



สุราษฎร์ธานี

วารสารวิจัยและนวัตกรรม ทางสุขภาพ Journal of Health Research and Innovation

ISSN 2822-034X (Online)

- ▶ คุณภาพฟันเทียมทั้งปาก คุณภาพบริการ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในผู้รับบริการฟันเทียมทั้งปากของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลท่าโรงช้าง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- ▶ ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทันตสุขภาพช่องปากและผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- ▶ ประสิทธิภาพของเบาะรองนั่งต่อการลดความปวดแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
- ▶ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของคลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา
- ▶ ประสิทธิภาพของวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
- ▶ ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่มีปัญหา การข้บถ่ายในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสัจจาจาระ/ปัสสาวะ หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
- ▶ ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่
- ▶ ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยใช้ เครื่องน้บก้าวในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2
- ▶ การพัฒนาระบบการเรียนการสอนโดยการใช้ชุดสถานการณ์เสมือนจริง เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน และวิกฤต รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2



ปีที่ 9 ฉบับที่ 1
มกราคม - มิถุนายน
2569

Vol. 9 No.1
January - June 2026

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569

วัตถุประสงค์

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

ที่อยู่

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

หมายเหตุ : วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ไม่มีการตีพิมพ์เป็นรูปเล่ม
และดำเนินการเผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์เท่านั้น

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ และ บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวรรณกรรมที่เรียบเรียงขึ้นโดยผู้เขียน
มิใช่ความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการหรือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569

ที่ปรึกษา

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

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รองอธิการบดีด้านวิจัย นวัตกรรม และวิเทศสัมพันธ์ สถาบันพระบรมราชชนก

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

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

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

กองบรรณาธิการ

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

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
(การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อีสระมลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

รองศาสตราจารย์ ดร.อติวัฒน์ ศรเกษตริน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิตาพร วรภักดิ์วิศิษฐ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มัญจวรรณ ลียุทธานนท์
ดร.อัจฉรา จันทเพ็ชร

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ตั้งหล็กมันคง
รองศาสตราจารย์ ดร.ประดิษฐ์พร พงศ์เตริยาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

กองจัดการ

นางสาวเสาวภา แพแก้ว

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

กำหนดออก

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

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี โดยฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ของปี 2569 มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่บทความวิจัย บทความทางวิชาการ และนวัตกรรมทางสุขภาพแก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งผู้ที่สนใจในระดับชาติ โดยสาระในฉบับนี้ประกอบไปด้วยบทความวิจัยที่น่าสนใจ 9 เรื่อง ที่มีความหลากหลายในหลายสาขา ทั้งด้านนวัตกรรมทางสุขภาพ ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพทั่วไป รวมทั้งด้านการเรียนการสอน โดยมีวารสารนี้ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์และความรู้ด้านสาธารณสุข นวัตกรรมทางสุขภาพ เพื่อประโยชน์แก่นักวิจัย นักวิชาการ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับในการยกระดับคุณภาพบริการและสร้างแรงบันดาลใจ ต่อการพัฒนาผลงานอย่างต่อเนื่องและสร้างสรรค์

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพกำหนดเผยแพร่ปีละ 2 ฉบับ ครอบคลุม 6 เดือน ฉบับที่ 1 มกราคม - สิงหาคม ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม บทความวิจัยที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น การเตรียมต้นฉบับจะเป็นไปตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ การตรวจสอบคุณภาพของนิพนธ์ต้นฉบับจะได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของนิพนธ์ต้นฉบับจำนวน 3 ท่าน และบรรณาธิการก่อนลงตีพิมพ์ ระยะเวลาในการตรวจสอบคุณภาพต้นฉบับจนถึงการตอบรับการตีพิมพ์ขึ้นอยู่กับคุณภาพของบทความ และประสานผู้นิพนธ์ต้นฉบับเพื่อแจ้งผลพร้อมข้อเสนอแนะเชิงสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาต้นฉบับให้มีคุณค่าทางวิชาการยิ่งขึ้น เพื่อให้ผลงานได้รับการพัฒนาอย่างมีคุณภาพและพร้อมเผยแพร่ ขอเชิญนักวิจัยและนักวิชาการส่งนิพนธ์ต้นฉบับเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้มาที่วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ซึ่งพร้อมสนับสนุนผลงานของท่านให้เป็นพลังสำคัญในการพัฒนานวัตกรรม องค์ความรู้ และประโยชน์ต่อประเทศชาติอย่างยั่งยืนและยกระดับสุขภาวะสังคมไทยอย่างมั่นคง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา

บรรณาธิการ

สารบัญ

| เรื่อง | หน้า |
|---|-------------------|
| - คุณภาพฟันเทียมทั้งปาก คุณภาพบริการ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในผู้รับบริการฟันเทียมทั้งปากของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาล ท่าโรงช้าง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี Quality of Complete Dentures, Service Quality and Oral Health-Related Quality of Life in Clients Wearing Complete Denture at District Health Promotion Hospital, The Tha Rong Chang Hospital Network, Phunphin District, Surat Thani Province | e277915 (1-14) |
| - ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทันตสุขภาพช่องปากและผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี The Association Between Oral Health Status and Functional Recovery Outcomes in Stroke Patients in Wiangsa Crown Prince Hospital, Surat Thani Province | e277925 (1-14) |
| - ประสิทธิภาพของเบาะรองนั่งต่อการลดความปวดแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช Effectiveness of a Seat Cushion for Reducing Perineal Pain in Postpartum Mothers at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital | e280210 (1-14) |
| - การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของคลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา The Development of a Holistic Elderly Care Model for Wat Mai Thung Kha Community Clinic, Rattaphum District, Songkhla Province | e279406 (1-15) |
| - ประสิทธิภาพของวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ Effectiveness of nursing Care to Prevent Anemia in Adolescent Pregnant Women: Systematic Review | e279022 (1-15) |

สารบัญ

| เรื่อง | หน้า |
|--|-------------------|
| - ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่ายในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี Effectiveness of Implementation Clinical Nursing Practice Guidelines for Care of Incontinence Associated Dermatitis in High-Risk Patients in Medical Intensive Care Unit Suratthani Hospital | e281265 (1-16) |
| - ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ The Effect of a Food Literacy Promotion Program on Eating Behaviors among Adults at Risk of Hypertension | e281298 (1-16) |
| - ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยใช้เครื่องนับก้าวในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 Effectiveness of a Pedometer-Based Physical Activity Promotion Program in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus | e280535 (1-16) |
| - การพัฒนาระบบการเรียนการสอนโดยใช้ชุดสถานการณ์เสมือนจริง เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤต รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 Development of Simulation-Based Education to Enhance Nursing Students' Self-Efficacy in Emergency and Critical Care for the Adult and Elderly Nursing II Course | e280907 (1-15) |

คุณภาพฟันเทียมทั้งปาก คุณภาพบริการ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในผู้รับบริการฟันเทียมทั้งปากของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลท่าโรงช้าง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ทศพล เวชวัฒนาเศรษฐ
โรงพยาบาลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลคุณภาพฟันเทียมทั้งปาก คุณภาพบริการ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในผู้รับบริการฟันเทียมทั้งปากของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เครือข่ายโรงพยาบาลท่าโรงช้าง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปีงบประมาณ 2567 ประชากรศึกษาเป็นผู้ที่ได้รับบริการฟันเทียมทั้งปากที่ รพ.สต. 4 แห่ง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพฟันเทียมทั้งปาก คุณภาพบริการ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 แบบประเมินคุณภาพฟันเทียมทั้งปากมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .95 คุณภาพบริการมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .85 และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง (n=30) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.33 มีอายุเฉลี่ย 70.83 ปี (SD.=8.54) คุณภาพฟันเทียมทั้งปาก ด้านการยึดอยู่ของฟันเทียมทั้งปากฟันบนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ฟันล่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ด้านเสถียรภาพของฟันเทียมทั้งปากส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีทั้งฟันบน และฟันล่าง คุณภาพบริการ พบว่า ใส่ฟันเทียมทั้งปากทุกวัน ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่ใช้เพื่อเคี้ยวอาหาร และความสะดวกสบาย ความรู้สึกของผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปาก รู้สึกมั่นใจ สบายมากขึ้น อารมณ์ดี และกล้ายิ้มมากขึ้น ร้อยละ 95.65 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปากดีมาก ร้อยละ 60.87 ค่าเฉลี่ยคะแนน ODP เท่ากับ 6.13 ± 10.84 ผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากได้รับผลกระทบการกินอาหารมากที่สุด ร้อยละ 39.13 ควรมีการติดตามหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก 3-5 ครั้ง เพื่อแก้ปัญหาของผู้รับบริการ และมีระบบส่งต่อทำรากฟันเทียมในกรณีฟันเทียมทั้งปากยึดอยู่ได้ไม่ดี

คำสำคัญ: คุณภาพฟันเทียมทั้งปาก, คุณภาพบริการ, คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

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

วันที่รับ 27 ก.ย. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 5 พ.ค. 2569, วันที่ตอบรับ 12 พ.ค.2569

Quality of Complete Dentures, Service Quality and Oral Health-Related Quality of Life in Clients Wearing Complete Denture at District Health Promotion Hospital, The Tha Rong Chang Hospital Network, Phunphin District, Surat Thani Province

Todsapon Wetwathanaset
Tha Rong Chang Hospital, Surat Thani Province

Abstract

This descriptive research was conducted to evaluate the quality of complete dentures, service quality, and oral health-related quality of life in clients wearing complete denture at district health promotion hospital, The Tha Rong Chang hospital network. The study population was all people who received complete denture services at 4 sub-district health promotion hospitals, totaling 30 people. The data collection instrument was a four-part. 1) personal information, 2) quality of complete denture, 3) service quality, and 4) oral health-related quality. The content validity was verified by three experts. Index of item objective congruence: IOC for parts 2-4 were 1.00, and the reliability of .95, .85, and .92 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentages, means, and standard deviations.

The research results found that the sample group (n=30), most participants were female (61.3%) with a mean age of 70.83 years (SD.=8.54). The retention of the upper complete dentures was mostly good, while the retention of the lower complete dentures was mostly at a fair level. The stability of both upper and lower complete dentures wears generally good. Service quality, it was found that 33.33 % were complete dentures dialy, mostly for chewing food and aesthetics. In addition, 95.65 % reported increased confidence and greater willingness to smile. In terms of oral health-related quality of life, 60.87 % of participants reported a very good level. The mean OIDP score was 6.13 ± 10.84 . The most commonly affected by 39.13 % of participants. The dentist should follow up 3-5 times after inserting dentures. The hospital should have a referral system for implant over denture procedures.

