = 4685.41)

กลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ย 63.03 ปี (SD = 9.59) เพศหญิง 73.33 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.33 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.33 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.67 มีรายได้เฉลี่ย 5,606.67 บาทต่อเดือน (SD = 5581.55) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.21 กก./ตร.ม. (SD = 4.96) ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.33 ปี (SD = 5.03) โดยทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .007$, $p = .011$) ตามลำดับ กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .149$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตและค่าความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ($n=30$)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		t-test	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
พฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิต						
กลุ่มทดลอง	3.68	0.47	3.89	0.36	2.629	.007*
กลุ่มควบคุม	3.48	.049	3.51	0.49	2.428	.011*
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก						
กลุ่มทดลอง	143.00	5.83	127.07	13.70	-5.600	< .001*
กลุ่มควบคุม	141.53	12.77	138.80	7.71	-1.057	.149

* $p < .05$

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตและค่าความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พฤติกรรมการควบคุมระดับ

ความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .104$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .339$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=30$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-test	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
พฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	3.68	0.47	3.48	0.49	1.653	.104
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	3.89	0.36	3.51	0.49	3.471	<.001*
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	143.00	5.83	141.53	12.77	-.966	.339
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	127.06	13.70	138.80	7.71	-4.086	<.001*

* $p < .05$

4. การเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับกลุ่มควบคุมมีค่าระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

ค่าความดันโลหิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ			F	p-value
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3		
	$\bar{x}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
กลุ่มทดลอง						
Systolic	143.00 (5.83)	138.10(7.95)	130.20(8.91)	127.07(13.70)	42.22	<.001*
Diastolic	82.47 (7.78)	79.90(10.56)	77.47 (7.83)	75.17 (8.30)	25.25	<.001*
กลุ่มควบคุม						
Systolic	141.53 (12.77)	140.77(8.83)	139.87(8.72)	138.80 (7.71)	1.94	.174
Diastolic	82.17 (7.84)	83.90 (6.91)	82.77 (4.01)	81.57 (3.66)	.463	.502

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า โปรแกรม ฯ ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ ได้แก่การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การจัดการตนเองและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและด้านจิตวิญญาณ การฝึกปฏิบัติ กิจกรรมสัมพันธ์ เพื่อนช่วยเพื่อนดูแลกันและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การติดตามความต่อเนื่องของกลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผ่าน line application ทางโทรศัพท์และการลงเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงกว่าหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการเยี่ยมติดตามวัดความดันโลหิต พูดให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยให้ผู้ป่วยนำเสนอความก้าวหน้าในการปฏิบัติพฤติกรรม ซักถาม ปัญหา อุปสรรค ทบทวนความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคล และพูดชักจูงผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่น และการติดตามวัดความดันโลหิตผู้ป่วย¹⁰

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า การเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ กิจกรรมสัมพันธ์ เพื่อนช่วยเพื่อนดูแลกันและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การติดตามความต่อเนื่องของกลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผ่าน line application ทางโทรศัพท์และการลงเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นผลจากกิจกรรมการให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมรายวันโดยบันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดความตระหนักรู้ในการปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ¹¹

3. การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า การเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ กิจกรรมสัมพันธ์ เพื่อนช่วยเพื่อนดูแลกันและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การติดตามความต่อเนื่องของกลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผ่าน line application ทางโทรศัพท์และการลงเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตลดลงจากค่าความดันโลหิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอศรีมาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า ระดับความดันโลหิตของบุคลากรสาธารณสุขก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งผลให้กลุ่มทดลอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในวิถีชีวิตประจำวัน และเกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) ในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการนั่งทำงานที่โต๊ะทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน การหลีกเลี่ยงวิถีชีวิต แบบนั่ง ๆ นอน ๆ การหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง และการออกกำลังกายอย่างน้อย วันละ 30 นาที 3 วันต่อสัปดาห์โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองไม่ให้อยู่ในระดับสูง¹²

4. การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาได้อธิบายได้ว่า การเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ กิจกรรมสัมพันธ์ เพื่อนช่วยเพื่อนดูแลกันและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การติดตามความต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผ่าน line application ทางโทรศัพท์และการลงเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าระดับความดันโลหิตแตกต่างกัน ซึ่งต่างจากกลุ่มควบคุมที่มีค่าระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ถึงแม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีค่าความดันโลหิตลดลงแต่ยังอยู่ในระดับกลุ่มเสี่ยงและความดันโลหิตระดับที่ 1

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอศรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษา พบว่าระดับความดันโลหิตของบุคลากรสาธารณสุขก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹² และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้น ติดตาม ด้านรับประทานอาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสม ออกกำลังกายวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง การจัดการความเครียดโดยการนั่งสมาธิรำลึกถึงพระผู้เป็นเจ้า การละหมาด การฟังอัลกุรอาน และด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตจนทำให้ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว¹³

ในการศึกษานี้ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังที่ได้รับความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อมาเข้ารับบริการตรวจรักษาทุก 3 เดือน การสุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นกลุ่มทดลองมีระยะเวลาติดตามผลจำกัด จึงทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตแตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่ระดับความดันโลหิตยังไม่แตกต่างกัน ซึ่งจำเป็นจะต้องติดตามประเมินผลในระยะยาวพร้อมทั้งติดตามผลการเจาะเลือดประจำปีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง ควรนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน เพื่อส่งเสริมความสามารถในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการติดตามระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ในรูปแบบการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) เพื่อติดตามประเมินผลของโปรแกรมและความยั่งยืนของพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. ครั้งแรกที่องค์การอนามัยโลกนำเสนอรายงานของผลกระทบอันร้ายแรงจากโรคความดันโลหิตสูงและวิธีหยุดยั้งโรคนี้. 2023. <https://www.who.int/thailand/th/news/detail/19-09-2566>
2. กรมควบคุมโรค. ธรรมนูญความดันโลหิตสูงโลกปี 2567. 2567. <https://ddc.moph.go.th/>
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาแหลม. สถิติการมารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง. ข้อมูล ณ วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2568.
4. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 7th ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson Prentice Hall; 2015.
5. ณภัทร เตียววิไล, ฐมาพร เชี่ยวชาญ, เพ็ญวดี โรจน์เรือนนท์, ณฐมน สืบชุย. ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลหนองแค อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารก้าวหน้าโลกวิทยาศาสตร์. 2568;25(1):101–22.
6. พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม, พลอยประกาย ฉลาดล้ำ, พิระนันท์ จีระยิ่งมมงคล. ผลของการสร้างเสริมสุขภาพแบบ E2LS3A เพื่อการชะลอวัยผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2568;41(1):50–63.
7. ณัฐนัย สดคมขำ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2565;2(2):25–36.
8. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1986.
9. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567. เชียงใหม่: ทรिक อินค์; 2567.
10. เบญจวรรณ วงษ์รอด. ผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
<https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5932/3/BenjawanWongrod.pdf>
11. รักชนก จันทรเพ็ญ. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2564;1(2):20–30.

12. วิชาญ มีเครือรอด. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอศรีมามาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2563;1(1):70-85.
13. นิอิมรอน ดอเลาะ, ผจงศิลป์ เฟิงมาก, อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี. วารสารสุขศึกษา. 2563;43(1):74-86.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลท่ากระดาน จังหวัดกาญจนบุรี
The effect of a self-management program on knowledge, health behavior
and health outcomes among individuals at risk for diabetes mellitus
at Thakradan hospital, Kanchanaburi Province

หทัยา อินกล่อม*, สุภัทรา สีเสนห์**

Hataya Inkloom*, Supattra Seesanae**

โรงพยาบาลท่ากระดาน จังหวัดกาญจนบุรี

*Thakradan hospital, Kanchanaburi Province

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**Boromarajanonani College of Nursing, Chakiraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Supattra Seesanae; E-mail: supattra.see@ckr.ac.th

Received: January 28, 2026; Revised: March 24, 2026; Accepted: March 31, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรงพยาบาลท่ากระดาน ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 50 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการจัดการตนเอง โดยมีสมุดคู่มือรู้ใจ ห่วงไกลเบาหวาน ร่วมกับระบบบัญชีทางการของแอปพลิเคชันไลน์ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน 2) แบบสอบถามวัดความรู้ ได้ค่าความเที่ยงคูเดอร์-ริชาร์ดสัน เท่ากับ .75 3) แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง .96 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .72 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบวิลคอกชันแบบอันดับที่มีเครื่องหมาย และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($Z = -6.03, p < .001$) และ พฤติกรรมสุขภาพ ($t = -28.41, p < .001$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผลลัพธ์ด้านสุขภาพพบว่า เส้นรอบเอว ($Z = 5.39, p < .001$) ดัชนีมวลกาย ($Z = 4.23, p < .001$) และระดับน้ำตาลในเลือด ($Z = 6.15, p < .001$) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน, ความรู้, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This quasi-experimental study, employing a one-group pretest-posttest design, aimed to evaluate the effects of a self-management program on knowledge, health behaviors, and health outcomes among individuals at risk for diabetes mellitus. The study was conducted at Thakradan Hospital from October to December 2025. The sample consisted of 50 individuals at risk for diabetes, selected through purposive sampling. The research instruments included: 1) a 12-week self-management program featuring the "Know Your Heart, Stay Away from Diabetes" handbook, integrated with a LINE Official Account (LINE OA) and 2) a knowledge questionnaire with a Kuder-Richardson (KR-20) reliability of .75 and 3) a health behavior scale with an Index of Item-Objective Congruence (IOC) of .96 and a Cronbach's alpha coefficient of .72. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test and the paired t-test.

The results revealed that after participating in the program, the participants' mean scores for knowledge ($Z = -6.03$, $p < .001$) and health behaviors ($t = -28.41$, $p < .001$) increased significantly. Regarding health outcomes, there were significant reductions in waist circumference ($Z = 5.39$, $p < .001$) body mass index ($Z = 4.23$, $p < .001$) and blood glucose levels ($Z = 6.15$, $p < .001$). Furthermore, 100% of the participants achieved blood glucose levels within the normal range.

Keywords: self-management program, Individuals at risk for diabetes, knowledge, health behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่พบอัตราการเสียชีวิตมากเป็นอันดับที่ 4 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง¹ จากข้อมูลของสมาพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ ในปีพ.ศ. 2562 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 463 ล้านคน 1 ใน 13 หรือ 373 ล้านคนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และคาดการณ์ไว้ว่า ในปีพ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 552 ล้านคน² ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปีพ.ศ. 2567 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมากถึง 6.5 ล้านคน ตามลำดับ³ จากการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2565 ในการคัดกรองเบาหวานในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่าคัดกรองได้เพียง ร้อยละ 85 ของประชากรเป้าหมาย และยังพบกลุ่มเสี่ยงเบาหวานถึง 1.85 ล้านคน โดยมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียนในปีเดียวกัน 3.47 แสนราย⁴ แสดงให้เห็นว่าภาวะก่อนเบาหวานถือเป็นปัญหาที่สำคัญ หากได้รับการส่งเสริมสุขภาพ จะสามารถลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานได้

ภาวะก่อนเบาหวาน (prediabetes) เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เริ่มมีความผิดปกติในการใช้น้ำตาลของร่างกาย มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Impaired Fasting Plasma Glucose, IFG) ระดับ 100 - 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร(มก./ดล.)และ/หรือความทนต่อน้ำตาลกลูโคสบกพร่อง (Impaired Glucose Tolerance, IGT) > 200 มก./ดล. และ/หรือฮีโมโกลบินที่จับกับน้ำตาลกลูโคสในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) อยู่ระหว่าง ร้อยละ 5.70-6.40 โดยสาเหตุเกิดปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหาร รสเค็ม/รสหวาน ไขมันสูง ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลและไขมันมาก สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย มีความเครียด ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวเกิน⁵ จากการสำรวจและคัดกรองสภาวะสุขภาพประเด็นโรคไม่ติดต่อในประชากรระดับตำบลด้วย application smart อสม. ทั่วประเทศของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมบริโภค น้ำตาลและไขมันอยู่ระดับสูงถึงสูงมาก มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ หรือไม่มีกิจกรรมทางกาย มีความเครียดระดับสูงถึง

สูงมาก โดยเฉพาะในเพศหญิงเกินครึ่งมีน้ำหนักเกินถึงอ้วนอันตราย¹ หากไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ จะส่งผลให้มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้

ในบริบทของโรงพยาบาลท่ากระดาน จังหวัดกาญจนบุรี พบประชากรกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยในปีพ.ศ. 2565-2567 เพิ่มจากจำนวน 35 รายเป็น 42 และ 43 ราย ตามลำดับ ซึ่งร้อยละ 50 มีระดับน้ำตาลในเลือด (IFG) สูงกว่า 125 มก./ดล. จากการรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของประชากรในพื้นที่ พบว่าร้อยละ 60 มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ได้แก่ รับประทานอาหารประเภททอด ปิ้งย่าง มีพฤติกรรมดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และร้อยละ 80 ยังขาดการออกกำลังกาย⁶ แม้ที่ผ่านมาจะมีการให้ความรู้และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม แต่พบข้อจำกัดสำคัญคือ ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ท่ากระดานยังไม่ใช่วิธีการจัดการตนเอง พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมปรับเปลี่ยนแบบชั่วคราว โดยจะกระตือรือร้นเพียง 1-2 สัปดาห์แรกหลังได้รับความรู้ หรือช่วงก่อนถึงวันนัดตรวจเลือด นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคในการใช้ชีวิตประจำวันในบริบทชุมชนที่ห่างไกล เช่น การเข้าถึงอาหารสุขภาพ เวลาในการออกกำลังกายที่ไม่แน่นอน จึงแสดงให้เห็นถึงการขาดทักษะในการประมวลผล และตัดสินใจแก้ปัญหา เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และกระบวนการส่งเสริมสุขภาพแบบเดิมไม่สามารถสร้างทักษะการกำกับตนเอง และการจัดการตนเองได้อย่างยั่งยืน ทำให้ยังคงพบกลุ่มเสี่ยงเป็นรายเดิมต่อเนื่องทุกปี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) มุ่งเน้นกระบวนการจัดการภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเองมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวล/ประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล⁷ เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองให้มีความรู้และควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานได้และในกรณีที่มีการส่งข้อมูลสื่อสารล่าช้า โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ผ่านมา พบว่าการดูแลจัดการตนเองช่วยให้มีความรู้ และพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานได้ ควรเน้นการให้ความรู้โดยใช้กลุ่มไลน์ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางเป้าหมาย ในการดำเนินการ และติดตามผลอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 เดือน ส่งผลให้ช่วยลดอัตราป่วยโรคเบาหวาน และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้น⁸ และมีการใช้แนวคิดทฤษฎีต่างๆ ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเน้นการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การปฏิบัติตน และภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ทำให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น⁹ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่มักเน้นการดำเนินการในระยะสั้น หรือใช้เพียงคู่มือกระดาษ ซึ่งไม่สามารถสนับสนุนการจัดการตนเองแบบเรียลไทม์ได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่การเข้าถึงบุคลากรสาธารณสุขทำได้ยาก การนำเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบบัญชีทางการของแอปพลิเคชัน LINE Official Account (LINE OA) มาใช้ จึงเป็นช่องทางสำคัญในการสื่อสารและให้คำปรึกษา⁷

อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ การดำเนินกิจกรรมในระยะสั้น ขาดการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบยังมีน้อย โดยเฉพาะการออกแบบ LINE OA ให้ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือสนับสนุนกระบวนการ 6 ขั้นตอนของ Creer ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผสมผสานแนวคิดของ Creer (2000) กับเทคโนโลยี LINE OA ร่วมกับสร้างคู่มือ "รู้ใจ ห่างไกลเบาหวาน" เพื่อลดข้อจำกัดการเข้าถึงบริการสุขภาพ และเพิ่มประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
3. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

ขอบเขตการวิจัย

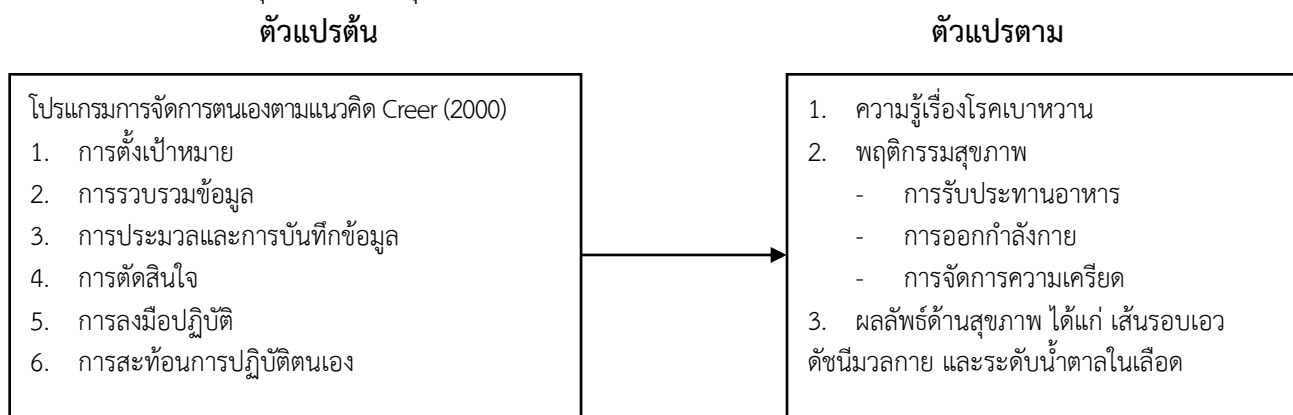
ขอบเขตด้านประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลท่ากระดาน จำนวน 67 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน และตัวแปรตาม คือ ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2568 โรงพยาบาลท่ากระดาน จังหวัดกาญจนบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ตามแนวคิดของ Creer (2000) เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรม โดยมุ่งเน้นให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านกระบวนการ 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (goal selection) 2) การรวบรวมข้อมูล (information collection) 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) 4) การตัดสินใจ (decision making) 5) การลงมือปฏิบัติ (action) 6) การสะท้อนตนเอง (self-reaction)⁹ โปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยการให้ความรู้ การติดตามพฤติกรรมตนเอง และการสนับสนุนผ่าน LINE OA อย่างต่อเนื่อง ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 67 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลท่ากระดาน ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ.2568 จำนวน 50 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling)

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยผู้วิจัยกำหนดค่าอิทธิพล (effect size)¹⁰ เท่ากับ .50 ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 และอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน เพื่อรองรับการสูญเสียข้อมูลระหว่างการศึกษา ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 คิดเป็น 5 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ได้รับการคัดกรองและถูกจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 100-125 มก./ดล.) ในปีพ.ศ. 2566-2567

2. BMI มากกว่าเท่ากับ 23 กก./ม.²

3. สามารถสื่อสาร รับฟัง และอ่านเขียนภาษาไทยได้

4. มีสมาร์ตโฟนส่วนตัวและสามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ (LINE OA) ได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม ฯ ได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ประกอบด้วย การให้ความรู้ การติดตามพฤติกรรมตนเอง และการสนับสนุนผ่าน LINE OA มี 6 ขั้นตอน คือ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การสะท้อนตนเอง โดยมีเครื่องมือประกอบการใช้โปรแกรม คือ สมุดคู่มือรู้ใจ ห่วงไกลเบาหวาน สำหรับบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับระบบบัญชีทางการของแอปพลิเคชันไลน์ (LINE OA) สำหรับให้ความรู้ และส่งเสริมการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบสำรวจรายการ (check list) ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ น้ำหนัก เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย ด้านอาหาร 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 4 ข้อ และด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตัวเลือกตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-13 คะแนน โดยแปลผลระดับความรู้ตามเกณฑ์

ดังนี้ ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 0.00–7.79 คะแนน) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 7.80–10.39 คะแนน) และระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 10.40–13.00 คะแนน)¹¹

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก ผลงานวิจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้¹² จำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง ด้านอาหาร 10 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 7 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด 4 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และ ไม่เคยปฏิบัติ โดยแปลระดับพฤติกรรมตามเกณฑ์ใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด หาค่าด้วยช่วงชั้นที่ต้องการได้ 3 ระดับ ดังนี้ มีพฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ (1.00-2.33) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) ระดับดี (3.68-5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามหาความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน และนำมาปรับแก้ไขอีกครั้ง สำหรับแบบสอบถามได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index item Objective Congruence: IOC) ของแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ .96 หลังจากนั้นนำไปหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (try out) ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของ รพ.สต. บ้านเกาะบก จำนวน 30 คน แบบสอบถามวัดความรู้ ได้ค่าความเที่ยงด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ .75 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .72

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เอกสารรับรองเลขที่ EC.NO.36/2568 ลงวันที่ 30 กันยายน 2568 และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่ากระดาน ในการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์การวิจัยวิธีดำเนินการวิจัยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยให้สิทธิ์การตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย การปฏิเสธและยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษาความลับ และการเสนอผลการวิจัยในภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่ากระดาน และสาธารณสุขอำเภอศรีสวัสดิ์ เพื่อดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมและการรวบรวมข้อมูล โดยกำหนดข้อตกลงในการปรับพฤติกรรมตามโปรแกรม ฯ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 12 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2568 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การตั้งเป้าหมาย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและประเมินสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง จากนั้นให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตน ที่ครอบคลุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพ จากนั้น

แบ่งกลุ่มย่อย ให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และบันทึกแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด

สัปดาห์ที่ 2 การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดตามการบันทึกพฤติกรรมในสมุดคู่มือเพื่อประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล ส่งเสริมการติดตามตนเองและการประเมินตนเองที่บ้าน พร้อมทั้งเสริมแรงใจผ่านบุคคลต้นแบบ และการให้ความรู้การป้องกันโรคเบาหวาน ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพ โดยใช้สื่อเป็นภาพ และวิดีโอส่งผ่าน LINE OA

สัปดาห์ที่ 3 การติดตามเสริมกำลังใจ ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างผ่าน LINE OA โดยสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ผ่านมา เช่น มีอาหารที่รับประทาน การออกกำลังกาย ชักถามอุปสรรคและให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และส่งข้อความเสริมกำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 4 การประเมินผลและประเมินผล ผู้วิจัยและทีมงานลงพื้นที่ประเมินตัวชี้วัดทางสุขภาพเข้าและจัดกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนความรู้สึก และผลการปฏิบัติว่าบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ พร้อมทั้งเสนอแนวทางการปรับปรุงการรับประทานและการออกกำลังกาย และเสริมแรงใจในการปรับพฤติกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมาย

สัปดาห์ที่ 5 การตัดสินใจ ผู้วิจัยสำรวจปัญหาและอุปสรรคจากการบันทึกในคู่มือและการสนทนากลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงของตนเองและตัดสินใจเลือกวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองมากที่สุด

สัปดาห์ที่ 6-7 การลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยและทีมงานลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ตรวจสอบความต่อเนื่องในการบันทึกกิจกรรมในสมุดคู่มือหาทางไกลเบาหวาน และให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละครอบครัว

สัปดาห์ที่ 8 การสะท้อนตนเอง ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจวัดตัวชี้วัดสุขภาพเข้าและจัดกิจกรรมสะท้อนผลการปฏิบัติ ประเมินทัศนคติต่อการป้องกันโรคและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้น

สัปดาห์ที่ 9-11 การกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยติดตามกลุ่มที่มีการปรับเปลี่ยนชัดเจนผ่าน LINE OA ทุกสัปดาห์ และลงพื้นที่เยี่ยมบ้านกลุ่มที่ยังปรับพฤติกรรมได้น้อย เพื่อรับฟังปัญหาเชิงลึกและให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ผู้วิจัยและทีมงานประเมินเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้าย พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ หลังจากนั้น ผู้วิจัยสรุปผลการศึกษา แจ้งผลลัพธ์สุขภาพรายบุคคล มอบรางวัลเพื่อเสริมแรงใจแก่ผู้ที่มีผลลัพธ์ดีขึ้น และกล่าวสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05
3. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ โดยใช้สถิติ pair t-test กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05

โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of normality) ของความแตกต่างของข้อมูลระหว่างก่อนและหลังทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ มีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นปกติ ($p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ เป็นโค้งปกติ ($p > .05$)

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.00 มีอายุ 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.00 ($\bar{X} = 45.60$, $SD = 7.18$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 66.00 มีดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 ร้อยละ 76.00 ($\bar{X} = 28.97$, $SD = 5.60$)

2. **การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน** ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 8.46$, $SD = 1.96$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีความรู้ในระดับสูง ($\bar{X} = 10.48$, $SD = 0.86$) โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้แต่ละด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.03$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังใช้โปรแกรม ฯ ($n = 50$)

ความรู้	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ			หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ			Z-test	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
อาหาร	2.40	0.83	ปานกลาง	2.76	0.51	สูง	3.41	< .001*
การออกกำลังกาย	2.16	0.89	ปานกลาง	2.92	0.27	สูง	4.54	< .001*
การดูแลสุขภาพทั่วไป	3.90	1.03	ปานกลาง	4.80	0.53	สูง	5.64	< .001*
ภาพรวมทั้งหมด	8.46	1.96	ปานกลาง	10.48	0.86	สูง	6.03	< .001*

* $p < .05$

3. **การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ** พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 61.94$, $SD = 6.71$) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.25$, $SD = 0.58$) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 86.16$, $SD = 4.46$) โดยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารมีพฤติกรรมในระดับ ร้อยละ 100 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในทุกด้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังใช้โปรแกรม ฯ ($n = 50$)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		t-test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรับประทานอาหาร					14.00	< .001*
ระดับต่ำ	4	8.00	0	00.00		
ระดับปานกลาง	35	70.00	0	00.00		
ระดับดี	11	22.00	50	100.00		
$\bar{X}$, SD	$\bar{X} = 3.15$, $SD = 0.56$		$\bar{X} = 4.22$, $SD = 0.22$			
การออกกำลังกาย					24.77	< .001*
ระดับต่ำ	21	42.00	0	0.00		
ระดับปานกลาง	28	56.00	20	40.00		
ระดับดี	1	2.00	30	60.00		

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		t-test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
$\bar{X}$, SD	$\bar{X}$ = 2.25, SD = 0.58		$\bar{X}$ = 3.73, SD = 0.38			
การจัดการความเครียด					10.86	< .001*
ระดับต่ำ	4	8.00	0	0.00		
ระดับปานกลาง	24	48.00	1	2.00		
ระดับดี	22	44.00	49	98.00		
$\bar{X}$, SD	$\bar{X}$ = 3.49, SD = 0.79		$\bar{X}$ = 4.32, SD = 0.37			
ภาพรวม	$\bar{X}$ = 61.94, SD = 6.71		$\bar{X}$ = 86.16, SD = 4.46		-28.41	< .001*

*p < .05

4. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่ารอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ซึ่งก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่าเพศหญิงมีรอบเอวเกินมาตรฐาน ร้อยละ 60.00 และเพศชายมีรอบเอวเกินมาตรฐาน ร้อยละ 4.00 มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 23 (กก./ม²) ร้อยละ 88.00 ($\bar{X}$ = 28.97, SD = 5.60) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วอยู่ในช่วง 100-125 มก./ดล. ร้อยละ 62.00 ($\bar{X}$ = 122.96, SD = 15.39) และกลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว >126 มก./ดล. ร้อยละ 32.00 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ เพศหญิงมีรอบเอวมามากกว่า 80 cm. เหลือร้อยละ 58.00 ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ≥ 23 (กก./ม²) ร้อยละ 84.00 ($\bar{X}$ = 28.63, SD = 5.32) ระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วอยู่ในช่วง 70-100 มก./ดล. ร้อยละ 86.00 และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด >126 มก./ดล. ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพหลังใช้โปรแกรม ฯ (n = 50)

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		Z-test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รอบเอว (cm.)					5.39	< .001*
ผู้หญิงน้อยกว่า 80	14	28.00	15	30.00		
ผู้ชายน้อยกว่า 90	4	8.00	4	8.00		
ผู้หญิงมากกว่า 80	30	60.00	29	58.00		
ผู้ชายมากกว่า 90	2	4.00	2	4.00		
$\bar{X}$, SD	$\bar{X}$ = 87.60, SD = 14.49		$\bar{X}$ = 85.44, SD = 13.41			
ดัชนีมวลกาย (กก./ม ²)					4.23	< .001*
น้อยกว่า 23	6	12.00	8	16.00		
มากกว่าเท่ากับ 23	44	88.00	42	84.00		
$\bar{X}$, SD	$\bar{X}$ = 28.97, SD = 5.60		$\bar{X}$ = 28.63, SD = 5.32			
ระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (มก./ดล.)					6.15	< .001*
70-100	1	2.00	43	86.00		
100-125	31	62.00	7	14.00		
≥ 126	18	36.00	0	00.00		
$\bar{X}$, SD	$\bar{X}$ = 122.96, SD = 15.55		$\bar{X}$ = 96.98, SD = 7.56			

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง มีประสิทธิผลในการพัฒนาความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาได้อธิบายได้ว่า โปรแกรม ฯ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการป้องกันโรคเบาหวานในขั้นตอนที่ 2 การรวบรวมข้อมูล ตามแนวคิดของ Creer (2000) โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยได้ใช้การบรรยายร่วมกับการอภิปรายกลุ่มย่อย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดเป้าหมาย และเสริมความต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 2 ใช้สื่อ รูปภาพกราฟฟิก ผ่าน LINE OA ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลที่เป็นความรู้อย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ส่งผลต่อการประมวล การตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ที่เน้นการ จัดฐานการเรียนรู้ ที่มีเนื้อหาครอบคลุมเรื่องโรคเบาหวาน การป้องกันโรค การปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพ ร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสริมสร้างความสามารถแห่งตน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹³ และการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยการจัดอบรมให้ความรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานตามหลัก 4อ3ส โดยใช้กลยุทธ์การสอนทางสุขศึกษา การบรรยายร่วมกับกิจกรรมกลุ่มในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้เกิดการเรียนรู้ ส่งผลให้มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาได้อธิบายได้ว่า โปรแกรม ฯ มีกระบวนการจัดการตนเองที่เป็นระบบ ตามทฤษฎีของ Creer (2000) ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายในสัปดาห์ที่ 1 ที่ให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมายการปรับพฤติกรรมด้วยตนเอง การประมวลผลและประเมินข้อมูล และการตัดสินใจ ในสัปดาห์ที่ 2-5 กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกบันทึกพฤติกรรมใน "สมุดคู่มือรู้ใจ ห่างไกลเบาหวาน" โดยในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 9-11 จะมีการติดตามรายบุคคลและเสริมสร้างแรงจูงใจ ผ่าน LINE OA ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในขั้นตอนการติดตามตนเอง (self-monitoring) ทำให้เห็นความสอดคล้องหรือความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมจริงกับเป้าหมาย นำไปสู่การตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเองในสัปดาห์ที่ 5 โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แนะ (coach) และการสะท้อนตนเองในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ที่มีการสะท้อนความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลต้นแบบ (role model) ช่วยสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ช่วยให้เกิดการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องเกิดทักษะการจัดการตนเองได้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยทำกิจกรรมกลุ่มในการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แบ่งเป็นฐาน โดยให้ความรู้ ร่วมกับแลกเปลี่ยนประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างต่อเนื่อง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ สร้างความสามารถแห่งตน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{10, 13} นอกจากนี้ในโปรแกรม ฯ ยังมีการทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้ประสบการณ์จากกลุ่มตัวอย่างเป็นต้นแบบที่ดี (role model) เพื่อเป็นการกระตุ้นและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถจัดการตนเองได้ สอดคล้องกับผลวิจัย

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยใช้หลักการเพื่อนช่วยเพื่อน กระตุ้นเตือนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง ช่วยเสริมแรงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵

3. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่ารอบเอด์ชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างลงมือปฏิบัติ (action) ในขั้นตอนที่ 5 ตามแนวคิดของ Creer (2000) โดยผ่านโปรแกรม ฯ อย่างต่อเนื่องตลอด 12 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 6-11) โดยมีการติดตามอย่างใกล้ชิดผ่านการเยี่ยมบ้านและการส่งข้อมูลผ่าน LINE OA ทุกสัปดาห์ ช่วยรักษาระดับการปฏิบัติให้คงที่ ความสม่ำเสมอในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายตามที่บันทึกไว้ในสมุดคู่มือ ส่งผลโดยตรงต่อระบบเผาผลาญและระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งแสดงถึงการมีปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานที่ลดลงด้วย¹³