Keywords: Quality of Complete Dentures, Service Quality, Oral Health-Related Quality of Life

Corresponding E-mail: wtodsapon@gmail.com

Received: September 27, 2025; Revised: May 5, 2026; Accepted: May 12, 2026

บทนำ

การสูญเสียฟันพบได้ทุกกลุ่มวัย ผู้ที่สูญเสียฟันมีผลทำให้ความสามารถในการบดเคี้ยวลดลง ส่งผลต่อระบบย่อยอาหาร ก่อให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ผลกระทบต่อความมั่นใจในการเข้าสังคม และ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแฉ่ง (Emami et al., 2013) การสูญเสียฟันทั้งปากส่วนใหญ่พบใน ผู้สูงอายุ ในประเทศไทยข้อมูลจากการสำรวจสถานะช่องปากแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2555, 2560 และ 2566 ใน กลุ่มอายุ 60-74 ปี มีผู้ที่สูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ 7.20, 8.70 และ 6.20 ตามลำดับ ผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้ง ปากกลุ่มอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 5.30, 6.50 และ 4.10 ตามลำดับ (Bureau of Dental Health, 2013, 2018, 2024)

ผู้ที่สูญเสียฟันทั้งปากควรได้รับบริการฟันเทียมทั้งปาก (Complete Denture) โดยทุกสิทธิของ ประชาชนไทยสามารถเข้าถึงบริการฟันเทียมทั้งปากได้ ใช้ทดแทนชุดฟันทั้งปากที่ถูกถอน หรือสูญเสียไป ทั้งหมด ทดแทนโครงสร้างของขากรรไกรที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำหน้าที่แทนฟันธรรมชาติเดิม ได้แก่ ช่วยในการ เคี้ยวอาหาร การออกเสียง และความสวยงาม คุณภาพของฟันเทียมทั้งปากพบว่า ฟันเทียมทั้งปากที่ทำใน โรงพยาบาล หรือคลินิกเอกชน ส่วนใหญ่มีคุณภาพดี เช่น Wiparat (2020) ศึกษาผู้รับบริการฟันเทียมทั้ง ปากในโรงพยาบาลสี่คิว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก ส่วนใหญ่มีการยึดอยู่ที่ เหมาะสม มีเสถียรภาพดี แต่ไม่ได้ประเมินแยกฟันเทียมบน และฟันล่าง Bussakorn (2018) วิจารณ์การ ติดตามผลการใส่ฟันเทียมทั้งปากของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม พบว่า ฟันเทียม ทั้งปากฟันบนส่วนใหญ่มีการยึดอยู่ดี ฟันล่างยึดอยู่พอใช้ และเสถียรภาพทั้งฟันบน และฟันล่างอยู่ในระดับดี และ Pimwipa et al. (2014) ศึกษาผู้รับบริการฟันเทียมทั้งปากในโรงพยาบาล และคลินิกเอกชน อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง พบว่า ส่วนใหญ่ฟันเทียมทั้งปากมีการยึดอยู่ และเสถียรภาพดีทั้งฟันบน และฟันล่าง มีความสูงเหมาะสม ส่วนการให้บริการฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการศึกษาของ Wattana (2016) ศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ 4 แห่ง เขตอำเภอเมือง มหาสารคาม พบว่า ประเมินคุณภาพฟันเทียมได้ระดับดี แต่ไม่ได้แบ่งประเภทฟันเทียม ซึ่งมีผู้รับบริการ ฟันเทียมทั้งปากเพียงร้อยละ 5.84 (8 คน) Phassara (2022) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมใส่ ฟันเทียมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านภายใต้รูปแบบ Huaiyot Model อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง พบว่า สามารถลดระยะเวลาการรอคอยคิวใส่ฟันเทียมได้ และเพิ่มการเข้าถึงบริการฟันเทียม โดย ให้บริการฟันเทียมชนิดถอดได้ทุกประเภท ทำให้มีผู้รับบริการฟันเทียมมากขึ้น แต่ไม่มีการประเมินคุณภาพ ของฟันเทียม คุณภาพบริการ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากภายหลังการได้รับบริการแล้ว และ การศึกษาของ Anong (2017) ในผู้รับบริการฟันเทียมทุกประเภทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ มีผู้รับบริการฟันเทียมทั้งปาก ร้อยละ 68.63 (35 คน) แต่ไม่มี การ ประเมินคุณภาพฟันเทียม ส่วนการประเมินคุณภาพบริการ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของ ผู้รับบริการฟันเทียม ไม่ได้แบ่งประเภทของฟันเทียมที่ให้บริการ

ในประเทศไทย ดัชนีทางทันตสังคม (Socio-Dental Indicator) ที่นิยมใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ที่สูญเสียฟันทั้งปากและ/หรือใช้ฟันเทียมทั้งปาก คือ ดัชนี OIDP ซึ่งเป็นดัชนีที่พัฒนาโดย Adulyanon and Sheiham (1997) มีการนำไปประเมินความเที่ยง และความตรงในประชากรไทยทั้งผู้ที่ใช้ และไม่ใช้ฟันเทียมถอดได้ (Adulyanon et al., 1996; Srisilapanan & Sheiham, 2001) โดยวัดผลกระทบจากสภาวะช่องปากต่อการใช้ชีวิตประจำวัน 8 กิจกรรมใน 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านกายภาพ (การกิน/เคี้ยว พูด/ออกเสียง และการทำความสะอาดช่องปาก/ฟันเทียม) (2) ด้านจิตใจ (การรักษาอารมณ์ให้ปกติไม่หงุดหงิดง่าย สามารถยิ้ม/หัวเราะให้เห็นฟันได้โดยไม่อาย และการนอนหลับพักผ่อน) และ (3) ด้านสังคม (การออกไปพบปะผู้คน) ดัชนีวัดผลกระทบขั้นสูงสุด (Ultimate Impact) แทนที่จะวัดความรู้สึก หรือผลกระทบเล็กน้อยที่เกิดขึ้นแต่ไม่กระทบต่อชีวิตประจำวัน คะแนน OIDP ได้จากผลรวมของความถี่คุณความรุนแรงของทั้ง 8 กิจกรรม

โรงพยาบาลท่าโรงช้าง เป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย รับส่งต่องานทันตกรรมเฉพาะทางจากโรงพยาบาลข้างเคียงในโซนตะวันตกของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ฟันเทียมเป็นงานเฉพาะทางอย่างหนึ่งซึ่งมีหลายประเภท เช่น ฟันเทียมบางส่วน ฟันเทียมทั้งปาก เป็นต้น ครัวฟันเทียมจึงมีทั้งผู้รับบริการใน และนอกเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลท่าโรงช้างเริ่มให้บริการฟันเทียมเชิงรุก เนื่องจากคิวรอคอยฟันเทียมในโรงพยาบาลนาน ประมาณ 12-18 เดือน เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยคิวของคนในชุมชน จึงมีการให้บริการฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเครือข่ายโรงพยาบาลท่าโรงช้าง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2566 เป็นต้นมา โดยส่วนใหญ่ให้บริการฟันเทียมทั้งปาก การศึกษาในครั้งนี้จึงต้องการประเมินผลด้านคุณภาพฟันเทียมทั้งปาก คุณภาพบริการ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในผู้รับบริการฟันเทียมทั้งปากของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนำผลการศึกษาไปต่อยอดการจัดบริการฟันเทียมชนิดต่างๆ และพัฒนาระบบบริการฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อประเมินคุณภาพฟันเทียมทั้งปาก และคุณภาพบริการ ในผู้รับบริการฟันเทียมทั้งปากของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลท่าโรงช้าง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในผู้รับบริการที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลท่าโรงช้าง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อประเมินคุณภาพฟันเทียมทั้งปาก คุณภาพบริการ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในผู้รับบริการฟันเทียมทั้งปากของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลท่าโรงช้าง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประชากรศึกษา เป็นผู้ที่สูญเสียฟันทั้งปากทุกคน ที่ได้รับบริการฟันเทียมทั้งปากใน รพ.สต. 4 แห่ง ในปีงบประมาณ 2567 ได้แก่ ตะพาน หนองไทร บางมะเดื่อ และน้ำรอบ อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี เก็บข้อมูล ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม - 30 มิถุนายน 2568 จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria) ผู้ที่ได้รับบริการทำฟันเทียมทั้งปากมาแล้ว 6 - 12 เดือน ในปีงบประมาณ 2567 สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกออกจากวิจัย (Exclusion Criteria) ได้แก่ (1) ผู้ที่เสียชีวิต (2) ป่วยหนัก (3) มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้ (4) ย้ายภูมิลำเนา (5) ผู้ป่วยที่มีรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพฟันเทียม เป็นแบบตรวจในช่องปากที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินของ Bussakorn (2018) ประกอบไปด้วย 5 ด้าน ดังนี้

2.1 การยึดอยู่ของฟันเทียม (Retention) หมายถึง ฟันเทียมจะต้องไม่หลุดเมื่ออ้าปาก และมีแรงต้านการหลุดเมื่อดึงฟันเทียมออกในทิศทางตรงกันข้ามกับการใส่ แผลผลโดย การยึดอยู่ดี คือ ฟันเทียมมีแรงต้านการหลุดดีเมื่อดึงฟันเทียมออกในทิศทางตรงข้ามกับการใส่ และไม่หลุดเมื่ออ้าปากกว้างประมาณ 20 มิลลิเมตร พอใช้ คือ ฟันเทียมมีแรงต้านเล็กน้อยเมื่อดึงฟันเทียมออกในทิศทางตรงกันข้ามกับการใส่ และไม่ดี คือ ฟันเทียมไม่มีแรงต้านการหลุดเมื่อดึงฟันเทียมออกในทิศทางตรงกันข้ามกับการใส่

2.2 ความเสถียรของฟันเทียม (Stability) หมายถึง ฟันเทียมไม่กระดกหรือขยับเมื่อนั่งกัดบนด้านบดเคี้ยวของฟันหลังบริเวณฟันกรามน้อยด้านซ้าย และขวา แผลผลโดย เสถียรภาพดี คือ ฟันเทียมไม่กระดก หรือขยับเมื่อนั่งกัดบนด้านบดเคี้ยวของฟันหลัง พอใช้ คือ ฟันเทียมกระดกหรือขยับเล็กน้อยเมื่อนั่งกัดบนด้านบดเคี้ยวของฟันหลัง และไม่ดี คือ ฟันเทียมกระดกหรือขยับมากเมื่อนั่งกัดบนด้านบดเคี้ยวของฟันหลัง

2.3 ความสูงของฟันเทียมทั้งปาก ตรวจโดยพิจารณาค่าระยะปลอดการสบ (Free Way Space) โดยกำหนด 2 จุด บนใบหน้าที่ปลายจมูก คาง วัดมิติแนวตั้งขณะพัก (Rest Vertical Dimension) และมิติแนวตั้งขณะสบฟัน (Occlusal Vertical Dimension) นำค่าที่ได้มาหาผลต่าง เป็นระยะปลอดการสบ แผลผลโดย ความสูงของฟันเทียมเหมาะสม (ระยะปลอดการสบ 1 - 4 มิลลิเมตร) และไม่เหมาะสม (ไม่มีระยะปลอดการสบหรือระยะปลอดการสบมากกว่า 5 มิลลิเมตร)

2.4 ความสม่ำเสมอของการสบฟัน หมายถึง ฟันเทียมมีจุดสบฟันหลังทั้งด้านซ้ายและขวาเมื่อกัดสบฟัน ตรวจการสบฟันเทียมในตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์ โดยใช้กระดาษกัดสบ (Articulating Paper) ความหนา 60 ไมครอน ให้กัดสบฟัน จำนวน 5 ครั้ง แผลผลโดย ความสม่ำเสมอของการสบฟันดี คือ สบสม่ำเสมอ มีจุดสบทั้งด้านซ้าย และขวา ตำแหน่งจุดสบฟันหลังรวมกัน 5 จุด ขึ้นไป พอใช้ คือ

สบฟันไม่สม่ำเสมอทั้งด้านซ้าย และขวา หรือมีตำแหน่งจุดสบฟัน น้อยกว่า 5 จุด และไม่ดี คือ ฟันสึกเป็นหน้าราบ ไม่มีหลุมร่องฟัน

2.5 ความบกพร่อง หรือชำรุดของฟันเทียม ได้แก่ ฐานฟันเทียมแตกหัก บิ่นหรือร้าว ซึ่ฟันเทียมหักหรือหลุด แผลผลโดย จำนวนฟันเทียมทั้งปากฟันบน และฟันล่าง ที่มีความบกพร่อง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพบริการฟันเทียมทั้งปาก เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (Anong, 2017) จำนวน 3 ข้อ

3.1 คุณภาพบริการฟันเทียมทั้งปาก ได้แก่ ใส่ฟันเทียมทั้งปากทุกวัน ใส่ฟันเทียมทั้งปากบางวัน ไม่ได้ใส่ฟันเทียมทั้งปาก และอื่นๆ นอกเหนือจากนี้ กรณีถ้าใส่ฟันเทียมทั้งปากแบ่งเป็น ฟันเทียมใช้งานได้ดี ไม่มีปัญหา หรือฟันเทียมใช้งานได้ แต่มีปัญหาเล็กน้อย เช่น กดเจ็บ หลวม ร้าคาญ คับ เป็นต้น

3.2 การใช้งานฟันเทียมทั้งปาก ได้แก่ ใช้เพื่อเคี้ยวอาหาร และความสวยงาม ใช้เพื่อความสวยงามเท่านั้น และใช้เพื่อเคี้ยวอาหารเท่านั้น

3.3 ความรู้สึกหลังใส่ฟันเทียมทั้งปาก ได้แก่ รู้สึกมั่นใจ สวยงามมากขึ้น รู้สึกอารมณ์ดี กล้ายิ้มมากขึ้น รู้สึกมีความสุข สบายใจมากขึ้น รู้สึกตัวเองออกไปพบเพื่อนญาติพี่น้องมากขึ้น รู้สึกพูดได้ชัดเจนขึ้น รู้สึกเคี้ยวอาหาร รับประทานอาหารได้มากขึ้น และรู้สึกนอนหลับได้มากขึ้น โดยแบ่งเป็น 2 แบบ คือ รู้สึกเป็นเช่นนั้นหรือไม่รู้สึกเป็นเช่นนั้น

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากหลังใส่ฟันเทียมทั้งปาก ใช้ดัชนี Oral Impacts On Daily Performance (OIDP) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินของ Duangporn (2008) คะแนนความรุนแรง และความถี่ ประกอบไปด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ (1) การกินอาหาร (2) การพูดได้ปกติ ชัดเจน (3) การทำความสะอาดช่องปาก ฟันเทียม (4) การดำเนินชีวิตต่างๆ ไป เช่น การทำงานบ้าน เป็นต้น (5) การพักผ่อนนอนหลับ (6) การยิ้ม หัวเราะ อวดฟันโดยไม่อายใคร (7) การรักษาอารมณ์จิตใจเป็นปกติ ไม่รู้สึกหงุดหงิด ร้าคาญ และ (8) การพบปะผู้คน ญาติสนิท มิตรสหาย

โดยใช้ระดับคะแนนของคำตอบ แต่ละกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรมนี้ จะประเมินคะแนนเกี่ยวกับความรุนแรงของปัญหาที่ไปกระทบชีวิตประจำวัน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 6 ระดับ คือ กลุ่มที่ไม่กระทบต่อชีวิตประจำวัน หรือระดับ 0 และกลุ่มที่กระทบต่อชีวิตประจำวัน ซึ่งแบ่งเป็นระดับที่ 1 - 5 โดยระดับที่ 1 หมายถึง “เล็กน้อยมาก” ระดับที่ 2 หมายถึง “เล็กน้อย” ระดับที่ 3 หมายถึง “ปานกลาง” ระดับที่ 4 หมายถึง “รุนแรง” และระดับที่ 5 หมายถึง “รุนแรงมาก” ในขณะที่คะแนนเกี่ยวกับระดับความถี่จะทำการบันทึกคะแนน ใช้จำนวนวันที่ผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปากประสบปัญหาดังกล่าวในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา โดยกำหนดเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 หมายถึง 1 - 5 วัน ระดับที่ 2 หมายถึง 6 - 15 วัน ระดับที่ 3 หมายถึง 16 - 30 วัน ระดับที่ 4 หมายถึง 1 - 3 เดือน และระดับที่ 5 หมายถึง เกิดขึ้นมากกว่า 3 เดือน ดังนั้นเมื่อนำคะแนนความรุนแรง มาคูณกับ ความถี่ ในแต่ละหัวข้อกิจกรรม (ค่าคะแนนสูงสุด 25 คะแนน) และเมื่อรวมคะแนนที่ได้จากทั้ง 8 กิจกรรมเข้าด้วยกันจะได้คะแนนรวม (มีค่าคะแนนสูงสุด 200 คะแนน) แล้วจึงนำมาหารด้วย 2 เพื่อให้เป็นคะแนนเทียบเคียงเป็นคะแนนแบบร้อยละ (มีค่าสูงสุดเป็น 100

คะแนน) ค่าดัชนี OIDP ที่ได้จากการประมวลผลจะถูกนำมาแบ่งได้เป็น 4 ระดับ คะแนน 0 คือ มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีมาก คะแนน 0.10 ถึง 5, 5.10 ถึง 10 และ 10 ขึ้นไปคือ มีผลต่อมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากน้อย ปานกลาง และมาก ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม และแบบประเมินทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ 2 คน และพยาบาลที่ทำงานด้านปฐมภูมิ 1 คน เพื่อประเมินความสอดคล้องของเครื่องมือกับวัตถุประสงค์ (Index of Consistency: IOC) ได้เท่ากับ 1.00 ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ทำฟันเทียมทั้งปากในโรงพยาบาลท่าโรงช้าง จำนวน 5 คน นำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่า Cronbach's Alpha Coefficient ของแบบประเมินส่วนที่ 2, 3 และ 4 ได้เท่ากับ 0.95 , 0.85 และ 0.92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 4 แห่ง และนัดผู้รับบริการฟันเทียมทั้งปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยชี้แจงการเข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพียงคนเดียว ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม - 30 มิถุนายน 2568 จำนวน 30 คน แล้วตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถามก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการวิจัย STPHO2025-83 ลงวันที่ 30 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

ผู้รับบริการฟันเทียมทั้งปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง เครือข่ายโรงพยาบาลท่าโรงช้าง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปีงบประมาณ 2567 เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 พฤษภาคม - 30 มิถุนายน 2568 จำนวน 30 ราย เป็นเพศหญิง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 61.33 และเพศชาย 11 คน คิดเป็นร้อยละ 38.67 มีอายุเฉลี่ย 70.83 ปี (SD.=8.54) โดยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 สถานะภาพสมรส จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 ระดับการศึกษาต่ำกว่า ประถมศึกษา ปีที่ 6 จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรรวม จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีโรคประจำตัว จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33

การประเมินคุณภาพฟันเทียมทั้งปาก ด้านการยึดอยู่ของฟันเทียม พบว่า ฟันบนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 76.67 ฟันล่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 36.67 ด้านเสถียรภาพของฟันเทียมทั้งปากส่วนใหญ่ทั้งฟันบน และฟันล่างอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.33 และ 76.67 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคุณภาพฟันเทียมทั้งปากด้านการยึดอยู่ และเสถียรภาพ (n=30)

| การประเมินฟันเทียมทั้งปาก | การยึดอยู่ จำนวน (ร้อยละ) | การเสถียรภาพ จำนวน (ร้อยละ) |
|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| ฟันเทียมทั้งปากฟันบน | | |
| ดี | 23 (76.67) | 19 (63.33) |
| พอใช้ | 7 (23.33) | 11 (36.67) |
| ไม่ดี | - | - |
| ฟันเทียมทั้งปากฟันล่าง | | |
| ดี | 10 (33.33) | 23 (76.67) |
| พอใช้ | 11 (36.67) | 7 (23.33) |
| ไม่ดี | 9 (30.00) | - |

ด้านความสม่ำเสมอของการสบฟัน อยู่ระดับดี ร้อยละ 86.67 ระดับพอใช้ ร้อยละ 13.33 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคุณภาพฟันเทียมทั้งปากด้านความสม่ำเสมอของการสบฟัน (n=30)

| การประเมินฟันเทียมทั้งปาก | ความสม่ำเสมอของการสบฟัน จำนวน(ร้อยละ) |
|---------------------------|--|
| ดี | 26 (86.67) |
| พอใช้ | 4 (13.33) |
| ไม่ดี | 0 (0) |

ด้านความสูงของฟันเทียมเหมาะสมทุกคน และไม่พบความบกพร่องของฟันเทียมทั้งปาก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของคุณภาพความสูงของฟันเทียม และความบกพร่องของฟันเทียมทั้งปาก (n=30)

| การประเมินฟันเทียมทั้งปาก | จำนวน(ร้อยละ) |
|--|---------------|
| ความเหมาะสมของความสูงฟันเทียมทั้งปาก | 30 (100) |
| ความบกพร่องของฟันเทียมทั้งปาก ฟันบน และฟันล่าง | - |

ในด้านคุณภาพบริการ พบว่า ผู้รับบริการฟันเทียมทั้งปาก ใส่ฟันเทียมทั้งปากทุกวัน ร้อยละ 33.33 ใส่ฟันเทียมทั้งปากบางวัน ร้อยละ 43.33 ใส่ฟันเทียมเฉพาะฟันล่างทุกวัน ร้อยละ 3.33 และไม่ใส่ทั้งฟันเทียมทั้งปาก ร้อยละ 20.01 ผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก พบว่า ไม่มีปัญหาการใช้งาน ร้อยละ 52.17 ส่วนใหญ่ใส่ฟันเทียมเพื่อเคี้ยวอาหาร และความสวยงาม ร้อยละ 82.61 ความรู้สึกของผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปาก

รู้สึกมั่นใจ สวยงามมากขึ้น อารมณ์ดี และกล้ายิ้มมากขึ้น ร้อยละ 95.65 รองลงมา คือ มีความสุข สบายใจมากขึ้น ร้อยละ 91.30 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการฟันเทียมทั้งปากจำแนกตามคุณภาพบริการ

| รายการ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| 1. คุณภาพบริการฟันเทียม (n=30) | | |
| ใส่ฟันเทียมทั้งปากทุกวัน | 10 | 33.33 |
| ใส่ฟันเทียมทั้งปากบางวัน | 13 | 43.33 |
| ใส่ฟันเทียมทั้งปากฟันล่างทุกวัน | 1 | 3.33 |
| ไม่ใส่ฟันเทียม | 6 | 20.01 |
| 2. การใช้งานของผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปาก (n=23) | | |
| ใช้งานได้ดี ไม่มีปัญหา | 12 | 52.17 |
| ใช้งานได้ แต่มีปัญหาเล็กน้อย เช่น กดเจ็บ หลวม รำคาญ | 11 | 47.83 |
| 3. ความรู้สึกหลังใส่ฟันเทียมทั้งปาก (n=23) | | |
| มั่นใจ สวยงามมากขึ้น | 22 | 95.65 |
| อารมณ์ดี กล้ายิ้มมากขึ้น | 22 | 95.65 |
| มีความสุข สบายใจมากขึ้น | 21 | 91.30 |
| ออกไปพบเพื่อนญาติพี่น้องมากขึ้น | 19 | 82.61 |
| พูดได้ชัดเจนมากขึ้น | 17 | 73.91 |
| เคี้ยวอาหาร รับประทานอาหารได้มากขึ้น | 11 | 47.83 |
| นอนหลับได้มากขึ้น | 6 | 26.09 |