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตต่อการป้องกันโรคเบาหวาน โดยใช้เทคนิคหลักพฤติกรรมศาสตร์ที่หลากหลาย เช่น การเรียนรู้เพื่อการจัดการตนเอง การสร้างแรงจูงใจ การติดตามด้วยตนเอง โดยมีเทคโนโลยีเป็นส่วนประกอบ ส่งผลให้หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีค่า BMI รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁸ ซึ่งให้เห็นว่าการจัดการตนเองที่เน้นการติดตามตนเอง (self-monitoring) และมีระบบสนับสนุนจากเทคโนโลยี ส่งผลให้ดัชนีทางชีวภาพลดลงอย่างเป็นรูปธรรม จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีประสิทธิผล ซึ่งไม่ใช่เพียงการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว (passive learning) แต่เกิดจากการที่โปรแกรม ฯ เข้าไปเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง (active self-management) โดยมีเทคโนโลยี LINE OA และสมุดบันทึกเป็นเครื่องมือช่วยสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจและการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ เปลี่ยนสถานะจากกลุ่มเสี่ยง ให้กลับมาเป็นกลุ่มปกติได้ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานควรมีการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยตรง ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการพฤติกรรมของตนเอง

2. ทีมสหสาขาวิชาชีพควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรม/ให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และนำไปประยุกต์ใช้ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และโรคเรื้อรังต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมในระยะยาว และควรมีกกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ควรทำวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R & D) เพื่อให้ได้รูปแบบและบุคคลต้นแบบของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และโอกาสจากนายแพทย์พิสุทธิ จรุงเรืองทรัพย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่ากระดาน ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวมทั้งทีมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลท่ากระดานทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสนับสนุนมาโดยตลอด รวมถึงขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายงานการสำรวจและคัดกรองภาวะสุขภาพประเด็นโรคไม่ติดต่อ ผ่าน Application Smart อสม. ปีพ.ศ. 2566. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2566.
2. Karuranga S, Malanda B, Saeedi P, Salpea P, editors. IDF diabetes atlas. 9th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2019.
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2567.
4. กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566. https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/05/edit.MOPH_plan-66-for-web.pdf
5. เนือทิพย์ หมุ่มมาก, ศรีญญา ชาญสุข, ณัฐยา ไกยนาถ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2564;13(2):427-33.
6. โรงพยาบาลท่ากระดาน. ข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปี 2565-2567. กาญจนบุรี: โรงพยาบาลท่ากระดาน; 2567.
7. Creer LT. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. Handbook of self-regulation. San Diego: Academic Press; 2000. p. 601-29. doi:10.1016/B978-012109890-2/50047-0
8. ดิสพล แจ่มจันทร์. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น อำเภอนองม่วง จังหวัดลพบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2565;18(3):47-58.
9. ดวงดาว ศรียากุล, สันติ ลาภเบญจกุล, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, ภาณุวิชญ์ แก้วกำจรรย์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตต่อการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2567;18(1):72-92.
10. Zhang Y, Pan XF, Chen J, Xia L, Cao A, Zhang Y, et al. Combined lifestyle factors and risk of incident type 2 diabetes and prognosis among individuals with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Diabetologia. 2020;63(1):21-33. doi:10.1007/s00125-019-04985-9
11. Bloom BS. Learning for mastery. Evaluation Comment. 1968;1(2):1-12.
12. สุปรียา เสี่ยงดัง. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(1):191-204.

13. วณิดา วงษ์ดา, อุไรพรณ์ ทิดจันทิก, นุสกร เนืองษา, ชวนพิศ เลิกนาค, ประภัสสร เกตุศรี. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ. 2566;5(2):359-69.
14. อิฐร์ วรรัตน์. ผลการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนเสียด ตำบลคำแก้ว อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ; 2567.
<https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=327>
15. นงลักษณ์ เทศนา, จมากรณ์ ใจภักดี, บุญทนากร พรหมภักดี, กนกพร พินิจเล็ก. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรกลุ่มเสี่ยง. ขอนแก่น: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6; 2564.
<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4381>

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
Effects of self- management program on blood sugar control behaviors
among uncontrolled type II diabetes mellitus

ลำดวน กลิ่นหอม*, พลอยประกาย ฉลาดลัน**

Lamduan Klinhom*, Ployprakay Chalardlon**

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะสัง จังหวัดกาญจนบุรี

*Ban Nong Masang Subdistric Health Promoting Hospital, Kanchanaburi Province

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**Boromarajanonani College of Nursing, Chakiraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Ployprakay Chalardlon; Email: Ployprakay9@gmail.com

Received: April 29, 2026; Revised: May 23, 2026; Accepted: May 23, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โปรแกรมการจัดการตนเองพัฒนาตามแนวคิด 5A's ได้แก่ การประเมิน การให้คำแนะนำ การตั้งเป้าหมาย การช่วยเหลือ และการติดตาม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง .67-1.00 โปรแกรมมีความเป็นไปได้ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.43) แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่ ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$; $\bar{X}$ = 4.32, SD = 0.28) ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$; $\bar{X}$ = 139.97, SD = 27.01 และ $\bar{X}$ = 7.24, SD = 0.97 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .371, .592$ และ $.781$ ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .867, .783$ และ $.079$ ตามลำดับ) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่า ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .017$ และ $p < .001$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, ระดับน้ำตาลในเลือด

Abstract

This quasi-experimental study using a two-group pretest–posttest design aimed to examine the effects of a self-management program on blood glucose control behaviors among patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. The sample consisted of 60 participants, equally assigned to an experimental group and a control group, with 30 participants in each group selected through purposive sampling. The self-management program was developed based on the 5A's model, including assessment, advice, agree, assist, and arrange, and was implemented over a 12-week period. The research instruments consisted of a demographic questionnaire and a self-management behavior questionnaire. The instruments were validated for content validity by three experts, yielding an Index of Item-Objective Congruence (IOC) ranging from 0.67 to 1.00. The feasibility of the self-management program was rated at a high level ($\bar{X}$ = 4.43), and the questionnaire demonstrated good reliability with Cronbach's alpha coefficient of .87. Data was analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results revealed that, after participating in the program, the experimental group showed significantly higher self-management behavior scores ($p < .001$; $\bar{X}$ = 4.32, SD = 0.28), while blood glucose levels and glycated hemoglobin (HbA1c) levels significantly decreased ($p < .001$; $\bar{X}$ = 139.97, SD = 27.01 and $\bar{X}$ = 7.24, SD = 0.97, respectively). In contrast, the control group showed no statistically significant differences ($p = .371$, .592, and .781, respectively). Before the intervention, there were no statistically significant differences between the experimental and control groups ($p = .867$, .783, and .079, respectively). However, after the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher self-management behavior scores and significantly lower blood glucose and HbA1c levels than the control group ($p = .017$ and $p < .001$, respectively).

Keywords: self-management, type 2 diabetes mellitus, blood glucose control behavior, blood glucose level

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และระบบสาธารณสุขทั่วโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานข้อมูลปีพ.ศ. 2564 ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่า 463 ล้านคนทั่วโลก และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 700 ล้านคนภายในปีพ.ศ. 2588 ซึ่งในปีพ.ศ. 2562 โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตประมาณ 1.5 ล้านคนต่อปี¹ และหากรวมการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง จะสูงถึงประมาณ 6.7 ล้านคน หรือประมาณ 1 รายในทุก ๆ 5 วินาที² สำหรับประเทศไทย โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขปีพ.ศ. 2564 ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 4.8 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9.90 ของประชากร โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงสูง³ จากสถิติสาธารณสุขประเทศไทย พบว่าอุบัติการณ์โรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปีพ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปีพ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยเบาหวานสะสม จำนวน 3.2 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี⁴

จังหวัดกาญจนบุรีมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565–2567 มีผู้ป่วยจำนวน 42,180, 44,146 และ 46,382 คน ตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีอยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 35.87, 33.11 และ 33.88 ตามลำดับ และพบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันร้อยละ 2.37, 2.36 และ 2.47 ตามลำดับ สะท้อนถึงปัญหาการควบคุมโรคที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ในระดับอำเภอเลาขวัญ พบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 2,969 เป็น 3,204 ราย ในช่วงปีเดียวกัน และในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บ้านหนองมะสัง มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 143, 147 และ 141 รายตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้สูงถึงร้อยละ 65.73, 72.43 และ 71.63 ตามลำดับ นอกจากนี้ จากผู้ป่วยทั้งหมด 141 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 126 มก./ดล. จำนวน 124 ราย และมีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไตระยะที่ 3 จำนวน 12 ราย ภาวะแทรกซ้อนทางตา 2 ราย และแผลที่เท้า 3 ราย รวมทั้งมีผู้ป่วยที่มีค่า HbA1c $> 7\%$ คิดเป็นร้อยละ 58.24⁵ ภาวะดังกล่าวไม่เพียงส่งผลต่ออัตราการป่วยและการเสียชีวิต แต่ยังก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระดับสูง ซึ่งนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยและมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี^{3, 6} ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย การใช้ยาไม่ถูกต้อง และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม^{7, 8} รวมถึงปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น ดัชนีมวลกายมากกว่า 22 ระยะเวลาป่วยมากกว่า 10 ปี และระดับไขมันในเลือดผิดปกติ⁹ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ที่พบพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสม เช่น การควบคุมอาหารไม่ได้ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และการปรับยาเอง⁷ นอกจากนี้จากการศึกษาบริบทในพื้นที่ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ และประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การติดตามการรักษา และการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดทักษะในการจัดการตนเอง ทั้งด้านการวางแผนการรับประทานอาหาร การควบคุมยา การออกกำลังกาย และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติของตนเอง แม้ว่าหน่วยบริการสาธารณสุขจะมีการให้ความรู้และติดตามผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง แต่ส่วนใหญ่ยังเป็นการดูแลแบบทั่วไปและมุ่งเน้นการรักษาตามแนวทางปกติ ขณะที่การส่งเสริม “การจัดการตนเอง” ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การติดตามต่อเนื่อง และการสนับสนุนผ่านครอบครัวหรือเทคโนโลยีการสื่อสารในบริบทชุมชน ยังมีการดำเนินการค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิยังขาดรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับบริบทจริงของชุมชน ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง การสูญเสียการมองเห็น และการถูกตัดอวัยวะ ซึ่งไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาระการดูแลของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง^{3, 9} ดังนั้นโรคเบาหวานจึงไม่ใช่เพียงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละคน แต่ยังเป็นปัญหาสังคมและเศรษฐกิจที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง การป้องกันและจัดการโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อลดผลกระทบระยะยาวต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสาธารณสุขโดยรวม

การจัดการตนเอง (self-management) ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการความเครียด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อระดับน้ำตาลในเลือด อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลในพื้นที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น การควบคุมอาหารไม่ได้ การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือการปรับยาเองโดยไม่มีคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว⁵ แม้ว่าการให้ความรู้ด้านสุขภาพจะเป็นแนวทางที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการ

ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน แต่เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน หากขาดกระบวนการสนับสนุน การติดตาม และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองจึงถูกนำมาใช้เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างต่อเนื่อง โดยผลการศึกษามากมายรายงานว่า โปรแกรมที่ส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพได้¹⁰ และส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น^{11, 12} นอกจากนี้ ยังมีการประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ เช่น หญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งพบว่าสามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นเช่นเดียวกัน¹¹ หนึ่งในรูปแบบที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการสนับสนุนการจัดการตนเอง คือ แนวคิด 5A's Behavior Change Model ซึ่งพัฒนาโดย Glasgow และ Miller (2006)¹³ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน (assess) การให้คำแนะนำ (advice) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (agree) การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) และการติดตามประเมินผล (arrange) ซึ่งเป็นกระบวนการที่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการวางแผนและดำเนินการดูแลตนเองอย่างเป็นระบบ แนวคิดดังกล่าวได้รับการนำไปใช้ในงานวิจัยหลายฉบับ และพบว่าสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แม้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาได้สนับสนุนว่าโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิด 5A's สามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ แต่ส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลหรือคลินิกเฉพาะทาง ซึ่งแตกต่างจากบริบทหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการติดตามต่อเนื่อง¹³ นอกจากนี้หลายการศึกษา มุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้หรือประเมินผลลัพธ์ระยะสั้น ขณะที่การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องผ่านการเยี่ยมบ้าน ครอบครัว หรือเทคโนโลยีการสื่อสารยังมีการศึกษาอย่างจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้¹² รวมทั้งยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ค่อนข้างน้อยที่ศึกษาผลของโปรแกรมต่อทั้งพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดและ HbA1c พร้อมกันในบริบทจริงของชุมชน¹⁴ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามแนวคิด 5A's ซึ่งออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และเน้นการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งคาดว่าจะช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

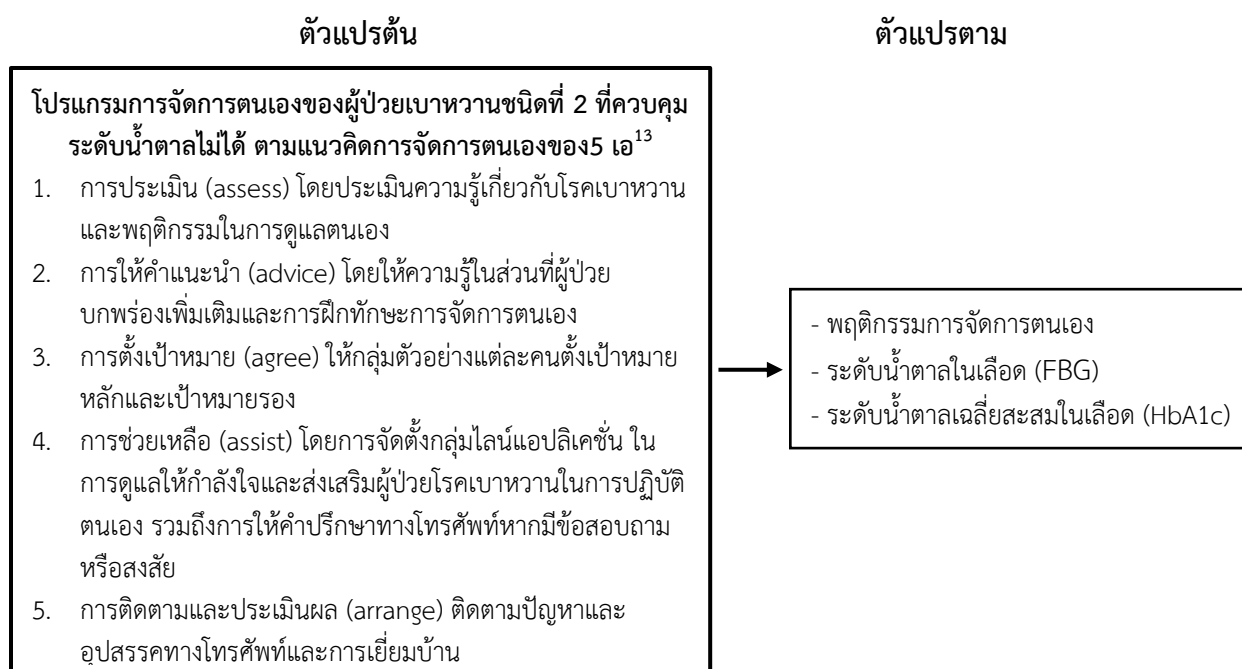
ขอบเขตด้านประชากร เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่าร้อยละ 7 ที่รักษาโดยการใช้อินซูลิน ไม่ใช้อินซูลิน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด (FBG) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ดำเนินการตั้งแต่เดือน เมษายน 2568 - สิงหาคม 2568 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะสัง อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองตามโมเดล 5A's Behavior Change Model adapted for self-management support¹³ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน (assess) การให้คำแนะนำ (advice) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (agree) การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) และการติดตามประเมินผล (arrange) กระบวนการดังกล่าวช่วยเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ คาดว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนตามขั้นตอนของโมเดล 5A's จะส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น และนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งในด้านระดับน้ำตาลในเลือด (FBG) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด มากกว่าร้อยละ 7 หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะสัง จำนวน 124 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่าร้อยละ 7 และมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะสัง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power ในการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) จากผลของโปรแกรมกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้¹⁵ และมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน คือ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) = .93 ค่าความคลาดเคลื่อน (type i error: α) = .05 และค่า power (1- β) = .95 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ และอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะสัง
2. มีภูมิลำเนาหรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านหนองมะสังไม่น้อยกว่า 1 ปี
3. มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหารเช้า ≥ 126 มก./ดล. หรือมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) $> 7\%$ และได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
5. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ขณะทำการศึกษามีภาวะแทรกซ้อนของโรค
2. ขณะทำการศึกษามีการย้ายที่อยู่
3. เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามจำนวนเวลาและกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. โปรแกรมการจัดการตนเองในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้ควบคู่กับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการ

จัดการตนเอง 3) การกำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพร่วมกับผู้ป่วย 4) การวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม และ 5) การติดตาม ประเมินผล รวมถึงให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติ โดยดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