ด้านคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ผู้รับบริการที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีมาก (ไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ในการใช้ชีวิตประจำวัน) ร้อยละ 60.87 มีผลต่อคุณภาพชีวิตในระดับน้อย ร้อยละ 4.35 ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.70 และระดับมาก ร้อยละ 26.08 ค่าเฉลี่ยคะแนน OIDP เท่ากับ 6.13 ± 10.84 ผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากได้รับผลกระทบในด้านการกินอาหารมากที่สุด ร้อยละ 39.13 อันดับรองลงมา คือ ด้านจิตใจ หงุดหงิดรำคาญ และการพูดได้ปรกติ ชัดเจน ร้อยละ 13.04 โดยความรุนแรงเฉลี่ยของผลกระทบที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ ด้านการกินอาหาร เท่ากับ 1.52 รองลงมา คือ ด้านอารมณ์จิตใจ เท่ากับ 0.39 และความถี่เฉลี่ยของผลกระทบที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ ด้านการกินอาหารเท่ากับ 1.91 รองลงมา คือ ด้านอารมณ์จิตใจ และการพูดได้ปรกติ เท่ากับ 0.65 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากจำแนกตามชนิด ความถี่ และความรุนแรงของผลกระทบของสภาวะช่องปากต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ (n=23)

| คุณภาพชีวิต ในมิติสุขภาพช่องปาก | จำนวนคน (ร้อยละ) | คะแนนความรุนแรงเฉลี่ย | คะแนนความถี่เฉลี่ย |
|---|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | | Mean Severity | Mean Frequency |
| | | Score (0 - 5) Mean (SD.) | Score (0 - 5) Mean (SD.) |
| 1. การกินอาหาร | 9 (39.13) | 1.52 (2.13) | 1.91 (2.45) |
| 2. อารมณ์จิตใจเป็นปกติ ไม่หงุดหงิดรำคาญ | 3 (13.04) | 0.39 (1.20) | 0.65 (1.72) |
| 3. การพูดได้ปกติ ชัดเจน | 3 (13.04) | 0.22 (0.67) | 0.65 (1.72) |
| 4. การยิ้ม หัวเราะ | 1 (4.35) | 0.22 (1.04) | 0.22 (1.04) |
| 5. การพบปะผู้คน ญาติมิตร | 1 (4.35) | 0.13 (0.63) | 0.22 (1.04) |
| 6. การทำความสะอาดช่องปากและฟันเทียม | - | - | - |
| 7. การดำเนินชีวิตทั่วไป เช่น การทำงานบ้าน | - | - | - |
| 8. การพักผ่อนนอนหลับ | - | - | - |

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่าคุณภาพฟันเทียมทั้งปากของผู้รับบริการฟันเทียมทั้งปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลท่าโรงช้าง ส่วนใหญ่มีการยึดอยู่ของฟันบนอยู่ในระดับดี ฟันล่างระดับพอใช้ ด้านเสถียรภาพทั้งฟันบน และฟันล่างอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากสันกระดูกในขากรรไกรบนมีการละลายตัวน้อยกว่าสันกระดูกในขากรรไกรล่าง ร่วมกับการมีพื้นที่ในการยึดอยู่มากกว่า (Fenlon & Sherriff, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bussakorn (2018) พบว่า ฟันเทียมทั้งปากที่ทำในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ฟันบนยึดอยู่ดี ร้อยละ 83.33 ฟันเทียมล่างยึดอยู่ระดับพอใช้ ร้อยละ 69.05 ด้านความสูงของฟันเทียมทั้งปาก พบว่าทุกคนอยู่ในระดับดี เนื่องจากฟันเทียมใช้งานไม่เกิน 1 ปี และอาจจะไม่มีข้อบกพร่องในขั้นตอนการทำฟันเทียม แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Bussakorn (2018) พบว่าความสูงของฟันเทียมเหมาะสม ร้อยละ 95.24 อาจเนื่องมาจากฟันเทียมใช้งานเกิน 1 ปี ด้านความสม่ำเสมอของการสบฟันส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับ Bussakorn (2018) พบร้อยละ 47.62 แต่เมื่อมีการใช้งาน 4 - 5 ปี ความสม่ำเสมอของการสบจะลดลง คุณภาพบริการในด้านการใช้ฟันเทียมทั้งปาก

ใส่ฟันเทียมทั้งปากทุกวัน ร้อยละ 33.33 ใส่บางวัน ร้อยละ 43.33 อาจเนื่องมาจากการปรับตัวของแต่ละบุคคลในการยอมรับฟันเทียมทั้งปากแตกต่างกัน ซึ่งมีปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ลำดับของฟันเทียม คุณภาพฟันเทียม คุณภาพชีวิต และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Boonmekhao, 2013; Limpuangthip et al., 2018; Usira, 2022) และอาจจะไม่ได้ติดตามแก้ไขหลังใส่ฟันเทียมทำให้บางคนไม่นำไปใช้ (Suwimon, & Potjanart, 2024) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wiparat (2020) พบว่า ผู้รับบริการฟันเทียมทั้งปากใส่ฟันเทียมทุกวัน ร้อยละ 47.60 ใส่บางวันร้อยละ 52.40 ผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก ส่วนใหญ่ใส่ฟันเทียมเพื่อเคี้ยวอาหาร และความสวยงาม สอดคล้องกับการศึกษาของ Sushada and Peerawit (2008) และ Benjamas (2013) อย่างไรก็ตามมีผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปากบางคน ใส่เพื่อความสวยงามเท่านั้น ซึ่งใช้ฟันเทียมคู่เดิมเคี้ยวอาหาร บางคนกังวลฟันเทียมใหม่จะเก่า บางคนรู้สึกเจ็บขณะเคี้ยวอาหารเมื่อใช้ฟันเทียมใหม่ และมี 1 คน เคี้ยวอาหารกับสันเหงือกจะใส่ฟันเทียมใหม่ก็ต่อเมื่อออกงานสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Wiparat (2020) พบว่า ใส่เพื่อปะผู้คนเท่านั้น ร้อยละ 7.90 ความรู้สึกของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากส่วนใหญ่ พบว่า มีความสุข กล้ายิ้ม และมั่นใจมากขึ้น เนื่องจากในขั้นตอนการทำฟันเทียมทั้งปากมีขั้นตอนการลองฟัน เพื่อประเมินความสวยงามขณะใส่ฟันเทียมร่วมกับผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Benjamas (2013) พบว่า ร้อยละ 88.00 มีความสุขมากขึ้น ร้อยละ 87.40 กล้ายิ้มมากขึ้น และร้อยละ 80.30 มั่นใจมากขึ้น

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้รับบริการที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก พบว่า ร้อยละ 60.87 ไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ในการใช้ชีวิตประจำวัน เนื่องจากทันตแพทย์กลับไปแก้ไขฟันเทียมให้หลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 - 2 ครั้ง ผลสอดคล้องกับการศึกษาของ Nipat (2015), Chairat (2015) และ Anong (2014) ที่ไม่ได้รับผลกระทบร้อยละ 69.2, 55.40 และ 53.70 ตามลำดับ แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Wiparat (2020) พบว่า มีเพียงร้อยละ 20.60 ที่ไม่ได้รับผลกระทบซึ่งเกิดจากการไม่ได้กลับมาตรวจ และแก้ไขฟันเทียมตามนัด เนื่องจากอุปสรรคในการเดินทาง และไม่มีคนพามาพบทันตแพทย์ ค่า OIPD ของการศึกษาในครั้งนี้ เท่ากับ 6.13 ± 10.84 สอดคล้องกับการศึกษาของ Benjamas (2013) และ Wiparat (2020) เท่ากับ 6.45 ± 5.27 และ 5.07 ± 11.1 ตามลำดับ และพบว่ากิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด คือการรับประทานอาหาร เนื่องจากฟันเทียมหลวม และกดเจ็บ รองลงมาคือ อารมณ์จิตใจเป็นปกติ และการพูดการออกเสียง

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

ฟันเทียมทั้งปากที่ยึดอยู่ไม่ดี ควรมีระบบส่งต่อทำรากฟันเทียมบนฟันเทียมทั้งปาก เสนอให้มีระบบนัดทำรากฟันเทียมหลังการประเมินคุณภาพฟันเทียมทั้งปากทุกราย และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เป็นต้น

หลังทำฟันเทียมหากมีอาการสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพบริการ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ควรติดตามผลหลังการใส่ฟันเทียมเพิ่มเป็น 3 - 5 ครั้ง นัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ให้ผู้รับบริการฟันเทียม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพฟันเทียมทั้งปาก คุณภาพบริการ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ทำในโรงพยาบาลทำโรงช้าง ว่าสอดคล้องหรือแตกต่างกันหรือไม่
2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพ และพัฒนารูปแบบระบบบริการฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

References

- Adulyanon, S., & Sheiham, A. (1997). Oral impacts on daily performances. In G. D. Slade (Ed.), *Measuring oral health and quality of life* (pp. 151-160). University of North Carolina, Dental Ecology.
- Adulyanon, S., Vourapukjaru, J., & Sheiham, A. (1996). Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 24(6), 385-389.
- Anong, P. (2014). Oral impacts on quality of life of the elderly in Khonsarn District, Chaiyaphum Province. *Chaiyaphum Medical Journal*, 34(2), 49-58. (in Thai)
- Anong, P. (2017). Project evaluation of new service system development of instant dental prosthesis and community care in Kaset Sombun District, Chaiyaphum Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 11(26), 44-61. (in Thai)
- Benjamas, S. (2013). Satisfaction and quality of life of elderly after wearing complete dentures on His Majesty the King Prosthesis Service Campaign at Krok Phra Hospital, Nakhon Sawan Province. *Thailand Journal of Dental Public Health*, 18(1), 36-48. (in Thai)
- Boonmekhao, P. (2013). *Oral health-related quality of life and patient satisfaction to the prosthodontic treatment at Faculty of Dentistry* [Master's thesis, Chulalongkorn University]. (in Thai)
- Bureau of Dental Health. (2013). *The 7th national oral health survey report 2013*. Department of Health. (in Thai)
- Bureau of Dental Health. (2018). *The 8th national oral health survey report 2017*. Department of Health. (in Thai)
- Bureau of Dental Health. (2024). *The 9th national oral health survey report 2023*. Department of Health. (in Thai)

- Bussakorn, T. (2018). A follow up study among elderly complete denture wearers under Royal Dental Prosthesis Project Phutthamonthon Hospital, Nakhon Pathom Province: 3-5 years after treatment. *Region 4-5 Medical Journal*, 37(1), 22-32. (in Thai)
- Chairat, T. (2015). Evaluation on satisfaction and oral impacts on daily performances of elderly at Nongbunmak, NakornRatchasima Province. *Thailand Journal of Dental Public Health*, 20(2), 61-70. (in Thai)
- Duangporn, S. (2008). Oral health related to quality of life among the elderly population after prosthesis of the Royal Denture Program. *Vajira Medical Journal*, 52(1), 39-47. (in Thai)
- Emami, E., de Souza, R. F., Kabawat, M., & Feine, J. S. (2013). The impact of edentulism on oral and general health. *International Journal of Dentistry*, 2013, Article 498305. <https://doi.org/10.1155/2013/498305>
- Fenlon, M. R., & Sherriff, M. (2004). Investigation of new complete denture quality and patients' satisfaction with and use of dentures after two years. *Journal of Dentistry*, 32(4), 327-333. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2004.01.007>
- Limpuangthip, N., Somkotra, T., & Arksomnukit, M. (2018). Modified retention and stability criteria for complete denture wearers: A risk assessment tool for impaired masticatory ability and oral health-related quality of life. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 120(1), 43-49. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2017.09.010>
- Nipat, S. (2015). Oral health related to quality of life after complete denture delivered among elderly. *Journal of Health Education*, 38(129), 1-13. (in Thai)
- Phassara, R. (2022). Development of dental prosthesis service at sub-district health promoting hospitals near home under the Huaiyot Model. *Journal of Health Science*, 31(2), 282-288. (in Thai)
- Pimwipa, S., Songchai, T., & Paitoon, D. (2014). Oral health-related quality of life among elderly complete denture wearers and its association with denture quality and masticatory efficiency assessed by the Thai version of OHIP-EDENT. *Journal of the Dental Association of Thailand*, 64(1), 27-46. (in Thai)
- Srisilapanan, P., & Sheiham, A. (2001). The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerodontology*, 18(2), 102-108.