2. คู่มือประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานเป็นคู่มือประจำตัวผู้ป่วย โดยภายในคู่มือ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย บันทึกผลการตรวจตา ตรวจไต ตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือด คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรักษาต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวอื่น ๆ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวาน ประวัติการดื่มสุรา และประวัติการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยครอบคลุมพฤติกรรมจัดการตนเอง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 15 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ 3) ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 7 ข้อ 4) ด้านการรับประทานยา จำนวน 6 ข้อ และ 5) ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย และปฏิบัติน้อยที่สุด การแปลผลคะแนนใช้ค่าเฉลี่ย โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้ ระดับมากที่สุด (4.51–5.00) ระดับมาก (3.51–4.50) ระดับปานกลาง (2.51–3.50) ระดับน้อย (1.51–2.50) และระดับน้อยที่สุด (1.00–1.50)¹⁶

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพ ใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา (self-monitoring of blood glucose meter; glucometer) ซึ่งได้รับการตรวจสอบสภาพและผ่านการรับรองคุณภาพอุปกรณ์ทางการแพทย์จากโรงพยาบาลเลขาขวัญ นอกจากนี้ ได้มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการทดสอบวัดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยรายเดิมจำนวน 5 ราย ด้วยเครื่องเดียวกัน เพื่อนำค่าที่ได้มาเปรียบเทียบกับความสม่ำเสมอของผลการวัด ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) โดยใช้เกณฑ์ของ American Diabetes Association ในการแปลผล ดังนี้ ระดับปกติ (ค่า HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 5.70) ภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน (ค่า HbA1c ร้อยละ 5.71–6.49) เป็นโรคเบาหวาน (ค่า HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.50) สำหรับค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (fasting blood sugar: FBG) ใช้เกณฑ์การแปลผล โดยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารตั้งแต่ 126 มก./ดล. ขึ้นไปถือว่าอยู่ในเกณฑ์โรคเบาหวาน และหากผู้ป่วยเบาหวานมีระดับ FBG มากกว่า 130 มก./ดล. แสดงถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี¹⁴

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกที่รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรัง 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 ท่าน โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง อยู่ระหว่าง .67–1.00 และความเป็นไปได้ของโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ย 4.43 และจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ตำบลช้างเคี้ยวของอำเภอบ่อพลอย จำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบความ

เชื่อมั่นของเครื่องมือ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถาม พฤติกรรมการจัดการตนเอง เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช เลขที่ P004-2-2568 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม 2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมถึงความเสี่ยงหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ ได้เน้นย้ำการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อสร้างความมั่นใจและความไว้วางใจให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมโดยสมัครใจ (informed consent) โดยไม่มีการบังคับแต่อย่างใด ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาหรือการได้รับบริการสุขภาพ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะสัง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยตนเองตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ โดยอธิบายสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างชัดเจน ได้แก่ การเข้าร่วมโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม
2. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยแบ่งกลุ่มจากหมู่บ้านที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ทั้งด้านลักษณะชุมชนและการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม กำหนดให้ทั้งสองกลุ่มอยู่คนละหมู่บ้านและเข้าร่วมกิจกรรมคนละช่วงเวลา จากนั้นผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในวันที่มารับบริการตามนัด ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะสัง และนัดหมายเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลอง ดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1: กิจกรรมที่ 1 การประเมิน (assess) โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง และผู้วิจัยประเมินค่าระดับน้ำตาลในเลือดเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 2 การให้คำแนะนำ (advice) ประกอบด้วย

2.1 การให้ความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยบกพร่องเพิ่มเติมเรื่องโรคเบาหวาน อาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การสังเกตอาการของตนเอง อาการเตือนของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อาการข้างเคียงของยาและวิธีการจัดการตนเอง และการจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด รวมทั้งแนวทางการจัดการตนเองของแต่ละคน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม และชมวิดิทัศน์การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน และมอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน แนะนำการบันทึกข้อมูลลงคู่มือ ใช้เวลา 60 นาที

2.2 การสาธิตย้อนกลับ ประกอบด้วย 1) การฝึกปฏิบัติจัดการอาหารสำหรับตนเอง โดยใช้แนวคิดอาหาร แลกเปลี่ยน การเลือกและควบคุมอาหารรับประทานอาหาร รวมถึงการใช้จ่าย 2) การออกกำลังกายและการจัดการ ความเครียด โดยมีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การเดินเร็ว การแกว่งแขน การ ฝึกการหายใจ การทำสมาธิบำบัด ใช้เวลา 180 นาที

กิจกรรมที่ 3 การตั้งเป้าหมาย (agree) และ การช่วยเหลือ (assist) ใช้เวลา 180 นาที ประกอบด้วย

3.1 ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนตั้งเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองที่ต้องการให้เกิดในช่วง 6 สัปดาห์ เป้าหมายหลัก คือ ระดับน้ำตาลในเลือดที่กลุ่มตัวอย่างต้องการให้เกิดเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม และเป้าหมายรอง คือ จุดมุ่งหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยบันทึก ค่าเป้าหมายลงใน คู่มือ “เบาหวานปลอดภัยห่างไกลภาวะแทรกซ้อน”

3.2 การสร้างกลุ่มไลน์แอปพลิเคชัน ในการดูแลให้กำลังใจและส่งเสริมผู้ป่วยโรคเบาหวานในการปฏิบัติ ตนเอง รวมถึงการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หากมีข้อสอบถามหรือสงสัย

สัปดาห์ที่ 2-12 การติดตามและประเมินผล (arrange) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 4 กลุ่มตัวอย่างดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดย ผู้วิจัยโทรศัพท์ ติดต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์พร้อมทั้งประเมินผลด้วยการสอบถาม ปัญหา อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรม และให้กำลังใจ โดยโทรศัพท์ต่อ สัปดาห์ละ 3 วัน (จันทร์ พุธ และศุกร์ เวลา 8.00 - 16.00 น.) ระยะเวลาที่ใช้ในการพูดคุยประมาณครั้งละ 15 นาที โดยเนื้อหาการสนทนาประกอบด้วย 1) การติดตาม สอบถามการประเมินตนเองตามคู่มือผู้ป่วยเบาหวาน โดยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ ให้คำแนะนำ และ ส่งเสริมให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม 2) เปิดโอกาสให้สอบถามปัญหาการจัดการตนเองรายบุคคล

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาเยี่ยมครั้งละ 20 นาที โดยการประเมินการ จัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่บ้านเป็นรายบุคคล โดยบันทึกข้อมูลประจำวัน เพื่อติดตามพฤติกรรม ให้คำชมเชยเมื่อ ปฏิบัติได้ดี ให้คำปรึกษาและคำแนะนำเมื่อผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติได้

กิจกรรมที่ 6 นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเจาะเลือด และแจ้งผลระดับน้ำตาลในเลือด

กิจกรรมที่ 7 ประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือด และประเมินค่าระดับน้ำตาลในเลือด และเปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็นทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม พร้อมทั้งให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างยั่งยืน และกล่าวปิดการวิจัย

กลุ่มควบคุม ดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นฉบับเดียวกับกลุ่ม ทดลอง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการจัดการตนเอง และบันทึกค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) พร้อมทั้งประเมินระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำตาล (FBG) โดยบันทึกค่าจากข้อมูลการรับบริการตามปกติของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะสัง

สัปดาห์ที่ 2-12

กิจกรรมที่ 1 จัดกิจกรรมดูแลตามปกติของหน่วยบริการ ได้แก่ การตรวจร่างกาย การรับยา และการให้สุ ขศึกษา รวมถึงคำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ตามแนวทางการให้บริการของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะสัง ระหว่างการมารับบริการตามนัด

กิจกรรมที่ 2 ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (FBG) อีกครั้ง พร้อมทั้งเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม จากนั้นผู้วิจัยแจ้งผลการประเมินสุขภาพก่อนและหลังการศึกษา และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

หลังสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่มควบคุม โดยช่วยกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองตามผลการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การจัดการความเจ็บป่วย และการจัดการความเครียด รวมถึงมอบคู่มือ “เบาหวานปลอดภัยห่างไกลภาวะแทรกซ้อน” พร้อมคำแนะนำในการนำไปใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบทดสอบความรู้ วิเคราะห์ทางสถิติโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) และระดับน้ำตาลในเลือด เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติ t-test

3. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

โดยมีการทดสอบข้อตั้งก่อนเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of normality) ของความแตกต่างของข้อมูลระหว่างก่อนและหลังทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov Test พบว่าเป็นโค้งปกติ ($p > .05$)

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) รายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 62.07 ปี (SD = 12.61) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.66 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.66 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.00 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.67 รายได้เฉลี่ย 5,736.67 บาทต่อเดือน (SD = 8831.31) ค่าดัชนีมวลกาย 25.00-29.99 กก./ตร.ม. ร้อยละ 43.34 ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 9.33 ปี (SD = 6.68) การดื่มสุรา ร้อยละ 20.00 การสูบบุหรี่ ร้อยละ 13.33

กลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ย 59.77 ปี (SD = 13.56) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.67 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.67 รายได้เฉลี่ย 3,580 บาทต่อเดือน (SD = 2350.85) ค่าดัชนีมวลกาย 25.00-29.99 กก./ตร.ม. ร้อยละ 30.00 ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.60 ปี (SD = 8.22) การดื่มสุรา ร้อยละ 13.33 การสูบบุหรี่ ร้อยละ 16.67

1. **การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง** พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$; $\bar{x} = 4.32$, SD = 0.28) ขณะที่ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$; $\bar{x} = 139.97$, SD = 27.01 และ $\bar{x} = 7.24$, SD = 0.97 ตามลำดับ) ในทางตรงกันข้าม กลุ่มควบคุมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ไม่พบความแตกต่าง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($p = .371$) ระดับน้ำตาลในเลือด ($p = .592$) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ($p = .781$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ($n=30$)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		t-test	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง						
กลุ่มทดลอง	3.19	0.44	4.32	0.28	13.786	<.001*
กลุ่มควบคุม	3.53	0.43	3.48	0.41	-.909	.371
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด						
กลุ่มทดลอง	179.43	34.46	139.97	27.01	-7.712	<.001*
กลุ่มควบคุม	183.00	61.74	177.00	51.38	-.542	.592
ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด						
กลุ่มทดลอง	8.08	1.62	7.24	0.97	-5.029	<.001*
กลุ่มควบคุม	8.90	1.89	8.83	1.27	-.280	.781

* $p < .05$

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ($p = .867$) ระดับน้ำตาลในเลือด ($p = .783$) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ($p = .079$) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .017$, $\bar{X} = 4.32$, $SD = 0.28$) ระดับน้ำตาลในเลือด ($p < .001$, $\bar{X} = 139.97$, $SD = 27.00$) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ($p < .001$, $\bar{X} = 7.24$, $SD = 0.97$) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=30$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-test	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ	3.19	0.44	3.53	0.43	2.974	.867
หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ	4.32	0.28	3.48	0.41	9.199	.017*
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ	179.43	34.45	183.00	61.74	-.276	.783
หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ	139.97	27.00	177.00	51.38	-3.494	<.001*
ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ	8.08	1.62	8.89	1.89	-1.790	.079
หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ	7.24	0.97	8.83	1.26	-5.457	<.001*

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีรายละเอียดดังนี้

1.1 พฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ และกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .371$)

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิด 5A's เป็นกระบวนการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการประเมินความรู้และพฤติกรรมเดิมของผู้ป่วย (assess) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและข้อจำกัดของตนเอง ต่อด้วยการให้ข้อมูลและความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย (advice) ร่วมกับการฝึกปฏิบัติจริง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ซึ่งช่วยพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองนอกจากนี้ การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย (agree) และการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง (assist) รวมถึงการติดตามผล (arrange) เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน และการใช้กลุ่มไลน์เพื่อให้กำลังใจ ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมแรงทางบวก ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้กระบวนการดังกล่าวยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลตนเองได้ ก็จะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากขึ้น ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการเรียนรู้ แต่ภายหลังได้รับโปรแกรมกลับพบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมเน้นการฝึกปฏิบัติจริง ใช้สื่อที่เข้าใจง่าย และมีการติดตามต่อเนื่องผ่านโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อมีการติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง¹⁷ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรกดังกล่าวนั้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การฝึกทักษะ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริงและต่อเนื่อง¹⁸ เช่นเดียวกับผลการศึกษาการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แนวคิด 5A's เช่นเดียวกัน พบว่าหลังได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้น โดยพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงเด่นชัด ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ผู้ป่วยสามารถเลือกชนิดและปริมาณอาหารได้เหมาะสมมากขึ้น ลดการรับประทานอาหารหวานและอาหารที่มีไขมันสูง ด้านการออกกำลังกายมีการเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น รวมถึงด้านการใช้ยา ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องและตรงเวลามากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีการติดตามอาการผิดปกติของตนเอง และเข้ารับการรักษาทันทีตามนัดมากขึ้นด้วย จากการทำกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การประเมินสุขภาพตนเอง การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การสนับสนุนผ่านกลุ่มเพื่อน และการติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เห็นคุณค่า และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริง¹⁰ กล่าวโดยสรุปการที่พฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อาจ

เนื่องจากโปรแกรมมีโครงสร้างที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

1.2 ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBG) และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ กลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มควบคุมมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .592, p = .260$) ตามลำดับ

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะกิจกรรมการให้ความรู้ควบคู่กับการฝึกปฏิบัติจริง เช่น การควบคุมอาหารตามหลักอาหารแลกเปลี่ยน การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การใช้อย่างถูกต้อง และการจัดการความเครียด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ การติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ ไม่ละเลยการดูแลตนเอง และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันที ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากผลการวิจัยแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์และมีระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ยมากกว่า 8 ปี ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ยาก อย่างไรก็ตามภายหลังได้รับโปรแกรมพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดและ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้จะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงก็ตาม

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งพบว่าหลังได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีลักษณะสำคัญที่สอดคล้องกันคือ ทั้งสองการศึกษาใช้แนวคิดการจัดการตนเอง 5A's เป็นกรอบในการดำเนินกิจกรรม และเน้นการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองผ่านการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริงและส่งผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด¹⁰ เช่นเดียวกับผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเนื่องจากโปรแกรมห้เน้นการฝึกทักษะ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริงและต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น¹⁸ นอกจากนี้ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการให้ความรู้และการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพบว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีทั้งการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยลดระดับ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญเนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริง¹²

2. การศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด (FBG) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.3 พฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ๓ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมจัดการตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเท่าเทียมของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน ทั้งด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาป่วย จึงสะท้อนว่าความแตกต่างของผลลัพธ์ภายหลังการทดลองน่าจะเกิดจากประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองมากกว่าปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า จากการประยุกต์ใช้แนวคิด 5A's Behavior Change Model ซึ่งเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะขั้นตอนการประเมิน (assess) และการให้คำแนะนำ (advice) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขณะที่การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (agree) และการสนับสนุน (assist) มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจและความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งการติดตามอย่างต่อเนื่อง (arrange) ยังช่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะยาว ในทางตรงกันข้าม กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติซึ่งเน้นการให้คำแนะนำทั่วไป อาจยังขาดกระบวนการสนับสนุนอย่างเป็นระบบและการติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นยังเน้นการลงมือปฏิบัติจริงควบคู่กับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เช่น การฝึกทักษะการเลือกอาหาร การออกกำลังกาย การตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล รวมถึงการติดตามผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การสื่อสารทางโทรศัพท์ การและเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ การกระตุ้นเตือน และกำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่ได้เกิดจากการได้รับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการฝึกปฏิบัติจริง การตั้งเป้าหมายที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย และการได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จึงจะนำไปสู่การเกิดและคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากบุคลากรสุขภาพและเพื่อนในกลุ่ม จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่หยุดพฤติกรรมกลางทาง และสามารถทำได้สม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น ซึ่งโปรแกรมในการศึกษานี้ที่มีทั้งการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง^{17, 18}

2.4 ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBG) และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ๑ กลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดและค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าจากการประยุกต์ใช้แนวคิด 5A's Behavior Change Model ซึ่งเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการให้คำแนะนำและการฝึกทักษะ (advice, assist) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และใช้ยาได้อย่างเหมาะสม ประกอบกับการตั้งเป้าหมายร่วมกัน (agree) และการติดตามอย่างต่อเนื่อง (arrange) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงทั้งในระยะสั้น (FBG) และระยะยาว (HbA1c) ในทางตรงกันข้าม กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ แม้จะได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพ แต่ยังคงขาดการติดตามและการสนับสนุนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จึงอาจไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองสามารถพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรมมากกว่า เนื่องจากได้รับโปรแกรมที่บูรณาการทั้งการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติจริง และการติดตามอย่างสม่ำเสมอ ทำให้พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ถูกนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่า HbA1c ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งขาดการติดตามและการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง อาจยังคงมีพฤติกรรมเดิมหรือปฏิบัติได้ไม่สม่ำเสมอ ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงมิได้ขึ้นอยู่กับความรู้หรือ

ความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอผ่านกระบวนการตามแนวคิด 5A's มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น และระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การฝึกปฏิบัติ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริงและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น^{18, 19} ซึ่งอาจสรุปได้ว่ากลุ่มทดลองควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่า เพราะ “ได้ทั้งความรู้ ได้ฝึกทำ และมีคนช่วยติดตามต่อเนื่อง” จึงทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนจริงและต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดและ HbA1c ลดลงได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล หรือคลินิกโรคเรื้อรัง สามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิด 5A's ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง หรือโรคไตเรื้อรัง โดยปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบทของโรค และการติดตามอย่างต่อเนื่อง

2. บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรนำแนวทางการให้ความรู้ควบคู่กับการฝึกทักษะ และการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้จริงในชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (long-term follow-up) เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมจัดการตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2. ควรมีการเปรียบเทียบรูปแบบโปรแกรมที่แตกต่างกัน เช่น โปรแกรมที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเต็มรูปแบบ กับโปรแกรมแบบดั้งเดิม เพื่อหาวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes. Geneva: WHO; 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: IDF; 2021. <https://diabetesatlas.org>
3. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย: รณรงควัฒนเบาหวานโลก ปี 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
4. กรมควบคุมโรค สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรม. รายงานประจำปี 2566. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2566.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะสัง. รายงานสรุปผลการดำเนินงาน ปี 2567. กาญจนบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะสัง; 2567. (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์).

6. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2020. *Diabetes Care*. 2020;43(Suppl 1):S1-212. doi:10.2337/dc20-SINT
7. ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2561;12(3):515-22.
8. อิศักดิ์ พาจันทร์, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, บุญสัน อนารัตน์, นิรันดร์ ถาละคร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 2565;16(1):285-98.
9. มนิต พูลสงวน. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 2 โรงพยาบาลเกาะยาวชัยวัฒน์ จังหวัดพังงา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 2565;31(2):299-306.
10. พลอยประกาย ฉลาดล้ำ, พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม, วิภา กลิ่นจำปา. ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 2566;33(1):90-101.
11. กฤษณี สุวรรณรัตน์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเอง (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
12. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Funnell MM, Harms D, Hooks B, et al. Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2020;43(7):1636-49. doi:10.2337/dci20-0023
13. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five A' s for patient-centered counseling. *Health Promot Int*. 2006;21(3):245-55. doi:10.1093/heapro/dal017
14. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of care in diabetes 2023. *Diabetes Care*. 2023;46(Suppl 1):S1–S291. <https://doi.org/10.2337/dc23-SINT>
15. วิภาวดี เมืองจันทร์. ผลของโปรแกรมกำกับตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือด. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*. 2566;2(extra2):1-15.
16. Best JW. *Research in education*. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1986.
17. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt Comm J Qual Saf*. 2003;29(11):563-74. doi:10.1016/S1549-3741(03)29067-5
18. ปราณ ศรีสงคราม, สุภาณี วาจาดี, นพรัตน์ จันทรฉาย. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือด. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*. 2563;5(1):84-9.
19. จันทรเพ็ญ สืบบุก. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. *วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช*. 2567;4(1):1-14.

ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กร
ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์

Organizational culture factors influencing organizational commitment of
professional nurses In community Hospitals, Surin Province

รัตนา สายยศ*, วรณชนก จันทชุม**

Rattana Saiyot*, Wanchanok Juntachum**

โรงพยาบาลศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์

*Srinarong Hospital, Surin Province

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Corresponding author: Wanchanok Juntachum; Email: wancha_p@kku.ac.th

Received: May 6, 2026; Revised: May 26, 2026; Accepted: May 26, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความผูกพันต่อองค์กร ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์กรกับความผูกพันต่อองค์กร และปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรในการพยากรณ์ความผูกพันต่อองค์กร กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 236 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับวัฒนธรรมองค์กรและความผูกพันต่อองค์กร ทดสอบความเที่ยงด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .98 ทั้งสองส่วน วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า วัฒนธรรมองค์กรโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62$) โดยวัฒนธรรมแบบลำดับขั้นมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.79$) รองลงมาคือแบบเฉพาะกิจ ($\bar{X} = 3.66$) แบบมุ่งผลสำเร็จ ($\bar{X} = 3.53$) และแบบเครือญาติ ($\bar{X} = 3.50$) ความผูกพันต่อองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.59$) โดยด้านความรู้สึกมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.89$) รองลงมาคือด้านบรรทัดฐาน ($\bar{X} = 3.62$) และด้านการคงอยู่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.24$) วัฒนธรรมองค์กรโดยรวม ($r = .709$) และทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางถึงสูง ($r = .623-.703$) กับความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในทิศทางบวก ปัจจัยที่พยากรณ์ความผูกพันต่อองค์กร ได้แก่ วัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจ ($\text{Beta} = .481$) และวัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ ($\text{Beta} = .249$) โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความผูกพันต่อองค์กรได้ร้อยละ 50.20 ($R^2_{\text{adj}} = .502$, $F = 102.31$)

คำสำคัญ: วัฒนธรรมองค์กร, ความผูกพันต่อองค์กร, พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This descriptive research aimed to study the level of organizational commitment, the relationship between organizational culture and organizational commitment, and the factors of organizational culture that predict organizational commitment. The sample consisted of 236 professional nurses working in community hospitals in Surin Province, selected using stratified random sampling. Research instruments were questionnaires on organizational culture and organizational commitment, with Cronbach's alpha coefficients of .98 for both sections. Descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that the overall organizational culture and all its aspects were at a high level ($\bar{X} = 3.62$). The Hierarchy culture had the highest mean ($\bar{X} = 3.79$), followed by the adhocracy culture ($\bar{X} = 3.66$), market culture ($\bar{X} = 3.53$), and clan culture ($\bar{X} = 3.50$). Overall organizational commitment was also high ($\bar{X} = 3.59$), with affective commitment scoring the highest ($\bar{X} = 3.89$), followed by normative commitment ($\bar{X} = 3.62$), and continuance commitment at a moderate level ($\bar{X} = 3.24$). Overall organizational culture ($r = .709$) and all aspects showed a moderate to high positive correlation ($r = .623-.703$) with organizational commitment, statistically significant ($p > .05$). Predictors of organizational commitment were adhocracy culture (Beta = .481) and market culture (Beta = .249), which together explained 50.2% of the variance in organizational commitment ($R^2_{adj} = .502$, $F = 102.31$).

Keywords: organizational culture, organizational commitment, professional nurses, community hospitals

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบบริการสุขภาพทั่วโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและมีความซับซ้อน จากความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น การแพทย์แม่นยำ (precision medicine) ปัญญาประดิษฐ์ทางการแพทย์ (medical artificial intelligence) และบริการสุขภาพทางไกล (telehealth) ซึ่งส่งผลให้รูปแบบการให้บริการมีความหลากหลายและซับซ้อนยิ่งขึ้น¹ ภายใต้บริบทดังกล่าว พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นกำลังสำคัญของระบบต้องเผชิญกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดวิกฤตการณ์ขาดแคลนพยาบาล โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าปัจจุบันทั่วโลกยังคงขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพมากกว่า 5.9 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่พบในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง¹ ปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ข้อจำกัดของระบบการผลิตบุคลากร โครงสร้างค่าตอบแทนที่ไม่จูงใจ และการไปทำงานในต่างประเทศ ซึ่งไม่เพียงส่งผลกระทบต่อปริมาณการให้บริการเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัยของผู้รับบริการโดยรวม หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่มีความกดดันสูง มีแนวโน้มตั้งใจลาออกเพิ่มขึ้น ซึ่งสะท้อนระดับความผูกพันต่อองค์กร (organizational commitment) ที่ลดลง โดยความผูกพันต่อองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจคงอยู่หรือการลาออกของบุคลากรในองค์กรสุขภาพ^{2, 3, 4}

ในบริบทของประเทศไทย กำลังคนด้านการพยาบาลยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการสุขภาพ โดยพบว่าสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรในภาพรวมอยู่ที่ 1:334 คน ในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ที่ 1:270 คน โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจริงจำนวน 194,735 คน⁵ นอกจากนี้ยังพบว่าการกระจายตัวของพยาบาลวิชาชีพมีความไม่สมดุลอย่างชัดเจนในระดับพื้นที่ โดยกรุงเทพมหานครมีความหนาแน่นของพยาบาลวิชาชีพสูงที่สุดของประเทศ ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีอัตราากำลังพยาบาลวิชาชีพต่ำที่สุด และพบว่าจังหวัดที่ประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในภาคนี้ สะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำด้านกำลังคนระหว่างพื้นที่อย่างชัดเจน⁶ แม้ที่ผ่านมาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีมาตรการแก้ไข อาทิ การจัดสรร

อัตรากำลังตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข การให้ทุนการศึกษาแบบผูกพันในพื้นที่ขาดแคลน และการกำหนดแรงจูงใจพิเศษสำหรับบุคลากรในพื้นที่ห่างไกล แต่ความเหลื่อมล้ำด้านกำลังคนระหว่างพื้นที่ยังคงดำรงอยู่อย่างมีนัยสำคัญ⁶

จังหวัดสุรินทร์ซึ่งตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างและมีพื้นที่ติดต่อกับประเทศกัมพูชา ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ต้องรองรับความท้าทายที่มีลักษณะเฉพาะ ทั้งในด้านความเสี่ยงของโรคติดต่อข้ามพรมแดน ความหลากหลายของผู้รับบริการ ตลอดจนสถานการณ์ความไม่สงบบริเวณชายแดนกัมพูชาที่อาจเกิดขึ้นเป็นระยะ ซึ่งเพิ่มความซับซ้อนและภาระงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุรินทร์ อีกทั้งยังต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและงบประมาณเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ระบุว่า มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 821 คน และในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2563–2567) มีพยาบาลวิชาชีพลาออกจากราชการจำนวน 36 คน โดยในจำนวนดังกล่าวเป็นพยาบาลระดับชำนาญการขึ้นไปถึงร้อยละ 69.44⁷ ซึ่งพบว่าสาเหตุการลาออกส่วนใหญ่ประกอบด้วยหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ภาระงานที่สูงจากสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม ข้อจำกัดด้านกรอบอัตราบรรจุและความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ แรงดึงดูดของภาคเอกชนที่เสนอค่าตอบแทนสูงกว่าและภาระงานน้อยกว่า⁸ รวมถึงปัจจัยด้านครอบครัวและบรรทัดฐานทางสังคมที่ส่งผลต่อการตัดสินใจอยู่หรือออกจากวิชาชีพ⁹ สะท้อนให้เห็นถึงระดับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่อาจลดลง ซึ่งเป็นผลจากบริบทการทำงานโดยรวม การสูญเสียพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงกระทบต่อจำนวนกำลังคน แต่ยังหมายถึงการสูญเสียองค์ความรู้เชิงประสบการณ์ที่จำเป็นต่อการเป็นพี่เลี้ยง การดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ชายแดน และการพัฒนาพยาบาลรุ่นใหม่ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการในระยะยาว ในทางตรงกันข้าม ความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูงช่วยส่งเสริมการคงอยู่และการถ่ายทอดความรู้เฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง โดยมีวัฒนธรรมองค์กรเป็นปัจจัยภายในที่ผู้บริหารสามารถพัฒนาได้โดยตรง และมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่ามีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญ¹⁰

จากสถานการณ์ดังกล่าว ความผูกพันต่อองค์กรจึงเป็นตัวแปรสำคัญที่ควรนำมาศึกษาเนื่องจากความผูกพันต่อองค์กรสะท้อนระดับความสัมพันธ์ทางจิตใจ ทศนคติ และความรู้สึกยึดโยงของบุคลากรที่มีต่อองค์กร ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงาน ความพึงพอใจในงาน การมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร และแนวโน้มการคงอยู่ของบุคลากร โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานภายใต้ภาระงานสูงและข้อจำกัดด้านทรัพยากร^{2, 3, 4} การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดความผูกพันต่อองค์กรของ Meyer and Allen เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย และสามารถอธิบายความผูกพันต่อองค์กรได้ครอบคลุม 3 มิติ ได้แก่ 1) ความผูกพันด้านความรู้สึก (affective commitment) ซึ่งสะท้อนความรัก ความภาคภูมิใจ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร 2) ความผูกพันด้านการคงอยู่ (continuance commitment) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับรู้ต้นทุนหรือผลกระทบหากต้องออกจากองค์กร และ 3) ความผูกพันด้านบรรทัดฐาน (normative commitment) ซึ่งสะท้อนความรู้สึกว่าควรคงอยู่กับองค์กรจากหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือพันธะทางจริยธรรม² แนวคิดดังกล่าวจึงเหมาะสมสำหรับใช้เป็นกรอบในการอธิบายความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากครอบคลุมทั้งมิติด้านความรู้สึก เหตุผลในการคงอยู่ และพันธะความรับผิดชอบต่อองค์กร² บริบทและสภาพแวดล้อมภายในองค์กรมีบทบาทสำคัญต่อความผูกพันต่อองค์กร โดยเฉพาะวัฒนธรรมองค์กร ซึ่งสะท้อนค่านิยม ความสัมพันธ์ในการทำงาน การสนับสนุนจากผู้บริหาร การยอมรับในผลงาน และโอกาสในการพัฒนาวิชาชีพ งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า วัฒนธรรมองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรทางสุขภาพ และมีส่วนช่วยเสริมสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีม การเห็นคุณค่าในงาน และการคงอยู่ในองค์กร^{10, 11, 12} ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาระดับของวัฒนธรรมองค์กรและความผูกพันต่อ

องค์กร ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์กรกับความผูกพันต่อองค์กร ตลอดจนปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรที่สามารถพยากรณ์ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์

ในบริบทประเทศไทยงานวิจัยพบว่า วัฒนธรรมองค์กรตามกรอบแนวคิดของ Cameron and Quinn (1999)¹³ สามารถอธิบายความแปรปรวนของความผูกพันต่อองค์กรได้สูงถึงร้อยละ 52.30¹⁴ และเป็นตัวแปรที่พยากรณ์ความผูกพันต่อองค์กรได้ดีที่สุด¹⁵ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าวัฒนธรรมองค์กรเป็นปัจจัยที่มีน้ำหนักสูงและผู้บริหารสามารถพัฒนาได้โดยตรงภายใต้ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบราชการ ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน วัฒนธรรมองค์กรสามารถสะท้อนผ่าน การสนับสนุนและช่วยเหลือกันภายในทีม การมีระบบที่เลี้ยงเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร การเปิดโอกาสให้บุคลากรเติบโตในสายวิชาชีพ การศึกษานี้จึงเลือกใช้กรอบแนวคิด competing values framework (CVF)¹³ เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่สามารถจำแนกวัฒนธรรมองค์กรได้อย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งมิติความร่วมมือภายในทีม การส่งเสริมนวัตกรรม การมุ่งผลลัพธ์ และการคงไว้ซึ่งกฎระเบียบและมาตรฐานวิชาชีพ โดยจำแนกวัฒนธรรมองค์กรออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) วัฒนธรรมแบบเครือญาติ (clan culture) ที่เน้นความร่วมมือและบรรยากาศแบบครอบครัว ซึ่งผู้นามีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงและส่งเสริมการพัฒนาบุคลากร 2) วัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจ (adhocracy culture) ที่ส่งเสริมนวัตกรรม ความยืดหยุ่น และการริเริ่มสร้างสรรค์ บุคลากรมีอิสระในการเสนอแนวคิดและทดลองวิธีการใหม่ ๆ 3) วัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ (market culture) ที่เน้นการแข่งขัน การบรรลุเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่วัดได้ รวมถึงการยกย่องผลงานที่ดี และ 4) วัฒนธรรมแบบลำดับชั้น (hierarchy culture) ที่ให้ความสำคัญกับกฎระเบียบ โครงสร้างที่ชัดเจน และมาตรฐานวิชาชีพ โดยในแต่ละองค์กรไม่ได้มีวัฒนธรรมเพียงประเภทเดียว หากแต่มักประกอบด้วยวัฒนธรรมทั้งสี่ประเภทดำรงอยู่ร่วมกัน¹³

งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศสนับสนุนว่า วัฒนธรรมองค์กรมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรและการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ความยืดหยุ่น และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ซึ่งช่วยเพิ่มความผูกพันและลดความเหนื่อยล้าในการทำงานได้^{10, 12} ขณะเดียวกัน ระดับความผูกพันต่อองค์กรที่สูงยังสัมพันธ์กับการดำรงรักษาบุคลากรในระบบอย่างมีนัยสำคัญ¹⁴ สำหรับบริบทประเทศไทย พบว่าปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน บรรยากาศองค์กร และโครงสร้างการบริหารมีความสัมพันธ์กับความผูกพันและการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพ^{16, 17, 18} อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือพื้นที่เขตเมือง ขณะที่การศึกษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะพื้นที่ชายแดน ยังมีจำกัด ดังนั้นการศึกษาปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์ จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาองค์ความรู้และการนำไปใช้เชิงบริหาร เพื่อสนับสนุนการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อความผูกพันต่อองค์กร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของระดับวัฒนธรรมองค์กรและความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์กรกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรที่สามารถพยากรณ์ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์

สมมติฐานการวิจัย

1. วัฒนธรรมองค์กร ได้แก่ วัฒนธรรมแบบเครือญาติ วัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจ วัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ และวัฒนธรรมแบบลำดับชั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์

2. วัฒนธรรมองค์กร ได้แก่ วัฒนธรรมแบบเครือญาติ วัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจ วัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ และวัฒนธรรมแบบลำดับชั้น สามารถร่วมกันพยากรณ์ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์

ขอบเขตการวิจัย

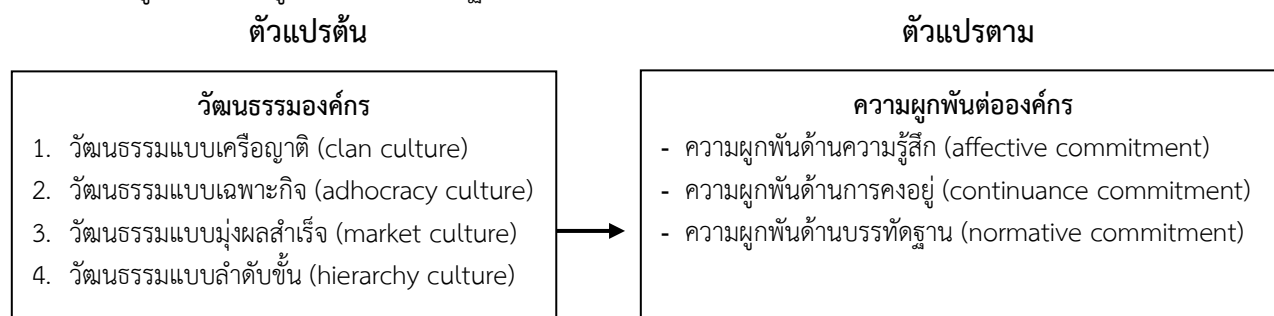
ขอบเขตด้านประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 14 แห่ง จำนวน 821 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ วัฒนธรรมองค์กร 4 ประเภท ได้แก่ 1) วัฒนธรรมแบบเครือญาติ 2) วัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจ 3) วัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ และ 4) วัฒนธรรมแบบลำดับชั้น ตัวแปรตาม คือ ความผูกพันต่อองค์กร

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ดำเนินการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 16–30 มกราคม พ.ศ. 2569 ณ โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 14 แห่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์กรกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Cameron and Quinn (1999)¹³ สำหรับตัวแปรต้น คือ วัฒนธรรมองค์กร ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) วัฒนธรรมแบบเครือญาติ 2) วัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจ 3) วัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ และ 4) วัฒนธรรมแบบลำดับชั้น และใช้กรอบแนวคิดของ Meyer and Allen (1991)² สำหรับตัวแปรตาม คือ ความผูกพันต่อองค์กร ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ความผูกพันด้านความรู้สึกรัก ความผูกพันด้านการคงอยู่ และความผูกพันด้านบรรทัดฐาน ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 14 แห่ง รวม 821 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 14 แห่ง รวม 236 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1¹⁹ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha = .05$) อำนาจการทดสอบทางสถิติ ($1-\beta = .80$) และขนาดอิทธิพลระดับต่ำ ($r = .20$) ตามแนวทางของ Cohen²⁰ ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 197 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล รวมเป็น 236 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (proportional stratified random sampling) โดยกำหนดโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 14 แห่งเป็นชั้นภูมิ จัดสรรจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนพยาบาลวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาล และสุ่มอย่างง่ายภายในแต่ละชั้นภูมิด้วยโปรแกรมสุ่มตัวเลข

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์ มีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 1 ปี
2. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือลาป่วยระยะยาวในช่วงเก็บข้อมูล และถอนตัวระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งงาน และรายได้ เป็นแบบตรวจสอบรายการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัฒนธรรมองค์กร สร้างตามกรอบแนวคิด ของ Cameron and Quinn (1999)¹³ จำแนกเป็น 4 ประเภท รวม 40 ข้อ (ประเภทละ 10 ข้อ) ได้แก่ วัฒนธรรมแบบเครือญาติ แบบเฉพาะกิจ แบบมุ่งผลสำเร็จ และแบบลำดับขั้น โดยกำหนดเกณฑ์แปลผลเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง ระดับมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด²¹

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความผูกพันต่อองค์กร สร้างตามกรอบแนวคิด ของ Meyer and Allen (1991)² จำแนกเป็น 3 ด้าน รวม 30 ข้อ (ด้านละ 10 ข้อ) ได้แก่ ด้านความรู้สึกรัก ด้านการคงอยู่ และด้านบรรทัดฐาน แบบสอบถามทั้งส่วนที่ 2 และ 3 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์แปลผลเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง ระดับมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด²¹

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการ 2 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ด้านการบริหารการพยาบาล การวิจัย และการบริหารระบบสุขภาพ ได้ค่าดัชนีความ

ตรงตามเนื้อหา (CVI) ส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ .98 และ .97 ตามลำดับ และ (2) การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังขะ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าส่วนที่ 2 วัฒนธรรมองค์กร มีค่าโดยรวมเท่ากับ .98 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า วัฒนธรรมแบบเครือข่าย เท่ากับ .93 วัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจ เท่ากับ .97 วัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ เท่ากับ .94 และวัฒนธรรมแบบลำดับขั้น เท่ากับ .96 และส่วนที่ 3 ความผูกพันต่อองค์กร มีค่าเท่ากับ .98 แสดงว่าเครื่องมือทั้งสองส่วนมีความเที่ยงอยู่ในระดับดีมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ประการ ได้แก่ การเคารพในบุคคล การคุ้มครองประโยชน์ และไม่ก่ออันตราย และความยุติธรรม และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รหัส HE682191 (2 ธันวาคม 2568) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ 138/2568 (17 ธันวาคม 2568) แบบสอบถามออนไลน์ประกอบด้วยเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่กระทบต่อการทำงาน ผู้เข้าร่วมต้องกดยินยอมยินยอมก่อนเข้าสู่แบบสอบถาม ในแบบสอบถามไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจัดเก็บในคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลที่มีรหัสผ่าน และจะถูกลบทำลายภายหลังการเผยแพร่ผลการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16–30 มกราคม พ.ศ. 2569 โดยขอหนังสืออนุญาตผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 14 แห่ง จากนั้นจัดทำกรอบประชากรโดยขอรายชื่อพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แยกรายโรงพยาบาล และดำเนินการสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 14 แห่งแบบแบ่งชั้นภูมิ และสุ่มอย่างง่าย จากพยาบาลวิชาชีพทุกคนในแต่ละโรงพยาบาลครบทั้ง 14 แห่ง เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีโอกาสถูกเลือกเท่าเทียมกัน หลังจากนั้นเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามผ่าน Google Forms จำนวน 202 ฉบับ คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 85.59 ของขนาดตัวอย่างที่กำหนด จากนั้นนำข้อมูลบันทึกเข้าโปรแกรม IBM SPSS Statistics เวอร์ชัน 28²² เพื่อวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรกับความผูกพันต่อองค์กร โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ความผูกพันต่อองค์กร โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ (assumptions) พบว่าเป็นไปตามเงื่อนไขทุกประการ ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นเชิงเส้นตรง ค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยตรวจสอบจาก normal probability plot ของค่า standardized residual พบว่าจุดข้อมูลกระจายตัวใกล้เส้นทแยงมุม และ histogram มีรูปแบบใกล้เคียงโค้งปกติ ความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนคงที่ ไม่มีปัญหา auto correlation (ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.968) ค่าเฉลี่ยของ standardized predicted value และ standardized residual < .001 และไม่พบปัญหา multicollinearity (ค่า tolerance มากกว่า .10 และค่า VIF น้อยกว่า 10)²³ การแปลงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์²¹

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.10 มีอายุเฉลี่ย 38.12 ปี ($SD = 9.20$) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือสมรสแล้ว ร้อยละ 57.90 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีทางการพยาบาล ร้อยละ 97.50 มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 14.96 ปี ($SD = 9.24$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 38,510 บาท ($SD = 12,285$) และส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 54.00

2. ระดับปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.62$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยวัฒนธรรมแบบลำดับชั้น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.79$, $SD = 0.58$) รองลงมาคือวัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจ ($\bar{X} = 3.66$, $SD = 0.68$) วัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ ($\bar{X} = 3.53$, $SD = 0.66$) และวัฒนธรรมแบบเครือญาติ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.50$, $SD = 0.73$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์ จำแนกรายด้านและโดยรวม ($n = 202$)

ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. วัฒนธรรมแบบเครือญาติ (clan culture)	3.50	0.73	มาก
2. วัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจ (adhocracy culture)	3.66	0.68	มาก
3. วัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ (market culture)	3.53	0.66	มาก
4. วัฒนธรรมแบบลำดับชั้น (hierarchy culture)	3.79	0.58	มาก
ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรโดยรวม	3.62	0.62	มาก

3. ระดับความผูกพันต่อองค์กร โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.59$, $SD = 0.70$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความผูกพันด้านความรู้สึกมีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$, $SD = 0.71$) รองลงมาคือความผูกพันด้านบรรทัดฐานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.73$) ส่วนความผูกพันด้านการคงอยู่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.24$, $SD = 0.89$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์ จำแนกรายด้านและโดยรวม ($n = 202$)

ความผูกพันต่อองค์กร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ความผูกพันด้านความรู้สึก (affective commitment)	3.89	0.71	มาก
2. ความผูกพันด้านการคงอยู่ (continuance commitment)	3.24	0.89	ปานกลาง
3. ความผูกพันด้านบรรทัดฐาน (normative commitment)	3.62	0.73	มาก
ความผูกพันต่อองค์กรโดยรวม	3.59	0.70	มาก

4. ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์กรกับความผูกพันต่อองค์กร วัฒนธรรมองค์กรโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูง ($r = .709$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $p < .001$ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าวัฒนธรรมองค์กรทุกด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กร โดยวัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจ มีความสัมพันธ์สูงสุดอยู่ในระดับสูง ($r = .703$) รองลงมาที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ได้แก่ วัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ ($r = .678$) วัฒนธรรมแบบลำดับชั้น ($r = .636$) และวัฒนธรรมแบบเครือญาติ ($r = .623$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์

ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (<i>r</i>)	<i>p</i> -value	ระดับความสัมพันธ์
1. วัฒนธรรมแบบเครือญาติ	.623	< .001*	ปานกลาง
2. วัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจ	.703	< .001*	สูง
3. วัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ	.678	< .001*	ปานกลาง
4. วัฒนธรรมแบบลำดับชั้น	.636	< .001*	ปานกลาง
วัฒนธรรมองค์กรโดยรวม	.709	< .001*	สูง

**p* < .05

5. ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรที่พยากรณ์ความผูกพันต่อองค์กร ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร 2 ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ความผูกพันต่อองค์กรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ *p* < .001 ได้แก่ วัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจ ($\beta = .481$) และวัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ ($\beta = .249$) โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความผูกพันต่อองค์กรได้ร้อยละ 50.20 ($R^2_{adj} = .502$, $F = 102.313$, *p* < .001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณสามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$\hat{Y} = .826 + .498 (\text{วัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจ}) + .265 (\text{วัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ}) \quad (1)$$

และสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z' \text{ ความผูกพันต่อองค์กร} = .481 (Z \text{ วัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจ}) + .249 (Z \text{ วัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ}) \quad (2)$$

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรที่มีต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์

ตัวแปร	B	Std. Error	Beta	t	<i>p</i> -value
วัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจ	.498	.113	.481	4.393	< .001*
วัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ	.265	.116	.249	2.276	.024*

*p** < .05; Constant = .826, *R* = .712, $R^2 = .507$, $R^2_{adj} = .502$, $F = 102.313$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับวัฒนธรรมองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์

ผลการวิจัยพบว่าวัฒนธรรมองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.62$) โดยวัฒนธรรมแบบลำดับชั้นมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.79$, $S.D. = 0.58$) รองลงมาคือวัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจ ($\bar{X} = 3.66$, $SD = 0.68$) วัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ ($\bar{X} = 3.53$, $SD = 0.66$) และวัฒนธรรมแบบเครือญาติ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.50$, $SD = 0.73$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าโรงพยาบาลชุมชนในฐานะหน่วยงานภาครัฐจำเป็นต้องดำเนินงานภายใต้ระเบียบข้อบังคับ มาตรฐานวิชาชีพ และแนวปฏิบัติที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงมาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ทำให้วัฒนธรรมแบบลำดับชั้นเป็นลักษณะที่ฝังรากอยู่ในวิถีการทำงานโดยธรรมชาติ

ผลการศึกษา สอดคล้องกับกับแนวคิดที่อธิบายว่าองค์กรที่มีลักษณะเป็นระบบราชการมักมีวัฒนธรรมแบบลำดับชั้นเป็นวัฒนธรรมหลัก เนื่องจากการดำเนินงานต้องยึดกฎระเบียบและขั้นตอนที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน¹³ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงปริมาณระหว่างวัฒนธรรมองค์กรกับผลลัพธ์องค์กรในบริบทด้านสุขภาพ รายงานว่าการมีวัฒนธรรมแบบลำดับชั้นในระดับสูงโดยขาดความสมดุลกับวัฒนธรรมรูปแบบอื่นอาจจำกัดโอกาสของบุคลากรในการแสดงความคิดเห็นและการมีส่วนร่วม ซึ่งส่งผลต่อความผูกพันของบุคลากรได้²⁴

สำหรับวัฒนธรรมแบบเครือข่ายที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด โดยเฉพาะประเด็นด้านสวัสดิการและการดูแลบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ผลดังกล่าวอธิบายได้จากข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของโรงพยาบาลภาครัฐโดยเฉพาะบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องดำเนินการภายใต้ระเบียบส่วนกลาง

ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์กรและความผูกพันต่อองค์กรในโรงพยาบาลเอกชนที่พบว่าวัฒนธรรมแบบเครือข่ายมีความสัมพันธ์สูงสุด เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนมีความยืดหยุ่นในการบริหารทรัพยากรบุคคลและสามารถกำหนดสวัสดิการได้หลากหลายมากกว่า²⁵ นอกจากนี้การศึกษาในกลุ่มพยาบาลชาวอเมริกันเชื้อสายเกาหลียังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมแบบเครือข่ายกับความผูกพัน ขึ้นอยู่กับลักษณะและช่วงวัยของกลุ่มบุคลากร โดยพยาบาลรุ่นใหม่อาจต้องการสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเติบโตทางวิชาชีพและให้อิสระในการทำงานมากกว่าบรรยากาศแบบครอบครัวเพียงอย่างเดียว²⁶

2. ระดับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์

ผลการวิจัยพบว่าความผูกพันต่อองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.59$, $SD = 0.70$) โดยความผูกพันด้านความรู้สึก มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$, $SD = 0.71$) รองลงมาคือความผูกพันด้านบรรทัดฐานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.73$) ส่วนความผูกพันด้านการคงอยู่ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.24$, $SD = 0.89$)

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่าความผูกพันด้านความรู้สึกที่สูงสุดเป็นผลจากลักษณะเฉพาะของงานพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ที่พยาบาลได้เห็นผลของงานตนเองอย่างใกล้ชิดและเป็นรูปธรรม ทั้งการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่อง การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกล และการเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพของชุมชน ความรู้สึกว่างานของตนมีความหมายต่อชีวิตผู้อื่นเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ก่อให้เกิดความผูกพันด้านนี้

ผลการศึกษา สอดคล้องกับแนวคิดที่อธิบายว่าความผูกพันด้านความรู้สึกพัฒนาขึ้นจากประสบการณ์การทำงานที่มีความหมายและการรับรู้ถึงคุณค่าของตนในองค์กร² และสอดคล้องกับการศึกษาที่ยืนยันว่าความผูกพันด้านความรู้สึกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร²⁷

สำหรับความผูกพันด้านบรรทัดฐานที่อยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่าจริยธรรมวิชาชีพและความรับผิดชอบต่อชุมชนทำหน้าที่เป็นแรงยึดโยงที่ทรงพลัง เนื่องจากพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนมักมีความผูกพันกับผู้ป่วยและครอบครัวที่ดูแลอย่างยาวนาน ทำให้รู้สึกว่าตนควรคงอยู่เพื่อดูแลชุมชนต่อไป

ผลการศึกษา สอดคล้องกับแนวคิดที่อธิบายว่าความผูกพันด้านบรรทัดฐานพัฒนาขึ้นจากการขัดเกลาทางสังคมในวิชาชีพพยาบาลตั้งแต่ช่วงการศึกษาและต่อเนื่องผ่านการปฏิบัติงานจริง² และสอดคล้องกับการศึกษาความไว้วางใจของพยาบาลต่อผู้นำและความผูกพันต่อองค์กรในบริบทหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ยืนยันว่าความผูกพันต่อองค์กรมีบทบาทสำคัญในการลดความตั้งใจลาออกของพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐ²⁸

สำหรับความผูกพันด้านการคงอยู่ที่อยู่ในระดับปานกลาง ชี้ว่าพยาบาลรับรู้ว่ามีทางเลือกในตลาดแรงงาน สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบความตั้งใจลาออกระหว่างพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนที่พบว่าในโรงพยาบาลภาครัฐ ความผูกพันด้านบรรทัดฐานมีบทบาทสำคัญในการลดความตั้งใจลาออกมากกว่าความผูกพันด้าน

การคงอยู่⁴ ทั้งนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 38.12 ปี ประสบการณ์เฉลี่ย 14.96 ปี และร้อยละ 54.00 ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สะท้อนว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับผู้ชำนาญ (expert) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีทั้งประสบการณ์เพียงพอและเป็นที่ต้องการของภาคเอกชน ผู้บริหารจึงต้องให้ความสำคัญกับการสร้างความผูกพันในกลุ่มนี้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์กรกับความผูกพันต่อองค์กร

ผลการวิจัยพบว่าวัฒนธรรมองค์กรโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูง ($r = .709$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจมีความสัมพันธ์สูงสุด ($r = .703$) รองลงมาคือวัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ ($r = .678$) วัฒนธรรมแบบลำดับขั้น ($r = .636$) และวัฒนธรรมแบบเครือข่าย ($r = .623$) ตามลำดับ

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระดับสูงของวัฒนธรรมองค์กรโดยรวม มีนัยสำคัญทางปฏิบัติอย่างยิ่ง เพราะหมายความว่าผู้บริหารสามารถเพิ่มความผูกพันของพยาบาลได้โดยตรงผ่านการพัฒนาวัฒนธรรมองค์กร โดยไม่จำเป็นต้องรอการเปลี่ยนแปลงนโยบายค่าตอบแทนจากส่วนกลาง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์กรกับการธำรงรักษาบุคลากรที่พบว่าวัฒนธรรมองค์กรมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอัตราการลาออกของบุคลากร¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาอิทธิพลของวัฒนธรรมองค์กรและแรงจูงใจต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลที่พบว่าวัฒนธรรมองค์กรมีผลเชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลโดยมีความผูกพันต่อองค์กรเป็นตัวแปรคั่นกลาง²⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยวัฒนธรรมองค์กรมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความผูกพันต่อองค์กร³⁰

การที่วัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจมีความสัมพันธ์กับความผูกพันสูงสุด สะท้อนความต้องการที่แท้จริงของพยาบาลวิชาชีพในยุคปัจจุบัน เมื่อพยาบาลได้รับอิสระในการริเริ่มและทดลองวิธีการใหม่ และได้รับการยอมรับว่าตนมีส่วนสำคัญในการพัฒนาองค์กร ความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมย่อมนำไปสู่ความผูกพันด้านความรู้สึก สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างพลังอำนาจทางจิตวิทยา (psychological empowerment) ที่อธิบายว่าการรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมแรงจูงใจภายในของบุคลากร³¹

ประเด็นที่น่าสนใจคือวัฒนธรรมแบบลำดับขั้นซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุดกลับมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่ำสุด ($r = .636$) สะท้อนโครงสร้างแบบลำดับขั้นที่แข็งแกร่งในระบบราชการทำให้พยาบาลปฏิบัติตามกฎระเบียบโดยอัตโนมัติ แต่ไม่ได้สร้างความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนสำคัญขององค์กร สอดคล้องกับการศึกษาเชิงอภิมานที่รายงานว่าวัฒนธรรมแบบลำดับขั้นในระดับสูงมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความผูกพันของบุคลากรในบางบริบท²⁴ ดังนั้นผู้บริหารจึงต้องรักษาสมดุลระหว่างการปฏิบัติตามมาตรฐานที่จำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยกับการเปิดพื้นที่ให้บุคลากรมีอิสระในการคิดและการตัดสินใจควบคู่กันไป

4. ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรที่พยากรณ์ความผูกพันต่อองค์กร

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร 2 ตัวแปร ที่สามารถพยากรณ์ความผูกพันต่อองค์กรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ วัฒนธรรมองค์กรแบบเฉพาะกิจ ($Beta = .481$) และวัฒนธรรมองค์กรแบบมุ่งผลสำเร็จ ($Beta = .249$) โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความผูกพันต่อองค์กรได้ร้อยละ 50.20 ($R^2_{adj} = 502$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าการที่วัฒนธรรมองค์กรแบบเฉพาะกิจมีอิทธิพลสูงสุดในสมการพยากรณ์ เป็นการยืนยันว่าการเปิดพื้นที่ให้พยาบาลมีอิสระทางวิชาชีพ ได้ริเริ่มนวัตกรรม และมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรอย่างแท้จริง ซึ่งสะท้อนลักษณะของวัฒนธรรมองค์กรแบบเฉพาะกิจที่เน้นความยืดหยุ่น การเปิดรับแนวคิดใหม่ และการ

ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ของบุคลากร คือกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลสูงสุดในการสร้างความผูกพัน ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับแนวคิดที่อธิบายว่าวัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจสร้างบุคลากรที่รู้สึกมีคุณค่าและมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กร¹³

สำหรับวัฒนธรรมองค์กรแบบมุ่งผลสำเร็จที่เป็นตัวแปรพยากรณ์ลำดับสอง มีบทบาทส่งเสริมซึ่งกันและกันกับวัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจ เมื่อพยาบาลมีอิสระในการทำงานพร้อมกับมีเป้าหมายที่ชัดเจนและได้รับการยอมรับเมื่อบรรลุเป้าหมาย ทั้งสองสิ่งนี้เสริมสร้างกันเพื่อสร้างความรู้สึกว่างานของตนมีทั้งความหมายและคุณค่า อย่างไรก็ตาม ค่า Beta ที่ต่ำกว่าวัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจเกือบครึ่งหนึ่ง สะท้อนให้เห็นว่าในบริบทวิชาชีพพยาบาล การมีอิสระในการตัดสินใจทางวิชาชีพมีน้ำหนักมากกว่าการมุ่งเน้นผลงานที่วัดได้เป็นตัวเลข สอดคล้องกับการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรต่อความผูกพันต่อองค์กรที่พบว่า การรับรู้ถึงคุณค่าของงานและผลกระทบต่อองค์กรนำไปสู่ความผูกพันที่สูงขึ้น³¹

การที่วัฒนธรรมสองตัวแปรสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความผูกพันต่อองค์กรได้ร้อยละ 50.20 มีนัยสำคัญทางปฏิบัติที่ชัดเจนว่าผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพในการเพิ่มความผูกพันของพยาบาลได้โดยตรงผ่านการพัฒนาวัฒนธรรมองค์กร ภายใต้ข้อจำกัดของระบบราชการ ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 49.80 อาจเป็นผลมาจากตัวแปรอื่นที่ไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ เช่น ภาวะผู้นำ คุณภาพชีวิตในการทำงาน และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ซึ่งควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในบริบทโรงพยาบาลชุมชนได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาประกอบการแปลผล ประการแรก การออกแบบวิจัยเชิงพรรณนาเป็นแบบ cross-sectional จึงสามารถสรุปได้เพียงความสัมพันธ์เชิงสถิติระหว่างวัฒนธรรมองค์กรกับความผูกพันต่อองค์กร ณ เวลาที่เก็บข้อมูล ไม่สามารถพิสูจน์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (causal relationship) ระหว่างตัวแปรได้ ประการที่สอง ข้อมูลเก็บโดยแบบรายงานตนเอง (self-report) ผ่านแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งอาจมีอคติได้ ประการที่สาม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งมีบริบทเฉพาะทั้งด้านที่ตั้งชายแดนและลักษณะประชากร ผู้ที่นำผลไปใช้ในบริบทอื่นควรพิจารณาให้เหมาะสมในบริบทที่ใกล้เคียงกัน ประการที่สี่ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงที่พื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชายังมีความตึงเครียดจากสถานการณ์ความไม่สงบในช่วงก่อนหน้า ซึ่งอาจส่งผลต่อสภาพจิตใจและบรรยากาศการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนพื้นที่ชายแดน และอาจมีอิทธิพลต่อการตอบแบบสอบถามได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมุ่งพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรแบบเฉพาะกิจและแบบมุ่งผลสำเร็จ ซึ่งเป็นตัวพยากรณ์สำคัญของความผูกพันต่อองค์กร โดยด้านวัฒนธรรมแบบเฉพาะกิจควรเปิดพื้นที่ให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ เสนอแนวคิดใหม่ และริเริ่มนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วย ด้านวัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จควรกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนและจัดระบบประเมินผลที่โปร่งใส นอกจากนี้ควรรักษาจุดแข็งของวัฒนธรรมแบบลำดับขั้นด้านมาตรฐานและความปลอดภัย ควบคู่กับการเสริมสร้างวัฒนธรรมแบบเครือข่ายด้วยการพัฒนาระบบสวัสดิการและ

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร สำหรับระดับนโยบายควรนำผลการวิจัยไปใช้วางแผนพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรในโรงพยาบาลชุมชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเชิงคุณภาพหรือวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์และบริบทของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน และควรศึกษาตัวแปรอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อความผูกพัน เช่น ภาวะผู้นำ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร และคุณภาพชีวิตในการทำงาน เนื่องจากวัฒนธรรมองค์กรร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความผูกพันต่อองค์กรได้ร้อยละ 50.20 ควรพัฒนาต่อยอดด้วยวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อสร้างรูปแบบการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรแบบเฉพาะกิจและแบบมุ่งผลสำเร็จ ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง และขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะ และกรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณผู้บริหารและพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและสนับสนุนข้อมูลอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
2. Meyer JP, Allen NJ. A three-component conceptualization of organizational commitment. Hum Resour Manage Rev. 1991;1(1):61–89. doi:10.1016/1053-4822(91)90011-Z
3. Tolksdorf KH, Tischler U, Heinrichs K. Correlates of turnover intention among nursing staff: a systematic review. BMC Nurs. 2022;21:63. doi:10.1186/s12912-022-00852-5
4. Freire C, Azevedo A. Work environment and organizational commitment in nurses: a cross-sectional study. Healthcare (Basel). 2023;11(2):193. doi:10.3390/healthcare11020193
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ. 2568 [Statistical Yearbook Thailand 2025]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2568. https://www.nso.go.th/public/e-book/Statistical-Yearbook/SYB-2025_webPage/Page_SYB_TH.html
6. อติญาณ ศรีเกษตริน, และคณะ. สถานการณ์กำลังคนด้านการพยาบาลของประเทศไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2566;41(3):1–12. https://he04.tcithaijo.org/index.php/j_hsr/article/download/3217/2005
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. บัญชีลาออกข้าราชการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ 2567. สุรินทร์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์; 2567.
8. คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา. รายงานการติดตามปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ. กรุงเทพมหานคร: วุฒิสภา; 2567. <https://www.tpchannel.org/news/24175>
9. มานิต คำเล็ก, สิทธิพร อินทุวงศ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจอยู่หรือออกจากอาชีพของพยาบาลในประเทศไทย. วารสารวิชาการเซาธ์อีสท์บางกอก (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2564;7(2):14–29. https://so05.tci-thaijo.org/index.php/SB_Journal/article/view/247876

10. Sarigül SS, Uğurluoğlu Ö. Examination of the relationships between change fatigue and perceived organizational culture, burnout, turnover intention, and organizational commitment in nurses. *Res Theory Nurs Pract.* 2023;37(3):311–332. doi:10.1891/RTNP-2023-0018
11. Sheridan JE. Organizational culture and employee retention. *Acad Manage J.* 1992;35(5):1036–1056. doi:10.5465/256539
12. Huang SS, Jen HF, Tsay SL, Wang YJ, Tung HH. Organizational culture and trust affect the team-based practice and job satisfaction of nurse practitioners in acute care hospitals: A national survey. *J Nurs Manag.* 2024;2024:2049627. doi:10.1155/2024/2049627
13. Cameron KS, Quinn RE. Diagnosing and changing organizational culture: based on the competing values framework. Reading (MA): Addison-Wesley; 1999. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:16057748>
14. โชติวิทย์ วัฒนศิริ. อิทธิพลของคุณภาพชีวิตในการทำงาน วัฒนธรรมองค์การ และแรงจูงใจในการทำงาน ที่มีผลต่อความผูกพันต่อการของข้าราชการในกองทัพบกในเขตอำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี [การค้นคว้าอิสระปริญญาโท]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2562.
15. ภารดี พิริยะพงษ์รัตน์. อิทธิพลของภาวะผู้นำฝ่ายบริการและวัฒนธรรมองค์การต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาภายใต้องค์กรคริสตศาสนาในประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2563.
16. นวลรัตน์ วรจิตติ, กัญญาดา ประจุศิลป์. ปัจจัยทำนายการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก.* 2560;18(ฉบับพิเศษ):112-20. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/101654>
17. ปภาพสรีร์ เจริญพัฒน์นาค. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช.* 2565;2(2):89-104. <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/jckr/article/view/96>
18. วัชรภาพร ดวงแก้ว, ทองเหรียญ มูลชีพ, อัญชลี ศรีสุตา. การพัฒนากลยุทธ์การเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน. *วารสารโรงพยาบาลแพร่.* 2566;31(1):1-15. <https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/12950>
19. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007;39(2):175–91. doi:10.3758/BF03193146
20. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
21. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2553.
22. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2021.
23. วรณชนก จันทชุม. การวิจัยทางการพยาบาล: การเลือกตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.

24. Hartnell CA, Ou AY, Kinicki AJ, Choi D, Karam EP. A meta-analytic test of organizational culture's association with elements of an organization's system and its relative predictive validity on organizational outcomes. *J Appl Psychol.* 2019;104(6):832–850. doi:10.1037/apl0000380
25. พรทิพย์ ต้อยหมื่นไวย, อัมพาพร ลีลามาโนธรรม. ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์กรและความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานโรงพยาบาลเอกชน ABC ในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารการจัดการและการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2563;7(1):39–50. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/JMDUBRU/article/view/243383>
26. Kim YI, Geun HG, Choi S, Lee YS. The impact of organizational commitment and nursing organizational culture on job satisfaction in Korean American registered nurses. *J Transcult Nurs.* 2017;28(6):590–7. doi:10.1177/1043659616666326
27. Allen NJ, Meyer JP. Affective, continuance, and normative commitment to the organization: An examination of construct validity. *J Vocat Behav.* 1996;49(3):252–76. doi:10.1006/jvbe.1996.0043
28. Porter BW, Kolz P, Stewart KR, Foley B. Nurses' trust in leadership and organizational commitment during COVID-19. *J Nurs Adm.* 2024;54(2):76–82. doi:10.1097/NNA.0000000000001380
29. Utama Satyanegara, Supriyantor, Pamungkas RA. Organizational culture and motivation influence on nurse performance with organizational commitment as a intervening variable at Satya Hospital. *J Health Sains.* 2023;4(2). doi:10.46799/jhs.v4i2.837
30. Quyen BT, Huong NTM, Anh DTH, Han DT, Thuong LT, Anh NH. The impact of corporate cultural factors on organizational commitment at Tasco Corporation. *Rev Gestão RGSA.* 2024;18(3):e06606. doi:10.24857/rgsa.v18n3-131
31. Spreitzer GM. Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Acad Manage J.* 1995;38(5):1442–1465. doi:10.5465/256865

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการขอเรียนเชิญผู้สนใจส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการ เกี่ยวกับการศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อลงเผยแพร่ในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจักรีราช โดยเรื่องที่ส่งต้องเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในสื่อสิ่งพิมพ์ที่ใดมาก่อน และจัดเตรียมรูปเล่มตามต้นฉบับและหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. ระบุ ชื่อบทความ ชื่อ – นามสกุลจริงผู้นิพนธ์ ทุกคนรวมถึง สถานที่ปฏิบัติงานของผู้นิพนธ์ต้นฉบับอย่างชัดเจน (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) และ e-mail address

2. บทความวิจัย และ บทความวิชาการ ต้องมีบทคัดย่อภาษาไทย และ บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ความยาวไม่เกิน 300 คำ

3. บทความมีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษขนาด A4 โดยบันทึกบทความในรูปแบบไฟล์ word นามสกุล .doc หรือ .docx พร้อมกับแนบไฟล์ pdf. เพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสาร ฯ และสามารถส่งวารสารได้ที่ <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/jckr/index>

4. การอ้างอิงวารสารในเนื้อหาและท้ายบท ใช้การอ้างอิงแบบ Vancouver Style

5. บทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาให้ตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืนผู้นิพนธ์ต้นฉบับ

6. คำแนะนำในการเขียนและการพิมพ์

6.1 ขนาดและการตั้งค่าหน้ากระดาษ

ขนาดของกระดาษที่ใช้ในการพิมพ์กำหนดให้มีขนาดมาตรฐาน A4 โดยกำหนดการตั้งค่าหน้ากระดาษ ดังนี้

ริมขอบกระดาษด้านบน	1.5 นิ้ว	ริมขอบกระดาษด้านล่าง	1 นิ้ว
ริมขอบกระดาษด้านซ้าย	1.5 นิ้ว	ริมขอบกระดาษด้านขวา	1 นิ้ว

ระยะห่างระหว่างบรรทัด หนึ่งช่วงบรรทัดของเครื่องคอมพิวเตอร์ 8 point จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์

6.2 ตัวอักษร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ความยาวโดยรวมของบทความไม่ควรเกิน 15 หน้ากระดาษ คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน

6.3 รูปแบบในการพิมพ์

- ชื่อเรื่อง ภาษาไทย ขนาด 18 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา
- ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ (ตัวอักษรพิมพ์ใหญ่) ขนาด 18 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา
- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน)
- ชื่อผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง
- ชื่อหน่วยงานของผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง
- ชื่อหน่วยงานของผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง

บทคัดย่อ

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา
- ข้อความบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว (1 Tab)
- ผู้เขียนต้องตรวจสอบความถูกต้องทางไวยากรณ์และการใช้ภาษาของบทคัดย่อเอง

คำสำคัญ (Keyword) ให้พิมพ์ต่อจากส่วนของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 2-5 คำ ใช้ตัวอักษรภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point

รายละเอียดบทความ

- หัวข้อใหญ่ ขนาด 16 point, กำหนดชิดซ้าย, ตัวหนา (ไม่ลำดับเลข)
- หัวข้อรอง ขนาด 16 point , กำหนดชิดซ้าย, ตัวหนา
- ตัวอักษร ขนาด 16 point, กำหนดชิดขอบ, ตัวธรรมดา
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว (1 Tab)

ส่วนประกอบของประเภทบทความ

- บทความทางวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ, เนื้อหา, บทสรุป และเอกสารอ้างอิง
- กรณีศึกษา ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา, วัตถุประสงค์ของการวิจัย, วิธีดำเนินการวิจัย บทสรุป และเอกสารอ้างอิง
- บทความวิจัย ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา, วัตถุประสงค์ของการวิจัย, สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี), ขอบเขตการวิจัย (ถ้ามี ประกอบด้วย ขอบเขตด้านประชากร ขอบเขตด้านเนื้อหา ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่), กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี), วิธีดำเนินการวิจัย (ประกอบด้วยหัวข้อย่อย ได้แก่ ชนิดของการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย, อภิปรายผลการวิจัย, ข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี ในกรณีที่ต้องการเขียนกิตติกรรมประกาศเพื่อขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) และเอกสารอ้างอิง

รูปภาพ ตาราง และ สมการ

การนำเสนอรูปภาพ และตาราง สามารถนำเสนอต่อจากข้อความที่กล่าวถึงหรืออาจนำเสนอภายหลังจากจบหัวข้อหรือนำเสนอในหน้าใหม่ ขนาดของรูปภาพและตารางไม่ควรเกินกรอบของการตั้งค่านำกระดาษที่กำหนดไว้ได้ภาพประกอบหรือตาราง ให้บอกแหล่งที่มาให้ชัดเจนและไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ของผู้อื่น โดยพิมพ์ห่างจากขอบภาพประกอบหรือเส้นค้นใต้ตาราง 1 บรรทัด (ใช้ตัวอักษรขนาด 14 point, ตัวธรรมดา) ทั้งรูปภาพและตารางจะต้องมีคำอธิบายโดยคำอธิบายของรูปภาพให้พิมพ์ไว้ใต้รูปภาพและอยู่ชิดซ้ายของหน้ากระดาษ หากรูปภาพใดถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ให้มีการระบุคำอธิบายของแต่ละส่วนโดยอาศัยตัวอักษรภาษาไทยในวงเล็บเรียงตามลำดับเช่น (ก) และ (ข) โดยการเรียงลำดับรูปภาพและตารางให้แยกการเรียงลำดับออกจากกัน ตารางข้อมูลที่นำลงตีพิมพ์ ต้องพิมพ์

ด้วย Word เพื่อความคมชัดของตาราง โดยชื่อหัว ตารางที่ ตัวหนา และชื่อตารางใช้ตัวอักษร ขนาด 16 point, ตัวธรรมดา เนื้อหาในตารางใช้ตัวอักษร ขนาด 14 point, ตัวธรรมดา

การเขียนสมการให้เขียนไว้กลางคอลัมน์และมีการระบุลำดับของสมการโดยใช้ตัวเลขที่พิมพ์อยู่ในวงเล็บ เช่น (1), (2) เป็นต้น

การพิมพ์อ้างอิงที่แทรกในเนื้อหาของบทความ

- ในกรณีที่มีการอ้างอิงแทรกในเนื้อเรื่อง ให้ใช้การอ้างอิงในส่วนเนื้อเรื่องแบบการอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) โดยใช้ตัวเลขตามลำดับการอ้างอิงหลังชื่อผู้เขียน หรือหลังข้อความที่อ้างอิง แบบ Vancouver

- การอ้างอิงแทรกในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้หมายเลขที่สอดคล้องกับที่ได้อ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อหา

การพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

- เอกสารอ้างอิงทุกลำดับจะต้องมีการอ้างอิงหรือกล่าวถึงในบทความ และผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารที่นำมาอ้างอิง

- การอ้างอิงท้ายเล่มเป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหา มารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของผลงานวิชาการ ภายใต้หัวข้อ เอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3, 4,..... ซึ่งตัวเลขต้อง สอดคล้องกับ ลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อหา

- การจัดพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสารที่นำมาอ้างอิง โดยให้จัดพิมพ์ตามรูปแบบการเขียนอ้างอิงแบบ Vancouver (รายละเอียดท้ายเอกสาร)

เมื่อกองบรรณาธิการวารสารวิชาการ ตอบรับบทความแล้วจะพิจารณาสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อประเมินคุณภาพของบทความ กรณีผลการประเมิน “ผ่านอย่างมีเงื่อนไข” ขอให้ผู้เขียนบทความแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วให้ส่งบทความฉบับแก้ไขจำนวน 1 ฉบับ พร้อมไฟล์ (Microsoft Word) ทั้งนี้ขอให้แนบบทความและผลการประเมินฉบับเดิมกลับมายังกองบรรณาธิการ เพื่อจัดส่งให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาประเมินคุณภาพบทความอีกครั้ง

บทความที่ผ่านการประเมินและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจความถูกต้องของการใช้ภาษาและการเขียนรายการอ้างอิงหลังจากนั้นจะส่งให้ผู้เขียนแก้ไขให้ถูกต้อง จึงจะสามารถตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วิจารย์ พานิช. การสร้างการเรียนรู้สู่ศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: ส. เจริญการพิมพ์; 2556.
2. ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข, ศุภกิจ เจริญสุข. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเล่มที่1 (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก, 2556.
3. กิรดา ไกรนุวัตร และรักชนก คชไกร. (บรรณาธิการ). การพยาบาลชุมชน. กรุงเทพฯ:โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
4. ประสงค์ ตูจินดา. บทนำและประวัติทางการแพทย์เกี่ยวกับทารกแรกเกิด. ใน: ประพุทธ ศิริบุญย์ อรุณ บัญประกอบ. (บรรณาธิการ). ทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533. หน้า 1-6.

5. Rosdahl CB. Textbook of basic nursing 11th ed. China: Wolter Kluwer; 2017.
6. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, (editors). The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002; 93-113.
7. กาญจนา ไชยีน. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
8. Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic American [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002
9. สาคร อินทโธ. การดูแลผู้สูงอายุไ้ด้วยระยะสุดท้าย: บทบาททำทหายพยาบาลชุมชนในสังคมผู้สูงอายุ. วารสารสภาการพยาบาล 2563;35(2):5-14.
10. นิชา เจริญศรี, วรลักษณ์ เลิศธรรม, บัณฑิต พรหมรักษา, ลำไย วงลคร, สุฐิตา เคนพรม, พรทิพย์ ปิ่นลออ, และคนอื่น ๆ. สปีชีร์และการด้อยต้านจุลชีพของเชื้อ Enterococci ที่พบในสิ่งส่งตรวจจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2557;26:117-28.
11. Post JL, Deal B, Hermanns M. Implementation of a flipped classroom: Nursing students' Perspectives. J Nurs Educ Pract. 2015;5(6):25-30.
12. Wisting L, Bang L, Skrinvanrhaug T. Psychological barriers to optimal insulin therapy: More concerns in adolescent females than males. BMJ Open Diab Res Care 2016;23;4:1-7. doi:10.1136/bmjdr-2016-000203
13. Winston F, Kassam-Adams N, Vivarelli O'Neill, Ford J, Newman E, Baxt C, et al. Acute stress disorder symptoms in children and their parents after traffic injury. Pediatrics 2002;109:e90. doi: 10.1542/peds.109.6.e90. PubMed PMID: 12042584.
14. สุภามาส ชาติประจักษ์, สมจิต หนูเจริญกุล, นพวรรณ เปียชื่อ. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ราชบัณฑิตยสาร [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2557]; 20:97-110. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/19200>
15. Sengupta D, Chattopadhyay MK. Metabolism in bacteria at low temperature: a recent report. J Biosci. [online]. Jun 2013; 38(2): 409-12. [cited 2013 Aug 23] Available from: <http://www.ias.ac.in/jbiosci/jun2013/409.pdf>
16. สำนักงานสถิติแห่งชาติและยูนิเซฟ. ผลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยปี 2555 [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2559 กรกฎาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: URL: http://www.unicef.org/Thailand/tha/media_22564.htm
17. World Health Organization. Health topics of breastfeeding [online]. 2016 [cited 2016 July 1]. Available from: URL: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>

หมายเหตุ: ในกรณีที่เอกสารอ้างอิงเป็นบทความวารสารซึ่งเผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์ สามารถปรับลดรายละเอียดของรายการอ้างอิงให้สอดคล้องกับรูปแบบการอ้างอิงตามมาตรฐาน Vancouver โดยไม่จำเป็นต้องระบุคำว่า ออนไลน์ [online], สืบค้นเมื่อ [cite] และ เข้าถึงได้จาก [Available from] ทั้งนี้ให้ระบุที่อยู่เว็บไซต์ (URL) ที่ขึ้นต้นด้วย <http://> หรือ <https://> หรือหมายเลข DOI ของบทความ เพื่อใช้เป็นแหล่งอ้างอิงแทน

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช

- ชื่อเรื่อง
 (ภาษาไทย).....
 (ภาษาอังกฤษ).....
- ข้อมูลผู้เขียนทุกคน (ระบุชื่อ สกุล คำนำนานาม คุณวุฒิสูงสุดทางการศึกษา ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน)
 ชื่อ สกุล (ภาษาไทย).....
 ชื่อ สกุล (ภาษาอังกฤษ).....
 ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน (ภาษาไทย).....
 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ หมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail address.....
- สิ่งที่ส่งมาด้วย
 ต้นฉบับที่ส่งเป็น file ข้อมูล .docx และหนังสือรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือไม่ได้ส่งให้วารสารชื่ออื่นเพื่อตีพิมพ์

ลงชื่อ(เจ้าของผลงาน)
 ()

หมายเหตุ กรณีเป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ให้ระบุชื่อปริญญา สาขาเฉพาะทาง และชื่อมหาวิทยาลัยด้วย

ระยะขอบบน 1.5 นิ้ว หรือ 2.51

ระยะขอบซ้าย 1.5 นิ้ว
หรือ 2.51 cm.

ระยะขอบขวา 1 นิ้ว
หรือ 1.81 cm.

องค์ประกอบบทความวิจัย

ชื่อเรื่องไทย ตรงกลาง ขนาด 18 point ตัวหนา

ชื่ออังกฤษ ตรงกลาง ขนาด 18 point ตัวหนา ตัวแรกเป็นตัวใหญ่ (Capitalize)

ชื่อภาษาไทยผู้แต่ง*, ชื่อภาษาไทยผู้แต่ง*

ชื่อภาษาอังกฤษผู้แต่ง*, ชื่อภาษาอังกฤษผู้แต่ง*

*ชื่อภาษาไทยสถานที่ทำงาน

*ชื่อภาษาอังกฤษสถานที่ทำงาน

ขนาด 14 point ตรงกลาง ตัวบาง

Corresponding author:; Email:

Received:; Revised:; Accepted:

ขนาด 14 point ตรงกลาง

บทคัดย่อ (ตรงกลางตัวหนา ขนาด 14 point)

Spacing before 6

เคาะ 1 tab

ย่อหน้าที่ 1

ตัวอักษร ขนาด 14 point ตัวธรรมดา เนื้อหาไม่เกิน 300 คำ

ย่อหน้าที่ 2

Spacing before 6

คำสำคัญ: 3-5 คำ (ตัวอักษร ขนาด 14 point)

Abstract (ตรงกลางตัวหนา ขนาด 14 point)

ย่อหน้าที่ 1

ย่อหน้าที่ 2

ตัวอักษร ขนาด 14 point ตัวธรรมดา เนื้อหาไม่เกิน 300 คำ

Keyword: 3-5 คำ

Spacing before 6

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

ขอบเขตการวิจัย

เคาะ 1 tab

ขอบเขตด้านประชากร

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่

กรอบแนวคิดการวิจัย (ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย)

วิธีดำเนินการวิจัย

เคาะ 1 tab

ชนิดของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

กลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ค่า CVI/ IOC/ Cronbach ไม่ใส่ 0 หน้าทศนิยม เช่น .88

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (ระบุค่า normality test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

บรรยายตาราง.....ดังแสดงในตารางที่....

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบ...

Spacing after 6

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	t-test	p-value
ตัวแปร				
ตัวแปร				

* $p < .05$

หัวตารางตัวเข้ม
ขนาด 14 point
รายละเอียดใน
ตาราง ขนาด 14
point

- ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน F-test, t-test, Chi-square, Coef.Std. Err ทศนิยม 2 ตำแหน่ง มี 0 หน้าทศนิยม
- ค่า r , B , SE , β , χ^2 , R^2 ทศนิยม 3 ตำแหน่ง ไม่มี 0 หน้าทศนิยม
- p-value ในบทความย่อ ค่า **p-value** เขียนว่า $p < .05$
ในตารางส่วนหัว เขียน p-value ระบุค่าจริง เช่น .015 แต่กรณีค่า $p = .000$ ให้เขียนว่า $< .001$
ในการบรรยายให้ใช้ $p = .015$ แต่กรณีค่า $p = .000$ ให้เขียนว่า $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

เอกสารอ้างอิง



สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
99 หมู่ 3 ต. ลาดบัวขาว อ. บ้านโป่ง จ. ราชบุรี 70110
โทรศัพท์ 032-330479-82
โทรสาร 032-330483
WEBSITE: WWW.CKR.AC.TH