- Sushada, T., & Peerawit, P. (2008). Satisfaction in prosthesis denture campaign for the elderly to celebrate 80th Anniversary His Majesty's the King in Roi-Et Province under Universal Coverage Project Year 2006. *Thai Dental Public Health Journal*, 13(1), 88-95. (in Thai)
- Suwimon, B., & Potjanart, S. (2024). The transition to new state of the complete denture experience. *Thai Dental Public Health Journal*, 29, 98-111. (in Thai)
- Usira, K. (2022). Effect of oral health rehabilitation in the edentulous elderly with complete dentures. *Singburi Hospital Journal*, 31(2), 180-192. (in Thai)
- Wattana, S. (2016). Quality and caring for dentures, oral health status, and oral health-related quality of life in clients wearing dentures at District Health Promotion Hospital, Amphur Muang, Mahasarakham Province 2013-2015. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 10(23), 36-50. (in Thai)
- Wiparat, Y. (2020). The relationship between denture quality, masticatory performance and oral health-related quality of life and happiness of using denture in elderly complete denture wearers. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*, 6(2), 58-75. (in Thai)

ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทันตสุขภาพช่องปากและผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

มณี นันทรัตน์กุล

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาวะทันตสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การออกเสียง ริมฝีปาก เนื้อเยื่อในช่องปาก ลิ้น เหงือก ฟัน ฟันเทียม น้ำลาย และการกลืน 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทันตสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่ได้รับการติดตามครั้งแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ ระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2568 จำนวนทั้งสิ้น 114 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและแบบประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากและฟันเทียมฉบับดัดแปลง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ร้อยละ และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสภาวะสุขภาพช่องปากปานกลาง มีฟันมากกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 54.4 และมีคู่สบฟันหลังมากกว่า 4 คู่ ร้อยละ 48.25 2) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทันตสุขภาพช่องปากกับผลการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มงานทันตกรรมควรร่วมมือกับสหวิชาชีพในการวางแผนดูแลทันตสุขภาพแบบองค์รวม ตั้งแต่ระยะรักษาในหอผู้ป่วย ไปจนถึงการเยี่ยมบ้าน พร้อมให้คำแนะนำผู้ดูแลและจัดระบบช่องทางพิเศษ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการรักษาทันตกรรม

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, สภาวะทันตสุขภาพช่องปาก, ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ

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

วันที่รับ 28 ก.ย. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 29 เม.ย. 2569, วันที่ตอบรับ 12 พ.ค.2569

The Association Between Oral Health Status and Functional Recovery Outcomes in Stroke Patients in Wiangsa Crown Prince Hospital, Surat Thani Province

Manee Nantaratkul

Dental Department, Wiangsa Crown Prince Hospital

Abstract

This descriptive study aimed to 1) examine oral health status among stroke patients, encompassing speech, lips, oral mucosa, tongue, gingiva, teeth, denture, saliva and swallowing 2) examine the association between oral health status and functional recovery outcomes as measured by NIHSS and Barthel ADL Index difference scores. The population consisted of 114 stroke patients in the rehabilitation phase who attended their first follow-up visit after discharge from WiangSa Crown Prince Hospital between May and August 2025. The research instruments used in this study were general information interview form, National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Barthel Activities of Daily Living Index (BI) and Modified Revised Oral Assessment Guide (Modified-ROAG). Data were analyzed using descriptive statistics, percentage, Pearson correlation, and independent t-test.

The research result showed that 1) stroke patients demonstrated moderate oral health status (Modified-ROAG Mean=2.33, SD.=1.64). More than half (54.4%) retained more than 20 teeth, while 48.25% had more than 4 posterior occluding pairs. 2) No significant correlation was observed between oral health status and functional recovery outcomes. These findings suggest that dental department should collaborate with multidisciplinary teams to implement comprehensive oral health care planning spanning from inpatient admission through home visits, while providing caregiver education and establishing dedicated referral pathways for stroke patients requiring dental treatment.

Keywords: Stroke patients, Oral health status, Functional Recovery Outcomes

Corresponding E-mail: wonderfulpaew@hotmail.com

Received: September 28, 2025; Revised: April 29, 2026; Accepted: May 12, 2026

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 9 No.1 January - June 2026 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 1990 - 2021 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก รวมทั้งเป็นสาเหตุสำคัญของการพิการตามการวัดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life-Years Lost: DALYs) (Feigin et al., 2022) ในประเทศไทยอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยในปี 2565 มีอุบัติการณ์ 330.72 ต่อประชากรแสนคนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10.92 (Tiamkao, 2023) ส่วนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นจังหวัดหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 11 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5,082 ราย, 5,678 ราย, 7,972 ราย ในปี พ.ศ. 2565, 2566, 2567 ตามลำดับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระเป็นโรงพยาบาลระดับแม่ข่ายในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่เปิดศูนย์โรคหลอดเลือดสมองครบวงจร (Stroke Fast Track) ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอเวียงสระ และพื้นที่ใกล้เคียง ในโซนใต้ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 562 ราย ในปี พ.ศ. 2565, 566 ราย ในปี พ.ศ. 2566 และ 617 ราย ในปี พ.ศ. 2567 (National Health Data Center, 2025) แม้ว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะลดลงเนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ แต่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักมีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว การสื่อสาร และการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงและคุณภาพชีวิตลดลง (Intarakamhang et al., 1993) การฟื้นฟูสมรรถภาพจึงเป็นกระบวนการสำคัญในการลดความพิการและเพิ่มความสามารถในการดำรงชีวิต โดยผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพประเมินได้จาก แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (National Institutes of Health Stroke Scale: NIHSS) และ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living Index: BI) (Winstein et al., 2016)

ในระยะฟื้นฟู ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเผชิญกับปัญหาสุขภาพช่องปาก จากข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ภาวะอ่อนแรง กลืนลำบาก และการลดลงของการรับรู้ ส่งผลให้เกิดสภาวะทันตสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม เช่น ฟันผุ โรคปริทันต์ การสูญเสียฟัน และการลดลงของจำนวนคู่สบฟันหลัง ซึ่งอาจส่งผลต่อการบดเคี้ยว การกลืน ภาวะโภชนาการ และสุขภาพโดยรวม (Paik & Kim, 2021; Hombo et al., 2025; Aoyagi et al., 2021) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังพบปัญหาการทำงานของช่องปาก (Oral Hypofunction) ที่ส่งผลต่อการพูด การบดเคี้ยว และการกลืน (Gopal, 2008; Schimmel et al., 2017) สภาวะช่องปากที่ไม่ดีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิด จากการละเลยการดูแลสุขภาพช่องปากและข้อจำกัดในการดูแลตนเองเนื่องจากความพิการ ส่งผลให้เกิดโรคฟันผุ โรคปริทันต์ และการสูญเสียฟันหลังที่เป็นคู่สบในการบดเคี้ยว (Woon, 2017) การศึกษาพบว่าร้อยละ 63.5 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างน้อย 1 กิจกรรมจากความผิดปกติของสุขภาพช่องปาก โดยกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุดคือการกิน และสาเหตุหลักคือการปวดฟัน (Noisombut et al., 2016) ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 13 - 94 (Martino et al., 2005) เมื่อรวมกับสภาวะช่องปากที่ไม่ดี จะส่งผลให้เกิดภาวะขาดน้ำ (Dehydration) ขาดสารอาหาร (Malnutrition) และซึมเศร้า (Depression) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ผู้ป่วย (Lieber et al., 2018) นอกจากนี้ สภาวะช่องปากที่ไม่ดีอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และอาจมีผลต่อประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาว (Paik & Kim, 2021; Yang et al., 2025; Yuan et al., 2020)

จากการศึกษาของ Eto et al. (2024) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) จำนวน 247 ราย เพื่อหาว่าสุขภาพช่องปากเป็นตัวพยากรณ์ผลลัพธ์การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดีได้หรือไม่ โดยใช้แบบประเมินสุขภาพช่องปาก Modified Oral Assessment Grade (mOAG) ประเมินสุขภาพช่องปากใน 8 หมวด พบว่าสุขภาพช่องปากสัมพันธ์กับการทำนายโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยคะแนนประเมินสุขภาพช่องปาก (mOAG) ที่สูง ซึ่งแสดงถึงสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับผลลัพธ์การฟื้นตัวที่ไม่ดี (mRS > 2) และเพิ่มการเกิดภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Gerreth et al. (2021) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชนิดกึ่งเฉียบพลัน (Subacute Phase) จำนวน 60 ราย โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและ Functional Independence Measure และแบบประเมินสมรรถภาพสมอง (Addenbrooke's Cognitive Examination III) พบว่าผู้มีสุขภาพช่องปากไม่ดี (คะแนนค่าเฉลี่ยฟัน ผุ อุด ถอน, ดัชนีสภาพเหงือก, ดัชนีคราบจุลินทรีย์ สูง) มีการฟื้นตัวทางร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวันที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

ตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องในประเด็นนี้ประกอบด้วย สภาวะทันตสุขภาพช่องปาก เช่นจำนวนฟันธรรมชาติ จำนวนคู้สบฟันหลัง และคะแนนแบบประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากและฟันเทียมฉบับดัดแปลง Modified-Revised Oral Assessment Guide (Modified-ROAG) ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับผลการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การเปลี่ยนแปลงของคะแนนประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อย่างไรก็ตามหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทันตสุขภาพช่องปากกับผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยตรงยังมีจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของระบบบริการสุขภาพระดับเครือข่ายในประเทศไทย อีกทั้งปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ชนิดและระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โรคประจำตัว (เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน) และความถี่ในการฟื้นฟู อาจมีบทบาทเป็นตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ และยังมีการศึกษาที่บูรณาการตัวแปรเหล่านี้ร่วมกับสภาวะสุขภาพช่องปากอย่างเป็นระบบค่อนข้างน้อย

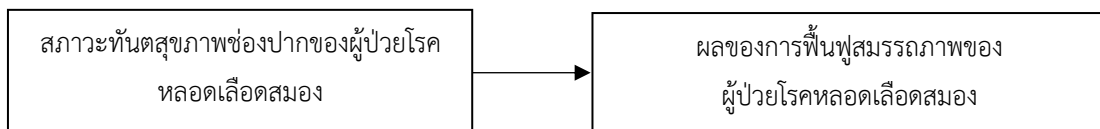
จากช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทันตสุขภาพช่องปากและผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในบริบทของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอเวียงสระ ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลแบบองค์รวม โดยบูรณาการงานทันตสาธารณสุขเข้ากับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาวะทันตสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทันตสุขภาพช่องปากและผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

สภาวะทันตสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ จำนวนฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ จำนวนคู่สบฟันหลัง และคะแนนการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากและฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังแผนภาพ



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงพรรณนา โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทันตสุขภาพช่องปากและผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเครือข่ายอำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี หลังจากที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับมาติดตามอาการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูฟันที่แพทย์นัดมาติดตามอาการครั้งแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาล ในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ ระหว่างเดือน พฤษภาคม-สิงหาคม 2568 รวม 160 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 114 คน ซึ่งได้มาจากการเกณฑ์การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973) ใช้วิธีสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic Sampling) ใน 16 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 7 - 8 คน เลือกผู้ป่วยในคิวตรวจคลินิกโรคหลอดเลือดสมองเลขคี่ เกณฑ์การคัดเข้าคือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสารและ ยินดีเข้าร่วมการทำวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือสื่อสารได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้นคือสภาวะทันตสุขภาพช่องปาก ตัวแปรตามคือผลการฟื้นฟูสมรรถภาพวัดโดยค่าการเปลี่ยนแปลงของค่าประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) และการเปลี่ยนแปลงค่าของคะแนนแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI)

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ร่วมกับคู่มือประวัติการรักษาของผู้เข้าร่วมวิจัย จากการรักษาที่บันทึกในเวชระเบียนในระบบ Hosxp ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ด้านที่อ่อนแรง สภาวะการกลืน โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบตรวจสภาวะทันตสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย จำนวนฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ โดยนับซี่ฟันที่มีส่วนของตัวฟัน (Coronal Tooth Structure) ไม่นับฟันเกิน ฟันเทียม และรากฟันเทียม จำนวนคู่สบฟันหลัง นับตั้งแต่ฟันกรามน้อยซี่แรก จนถึงฟันกรามซี่ที่ 3 ไม่นับฟันเทียม และคะแนนแบบประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากและฟันเทียมฉบับดัดแปลง (Modified-ROAG) (Limpuangthip et al., 2023) ประกอบด้วยการประเมินสภาวะช่องปากและฟันเทียม 9 ด้านได้แก่ การออกเสียง ริมฝีปาก ด้านนอก เยื่อช่องปาก ลิ้น เหงือก ฟัน ฟันเทียม น้ำลาย และการกลืน ในแต่ละข้อจะแบ่งเป็นระดับคะแนน ดังนี้ 0 คะแนน คือ สภาวะปกติ 1 คะแนน คือ สภาวะที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงที่ต้องให้คำแนะนำ หรือเฝ้าระวัง 2 คะแนน คือ สภาวะผิดปกติที่จำเป็นต้องส่งรักษาแพทย์หรือทันตแพทย์ คะแนนรวมทั้ง 0-18 คะแนน โดยคะแนนรวมที่น้อยแสดงถึงสภาวะสุขภาพช่องปากและฟันเทียมอยู่ในระดับที่เริ่มมีปัญหา แต่หากมีคะแนนที่สูงแสดงถึงสภาวะสุขภาพช่องปากและฟันเทียมจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์หรือทันตแพทย์

ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ข้อมูลประวัติการรักษาผู้ป่วยในระบบ Hosxp วัดด้วยค่าการเปลี่ยนแปลงคะแนนประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ในวันที่ออกจากโรงพยาบาล และในวันที่กลับมารับการติดตามอาการ และค่าการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) ในวันที่กลับมารับการติดตามอาการและก่อนออกจากโรงพยาบาล

จากนั้นศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทันตสุขภาพช่องปากและผลการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้จากข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของค่าประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ในวันที่ออกจากโรงพยาบาล ลบด้วยค่าประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ในวันที่กลับมารับการติดตามอาการ และการเปลี่ยนแปลงค่าประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) ในวันที่แพทย์นัดมาติดตามอาการครั้งแรก ลบด้วยค่าประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) ในวันที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) (Winstein et al., 2016) และแบบประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากและฟันเทียมฉบับดัดแปลง (Modified-ROAG) (Limpuangthip et al., 2023) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมิน ROAG ของ Andersson และคณะที่ทำขึ้นในปี พ.ศ. 2545 ฉบับดั้งเดิม ซึ่งแบบประเมินทั้งหมดดังกล่าวได้ผ่านทดสอบความตรงเนื้อหาแล้ว และมีความเป็นมาตรฐาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย และ ขอใช้ข้อมูลประวัติการรักษาผู้ป่วยในระบบ Hosxp ของโรงพยาบาลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง โดยแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับ โครงการวิจัย ให้ผู้ป่วยทราบและ ให้การยินยอมตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ป่วยจะต้องลงนามให้ความยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ตรวจสอบภาวะทันตสุขภาพ ช่องปาก ส่วนข้อมูลชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ด้านที่อ่อนแรง โรคประจำตัว ค่าประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ค่าคะแนนแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนำเข้าสู่ข้อมูลจากประวัติการรักษาในระบบ Hosxp

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมพันธ์ของเพียร์สันในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

จริยธรรมวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการวิจัย STPHO 2025-84 ลงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง (n=114)

| ตัวแปร | จำนวน(คน) | ร้อยละ |
|---------------------------|-----------|--------|
| จำนวนฟันธรรมชาติ | | |
| น้อยกว่า 20 ซี่ | 52 | 45.6 |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซี่ | 62 | 54.4 |
| จำนวนคู่สบฟันหลัง | | |
| น้อยกว่า 4 คู่ | 59 | 51.75 |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คู่ | 55 | 48.25 |
| คะแนน Modified-ROAG | | |
| 0 คะแนน | 19 | 16.70 |
| 1 คะแนน | 16 | 14.00 |
| 2 คะแนน | 28 | 24.60 |

ตารางที่ 1 ข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง (n=114) (ต่อ)

| ตัวแปร | จำนวน(คน) | ร้อยละ |
|---------------------|-----------|--------|
| 3 คะแนน | 26 | 22.80 |
| 4 คะแนน | 15 | 13.20 |
| 5 คะแนน | 7 | 6.10 |
| 6 คะแนน | 1 | 0.90 |
| 7 คะแนน | 1 | 0.90 |
| 8 คะแนน | 1 | 0.90 |
| Mean=2.33, SD.=1.64 | | |

จากตารางที่ 1 พบว่าจำนวนฟันธรรมชาติที่เหลือในช่องปากของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด คือ 32 ซี่ และน้อยสุดคือ 0 ซี่ โดยมีผู้ที่มีฟันธรรมชาติมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซี่ จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 54.40 มีจำนวนฟันคู่สบฟันหลังมากกว่า 4 คู่ จำนวน 55 คน คิดเป็น ร้อยละ 48.25 แบบประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากและฟันเทียมฉบับดัดแปลง (Modified -ROAG) มีค่าเฉลี่ย 2.33 + 1.64 มีค่าต่ำสุด 0 คะแนน และค่าสูงสุด คือ 8 คะแนน แสดงถึงการมีสภาวะทันตสุขภาพช่องปากที่ดีถึงปานกลางข้อปัญหาสภาวะทันตสุขภาพที่มากที่สุด คือ ฟัน โดยมีปัญหาระดับที่รุนแรง 49 คน คิดเป็น ร้อยละ 43.00 ส่วนข้อที่เป็นปัญหาน้อยสุดคือสภาวะของน้ำลาย โดยพบว่าผู้มีน้ำลายปกติ 111 คน คิดเป็นร้อยละ 97.40

2. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทันตสุขภาพช่องปากกับผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทันตสุขภาพช่องปากกับผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=114)

| ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพ | ตัวแปร | ค่าสหสัมพันธ์ |
|--|------------------------------|---------------|
| ผลต่างของคะแนนประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) | จำนวนฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ | .014 |
| | จำนวนคู่สบฟันหลัง | .880 |
| | คะแนนรวมของ Modified-ROAG | .095 |
| ผลต่างแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) | จำนวนฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ | .121 |
| | จำนวนคู่สบฟันหลัง | .051 |
| | คะแนนรวมของ Modified-ROAG | .099 |

** $p < .01$

จากตารางที่ 2 พบว่าจำนวนฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่จำนวนฟันคู่สบฟันหลัง และคะแนนรวมของ Modified-ROAG ไม่มีความสัมพันธ์กับผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อ

ประเมินด้วยผลต่างของคะแนนประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI)

อภิปรายผล

1. ข้อมูลสถานะทันตสุขภาพช่องปาก สภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการตรวจพบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่มีจำนวนฟันธรรมชาติมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซึ่ง คิดเป็นร้อยละ 54.40 และจำนวนคู่สบฟันหลัง อย่างน้อย 4 คู่สบ คิดเป็นร้อยละ 48.25 ตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าว ไม่แตกต่างมากนักกับผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 (The Bureau of Dental Health, 2024) ที่พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 - 74 ปี ซึ่งอายุอยู่ในช่วงเดียวกับค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีฟันถาวรอย่างน้อย 20 ซึ่งในระดับประเทศ และภาคใต้ ร้อยละ 60.90 และ 55.30 ตามลำดับ และมีคู่สบฟันหลังมากกว่า 4 คู่ ระดับประเทศและภาคใต้ร้อยละ 43.70 และ 39.70 ตามลำดับ จากการตรวจตามแบบประเมิน สภาวะสุขภาพช่องปากและฟันเทียมฉบับดัดแปลง (Modified-ROAG) พบว่าสภาพเนื้อเยื่อในช่องปาก ที่มีปัญหามากที่สุดคือสภาพของฟันผุที่รุนแรงเหลือรากฟัน ร้อยละ 43.00 ปานกลาง 33.30 เหงือกอักเสบรุนแรง ร้อยละ 17.50 ปานกลางร้อยละ 43.00 สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีสุขภาพช่องปากไม่ดี เช่นการฟันผุ สูญเสียฟัน และโรคปริทันต์อักเสบ (Cardoso et al., 2023; Moldvai et al., 2022) กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยประมาณร้อยละ 3.50 มีสภาวะกลิ่นลำบาก ซึ่งสภาวะกลิ่นลำบากสามารถพบได้ทั่วไปใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณร้อยละ 13 - 94 (Langdon and Blacker, 2023) ความรุนแรงของสภาวะกลิ่นลำบากจะสัมพันธ์กับอายุของ ผู้ป่วย ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองและตำแหน่งของรอยโรคที่สมอง (Wattanapan et al., 2016) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลชุมชนมีความรุนแรงของโรคไม่มาก ทำให้ไม่พบปัญหาการกลิ่นมากนัก นอกจากนี้ ในส่วนของลิ้นพบว่า เป็นฝ้าขาว 8 คน จากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่ทราบว่าเป็นต้องแปรงลิ้นด้วย จะเห็นได้ว่านอกจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบกพร่องในการดูแลช่องปากยังขาดความเข้าใจด้วย ผู้วิจัยจึงได้ให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลรักษาสุขภาพฟันและการแปรงลิ้นอย่างถูกวิธีและเหมาะสมแก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทันตสุขภาพช่องปากกับผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าจำนวนฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่และจำนวนฟันคู่สบฟันหลัง ไม่มีความสัมพันธ์กับผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อประเมินด้วยผลต่างของคะแนนประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) และพบว่า คะแนนรวมของแบบประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากและฟันเทียมฉบับดัดแปลง (Modified-ROAG) ไม่มีความสัมพันธ์กับผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อประเมินด้วยผลต่างของคะแนนประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) เช่นกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าสภาวะทันตสุขภาพช่องปากที่ดีมีความสัมพันธ์

กับผลการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Shiraishi et al., 2021; Gerreth et al., 2021; Phumkor et al., 2023; Eto et al., 2024) และบางการศึกษาพบว่า จำนวนฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่และจำนวนคู่สบฟันหลังที่มากกว่า 4 คู่มีความสัมพันธ์กับผลการฟื้นฟูสมรรถภาพในทิศทางตรงข้าม เมื่อประเมินด้วยคะแนนประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีฟันและคู่สบฟันหลังมากกว่า เมื่อออกจากโรงพยาบาลมีคะแนนประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) รุนแรงน้อยกว่า คนที่มีฟันและคู่สบฟันหลังน้อยกว่า ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีอาการเริ่มต้นไม่รุนแรง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (ผลต่างของคะแนนประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) น้อยกว่า (Phumkor et al., 2023) จากการที่ผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานะทันตสุขภาพช่องปากกับผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ เป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอ รับรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่รุนแรง คะแนนประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) และคะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) จึงอยู่ในระดับที่ดี ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับมาติดตามอาการ ผลต่างของคะแนนประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพจึงไม่แตกต่างกัน

ทั้งนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลายมิติ เช่น สถานะของโรคตำแหน่งของรอยโรค ด้านที่มีการอ่อนแรง ระยะเวลาการเจ็บป่วย ด้านจิตใจกำลังใจและความร่วมมือของผู้ป่วยเอง และสิ่งแวดล้อม กำลังใจจากครอบครัว (Yimsiri, 2024) โดยสรุปสถานะทันตสุขภาพช่องปากโดยใช้ข้อมูลจำนวนฟันที่เหลือในช่องปาก จำนวนคู่สบฟันหลัง และแบบประเมินสถานะสุขภาพช่องปากและฟันเทียมฉบับดัดแปลง (Modified-ROAG) ไม่มีความสัมพันธ์กับผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่เมื่อผ่านไปผู้ป่วยมักมีสถานะทันตสุขภาพที่ถดถอยทำให้มีผลต่อสุขภาพร่างกายโดยรวมมีผลต่อคุณภาพชีวิต (Noisombut et al., 2016)

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย สามารถบูรณาการการประเมินสถานะทันตสุขภาพช่องปากเข้าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งก่อนและระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยครอบคลุมการประเมินด้านต่าง ๆ ได้แก่ จำนวนฟันที่เหลืออยู่ จำนวนคู่สบฟันหลัง การออกเสียง สภาพริมฝีปาก เนื้อเยื่อในช่องปาก ลิ้น เหงือก ฟัน ฟันเทียม ปริมาณน้ำลาย และความสามารถในการกลืน ทั้งนี้ เพื่อใช้วางแผนการฟื้นฟูที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนการรับประทานอาหาร ซึ่งมีผลต่อภาวะโภชนาการและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ เมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปากที่ชัดเจน ควรส่งต่อผู้ป่วยไปยังทันตแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยทีมสหวิชาชีพด้านการฟื้นฟู ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด และนักเวชศาสตร์ฟื้นฟู สามารถนำข้อมูลสถานะทันตสุขภาพช่องปากร่วมกับคะแนนประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

(NIHSS) และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) มาใช้ในการกำหนดแผนการฟื้นฟูได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลกระทบของสภาวะทันตสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต
2. ศึกษาความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

References

- Aoyagi, M., Furuya, J., Matsubara, C., Yoshimi, K., Nakane, A., Nakagawa, K., Inaji, M., Sato, Y., Tohara, H., Minakuchi, S., & Maehara, T. (2021). Association between Improvement of Oral Health, Swallowing Function, and Nutritional Intake Method in Acute Stroke Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11379. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111379>
- Cardoso, A. F., Ribeiro, L. E., Santos, T., Pinto, M., Rocha, C., & Magalhães, J. (2023). Oral hygiene in patients with stroke: A best practice implementation project protocol. *Nursing Reports*, 13(1), 148–156. <https://doi.org/10.3390/nursrep13010016>
- Eto, F., Tomohisa Nezu, Nishi, H., Aoki, S., Tasaka, S., Susumu Horikoshi, Yano, K., Kawaguchi, H., & Maruyama, H. (2024). Oral condition at admission predicts functional outcomes and hospital-acquired pneumonia development among acute ischemic stroke patients. *Clinical Oral Investigations*, 28(8). <https://doi.org/10.1007/s00784-024-05833-w>
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). World stroke organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 17(1), 18–29. <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>
- Gerreth, P., Gerreth, K., Maciejczyk, M., Zalewska, A., & Hojan, K. (2021). Is an Oral Health Status a Predictor of Functional Improvement in Ischemic Stroke Patients Undergoing Comprehensive Rehabilitation Treatment?. *Brain Sciences*, 11(3), 338. <https://doi.org/10.3390/brainsci11030338>
- Gopal, A. (2008). Stroke and oral health. *Vital*, 5(3), 40–42.

- Hombo, A., Kato, K., Jokaji-Ishimiya, M., Kobayashi, Y., Hase, T., & Kawashiri, S. (2025). Aspiration Pneumonia Incidence and Recurrence in Elderly Stroke Patients: Oral Hygiene and Functional Status. *International Dental Journal*, 75(6), 103902. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2025.103902>
- Intarakamhang, P., Ing-aram, P., & Khunadorn, F. (1993). Prediction of hemiplegic stroke rehabilitation outcome by FIM score. *Journal of Thai Rehabilitation*, 3, 20–27.
- Langdon, C., & Blacker, D. (2010). Dysphagia in stroke: a new solution. *Stroke Research and Treatment*, 2010, 1-6. <https://doi.org/10.4061/2010/570403>
- Lieber, A. C., Hong, E., Putrino, D., Nistal, D. A., Pan, J. S., & Kellner, C. P. (2018). Nutrition, energy expenditure, dysphagia, and self-efficacy in stroke rehabilitation: A review of the literature. *Brain Sciences*, 8(12), 218. <https://doi.org/10.3390/brainsci8120218>
- Limpuangthip, N., Komin, O., Chaichaowarat, J., & Phumkor, P. (2023). Cross-cultural translation and modification of the revised oral assessment guide for oral health assessment by non-dentists. *BDJ Open*, 9(1), 42.
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke a Journal of Cerebral Circulation*, 36(12), 2756–2763.
- Moldvai, J., Orsós, M., Herczeg, E., Uhrin, E., Kivovics, M., & Németh, O. (2022). Oral health status and its associated factors among post-stroke inpatients: a cross-sectional study in Hungary. *BMC Oral Health*, 22(1), 234.
- National Health Data Center. (n.d.). *Health Data Center. Ministry of Public Health Thailand*. Retrieved May 25, 2025, from <https://hdc.moph.go.th/sni/public/main>
- Nilanont, Y., Phattharayuttawat, S., Chiewit, P., Chotikanuchit, S., Limsriwilai, J., Chalernpong, L., Yamkaew, N., Lirathpong, N., Anprasertporn, P., Komoltri, C., Prayoonwiwat, N., & Pongvarin, N. (2010). Establishment of the Thai version of National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) and a validation study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 93(Suppl. 1), S171–S178.
- Noisombut, R., Tiamkao, S., Klanrit, P., Leresche L. & Pitiphat W. (2016). Oral Health Status on Daily Performance in Ischemic Stroke Patients. *KDJ*, 19(1), 17-26. (In Thai)
- Paik, N.-J., & Kim, W.-S. (2021). *Recovery of swallowing*. In T. Platz (Ed.), *Clinical pathways in stroke rehabilitation* (pp. 85–95). Springer.

- Phumkor, P., Komin, O., Vorasayun, P., & Limpuangthip, N. (2023). *Association between the number of natural teeth and posterior occluding pairs with stroke severity prior to discharge*. In *RSU International Research Conference 2023* (pp. 250–256).
- Schimmel, M., Ono, T., Lam, O. L. T., & Müller, F. (2017). Oro-facial impairment in stroke patients. *Journal of Oral Rehabilitation*, *44*(4), 313–326.
- Shiraishi, A., Yoshimura, Y., Wakabayashi, H., Nagano, F., Bise, T., & Shimazu, S. (2021). Improvement in oral health enhances the recovery of activities of daily living and dysphagia after stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases: The Official Journal of National Stroke Association*, *30*(9), 105961.
<https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105961>
- The Bureau of Dental Health, Department of Health. (2024). *The Ninth National Oral Health Survey*. Retrieved May 2, 2024, from
<https://dental.anamai.moph.go.th/th/national-oral-health-survey-report/4952#wow-book/>
- Tiamkao, S. (2023). Incidence of Stroke in Thailand Thai. *Journal of Neurology*, *39*(2), 39–46. (In Thai)
- Wattanapan, P., Kovindha, A., Permsiripanich, W., Manimmanakorn, N., & Kuptniratsaikul, V. (2016). Swallowing problem in patients with stroke: Multi-center study in Thailand. *Chotmaihet Thangphaet [Journal of the Medical Association of Thailand]*, *99* Suppl 7, S76-80.
- Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., Zorowitz, R. D., & American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American stroke association: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American stroke association. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, *47*(6), e98–e169. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>
- Woon, C. (2017). Improving oral hygiene for stroke patients. *Australasian Journal of Neuroscience*, *27*(1), 11–13.

- Yang, X., Lu, Y., Chen, H., Wei, J., He, J., Zhang, J., Hu, T., Wang, Q., & Tao, X. (2025). Oral hygiene is independently associated with early stroke-associated pneumonia in hospitalized patients with ischemic stroke: An observational study. *Medicine, 104*(10)
- Yimsiri, S. (2024). Factor related to outcomes of rehabilitation of stroke patients in Muang Mahasarakham District Mahasarakham Province. *Mahasarakham Hospital Journal, 21*(2), 90-100. (In Thai)
- Yuan, D., Zhang, J., Wang, X., Chen, S., & Wang, Y. (2020). Intensified Oral Hygiene Care in Stroke-Associated Pneumonia: A Pilot Single-Blind Randomized Controlled Trial. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 57*, 004695802096877. <https://doi.org/10.1177/0046958020968777>

ประสิทธิผลของเบาะรองนั่งต่อการลดความปวดแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ประกายศรี ห่อจันทร์*, จิระนันต์ อินทร์นุ่น, อัมภา บุญฤทธิ์, สุวิมล บุญเต็ม
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

ความปวดแผลฝีเย็บเป็นปัญหาสำคัญในมารดาหลังคลอด ทำให้ไม่สุขสบายขณะนั่ง เคลื่อนไหว และให้นมบุตร การพัฒนาอุปกรณ์ลดแรงกดทับจึงเป็นแนวทางบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยาที่สอดคล้องกับบริบทการพยาบาลหลังคลอด การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอดก่อนและขณะใช้เบาะรองนั่ง และศึกษาความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดทางช่องคลอดที่มีแผลฝีเย็บ ที่เข้ารับบริการ ณ หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 3 - 4 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงธันวาคม 2568 จำนวน 40 ราย ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เบาะรองนั่งที่ผลิตจากวัสดุหนังเทียมโพลีไวนิลคลอไรด์ (PVC) บรรจุใยสังเคราะห์ แบบประเมินระดับความปวด และแบบสอบถามความพึงพอใจแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อ เครื่องมือทุกชิ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 สำหรับแบบประเมินความปวด และ .93 สำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจ และได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

ผลวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความปวดแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอดขณะใช้เบาะรองนั่งต่ำกว่าก่อนใช้เบาะรองนั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในทุกกิจกรรม โดยกิจกรรมการให้นมบุตรในท่านั่ง พบว่ามีคะแนนความปวดเฉลี่ยลดลงมากที่สุด จาก 7.08 (SD.=2.35) เหลือ 2.13 (SD.=1.84) รองลงมาคือกิจกรรมการลุกจากเตียง คะแนนความปวดลดลงจาก 7.00 (SD.=1.97) เหลือ 2.98 (SD.=1.91) ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่ามารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้เบาะรองนั่งอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.73$, $SD.=.55$) สรุปได้ว่าเบาะรองนั่งมีประสิทธิผลในการลดความปวดแผลฝีเย็บ ช่วยเพิ่มความสุขสบายในการให้นมบุตรและทำกิจวัตรประจำวันได้ดี ควรส่งเสริมการนำเบาะรองนั่งไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลมารดาหลังคลอด

คำสำคัญ: มารดาหลังคลอด, แผลฝีเย็บ, เบาะรองนั่งสำหรับมารดาหลังคลอด,
การบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา

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

วันที่รับ 1 ก.พ. 2569, วันที่แก้ไขเสร็จ 17 พ.ค. 2569, วันที่ตอบรับ 24 พ.ค.2569

Effectiveness of a Seat Cushion for Reducing Perineal Pain in Postpartum Mothers at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Prakaysri Horjan*, Jiranan Innun, Ampha Bunrit, Suwimon Buntem
Nursing Group, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Perineal pain is an important postpartum problem because it causes discomfort during sitting, movement, and breastfeeding. A pressure-relieving device is therefore a relevant non-pharmacological nursing approach for postpartum care. This quasi-experimental study aimed to compare perineal pain levels in postpartum mothers before and during use of a seat cushion, and to assess maternal satisfaction. The sample consisted of 40 postpartum mothers who underwent vaginal delivery with episiotomy and were admitted to the Chalermphrabarami 3-4 special ward, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, between August and December 2025. A purposive sampling technique was used to select participants. Research instruments included a polyester-filled PVC seat cushion with a central oval opening, the Numeric Rating Scale (NRS) for pain assessment, and a 7-item Likert-scale satisfaction questionnaire. All instruments were validated by three experts (Content Validity Index: NRS = 1.00, satisfaction questionnaire = .93) and the satisfaction questionnaire demonstrated acceptable reliability (Cronbach's Alpha = .89). Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

Results showed that perineal pain scores during seat cushion use were significantly lower than before use across all five activities ($p < .00$). The greatest reduction was observed during breastfeeding in a sitting position (pre: $M=7.08$, $SD.=2.35$; during: $M=2.13$, $SD.=1.84$), followed by getting out of bed (pre: $M=7.00$, $SD.=1.97$; during: $M=2.98$, $SD.=1.91$). Overall maternal satisfaction was at the highest level ($M=4.73$, $SD.=.55$). These findings indicate that seat cushion is effective in reducing perineal pain and enhancing comfort during breastfeeding and daily activities. Its integration into postpartum nursing care is recommended to improve the quality of maternal recovery.

Keywords: Postpartum Mother, Perineal Wound, Postpartum Seat Cushion,
Non-Pharmacological Pain Management

Corresponding E-mail: Prakaysrih@gmail.com

Received: February 1, 2026; Revised: May 17, 2026; Accepted: May 24, 2026

บทนำ

การคลอดบุตรทางช่องคลอดเป็นกระบวนการธรรมชาติที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายของมารดาหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีการตัดฝีเย็บ (Episiotomy) หรือการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ (Perineal lacerations) ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในมารดาหลังคลอด อาการเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บเป็นผลจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ หรือการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายในการเคลื่อนไหว การนั่ง และการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฟื้นฟูร่างกาย การให้นมบุตร และการแสดงบทบาทของความเป็นมารดาในระยะหลังคลอด (Chiarelli & Cockburn, 2002; Liu et al., 2021) จากการศึกษาพบว่า ระดับความปวดแผลฝีเย็บหลังคลอดมักอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยเฉพาะในช่วง 24 - 72 ชั่วโมงแรก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (Visual Analog Scale VAS) อยู่ที่ประมาณ 4 - 7 คะแนน (Nanji, J. A. et al., 2020; Kettle et al., 2002) แม้อาการปวดจะลดลงหลัง 3 - 5 วัน แต่ในบางรายอาจคงอยู่ได้นานถึง 6 สัปดาห์หรือมากกว่านั้น

ความปวดบริเวณฝีเย็บส่งผลกระทบต่อตรงต่อพฤติกรรมการให้นมบุตร โดยเฉพาะในท่านั่งซึ่งเป็นท่าที่นิยมใช้มากที่สุด หากมารดาที่มีความปวดขณะนั่งอาจลดระยะเวลาและความถี่ในการให้นม ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการสร้างน้ำนม รวมถึงส่งผลทางอ้อมต่อความผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Liu et al., 2021) นอกจากนี้ ความปวดที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อ การชะลอการสมานแผล และภาวะเครียดซึ่งส่งผลเสียต่อระบบภูมิคุ้มกัน (Nanji & Carvalho, 2020) อีกทั้งยังอาจก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตใจ เช่น ความรู้สึกท้อแท้ หรือภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตของมารดาในระยะยาว

หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 3 - 4 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ให้บริการดูแลมารดาหลังคลอดเป็นจำนวนมาก จากสถิติปี 2562 - 2566 มีมารดาคลอดทางช่องคลอดจำนวน 522, 659, 592, 498 และ 439 ราย ตามลำดับ การประเมินปัญหาพบว่า มารดาร้อยละ 18 มีความปวดระดับรุนแรง (7 - 10 คะแนน) และร้อยละ 67 มีความปวดระดับปานกลาง (4 - 6 คะแนน) ส่งผลให้มารดาต้องใช้วิธีนั่งตะแคงเพื่อหลีกเลี่ยงการกดทับแผล ทำให้เกิดความเมื่อยล้าและไม่สุขสบาย

เดิมที่หอผู้ป่วยพัฒนาการดูแลแผลฝีเย็บโดยใช้การประคบเย็นจากถุงน้ำแข็งและส่องไฟสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งสามารถลดอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บจนถึงร้อยละ 0 (ต่ำกว่าเกณฑ์ KPI ที่ร้อยละ 0.5) แต่ยังพบว่ามารดาปวดแผลมากขึ้นเมื่อลุกนั่ง ทำให้เปลี่ยนอิริยาบถลดลงและเสี่ยงต่อการไหลเวียนเลือดบริเวณแผลน้อยลง จึงได้พัฒนาเบาะรองนั่ง "หมอนยิ้ม นิ่มสบาย" ผ่าน 8 ระยะ ได้แก่ เริ่มจากใช้ห่วงยางวางย้วยน้ำเด็กบรรจุเศษผ้า, เบาะผ้า พบปัญหาขยายตัว ยืด รั่ว เบาะยุบตัว ทำความสะอาดยาก → หุ้มเบาะด้วยหนังเทียม PVC กันน้ำ → เปลี่ยนไส้เป็นใยสังเคราะห์ Polyester → แบ่ง 3 ขนาดตามน้ำหนักตัว → เพิ่มหูหิ้วลดการปนเปื้อน → เปิดรับบริจาคใยสังเคราะห์จากหมอนเก่าเพื่อลดต้นทุน → ปรับรูปร่างกลางจากวงกลมเป็นวงรีตามคำแนะนำของสูติแพทย์เพื่อรองรับแผลฝีเย็บและริดสีดวงทวาร จนได้นวัตกรรมปัจจุบันที่ผ่านการทดสอบเชิงกลด้วยเครื่อง UTM มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

จากปัญหาดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนานวัตกรรม "เบาะรองนั่ง" (Seat Cushion) ที่ผลิตจากหนังเทียมโพลีไวนิลคลอไรด์ (PVC) บรรจุใยสังเคราะห์ Polyester ออกแบบให้มีรูตรงกลางเพื่อลดแรงกดทับบริเวณแผ่นผิเย็บ โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีประตูควบคุมความเจ็บปวด (Gate Control Theory of Pain) ของ Melzack and Wall (1965) ที่อธิบายว่าการลดแรงกดและการเปลี่ยนแปลงสิ่งเร้าที่ตำแหน่งปวด สามารถปิดกั้นสัญญาณความเจ็บปวดไม่ให้ส่งไปยังสมองได้ ช่วยให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง การวิจัยครั้งนี้นำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

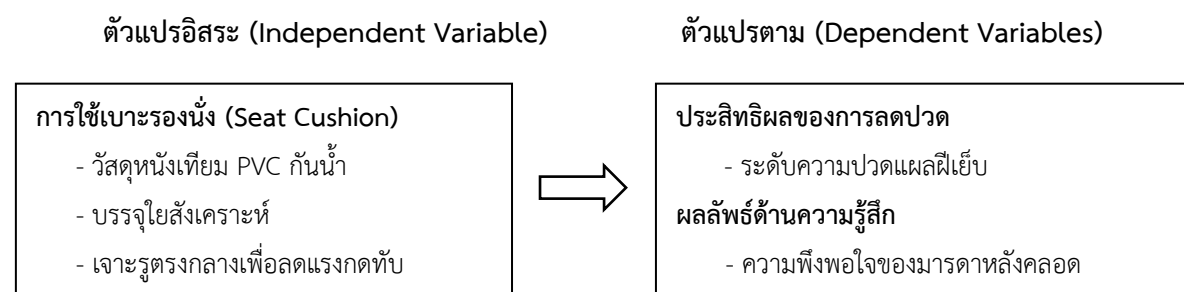
1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดแผ่นผิเย็บของมารดาหลังคลอดระหว่างก่อนและขณะใช้เบาะรองนั่ง
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดที่มีต่อการใช้เบาะรองนั่ง

สมมติฐานวิจัย

ระดับความปวดแผ่นผิเย็บของมารดาหลังคลอดขณะใช้เบาะรองนั่งต่ำกว่าก่อนใช้เบาะรองนั่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ Gate Control Theory of Pain ของ Melzack and Wall (1965) เป็นกรอบแนวคิดหลัก โดยอธิบายว่าความรู้สึกเจ็บปวดเกิดจากการส่งผ่านสัญญาณประสาทไปยังสมอง หากมีการลดแรงกดทับหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งเร้าที่ตำแหน่งปวด จะเปรียบเสมือนการปิด "ประตู" (Gate) ของสัญญาณความเจ็บปวด ส่งผลให้การรับรู้ความปวดลดลง ผู้วิจัยจึงพัฒนา "เบาะรองนั่ง" ที่ออกแบบให้ลดแรงกดและกระจายน้ำหนักบริเวณผิเย็บ เพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแปรอิสระในการปิดกั้นสัญญาณความปวด ซึ่งคาดว่าจะส่งผลต่อตัวแปรตาม คือ ระดับความปวดแผ่นผิเย็บที่ลดลง และนำไปสู่ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด สามารถเขียนเป็นแผนภาพกรอบแนวคิดได้ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มารดาหลังคลอดบุตรทางช่องคลอดและมีแผลฝีเย็บ ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษ เกลิมพระบาร์มี ชั้น 3 - 4 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในช่วง สิงหาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ 2568 จำนวนประมาณ 183 ราย (อ้างอิงจากสถิติการคลอดบุตรทางช่องคลอดปี 2566 จำนวน 439 ราย คิดเฉลี่ยสำหรับระยะเวลา 5 เดือน)

กลุ่มตัวอย่าง มารดาหลังคลอดบุตรทางช่องคลอดและมีแผลฝีเย็บ ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษ เกลิมพระบาร์มี ชั้น 3 - 4 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในช่วง สิงหาคม ถึงเดือน ธันวาคม 2568 คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญ (Alpha) เท่ากับ 0.05, อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.5 ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานสำหรับงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Faul et al., 2009) ผลการคำนวณด้วยสถิติทดสอบแบบ Paired t-Test (Two-Tails) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 34 ราย เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูล (Dropout) ประมาณร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2021) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยผู้วิจัย คัดเลือกมารดาหลังคลอดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยและมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด ทั้งนี้ไม่ใช้วิธีการสุ่ม เนื่องจากการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ซึ่งมุ่งศึกษาในกลุ่มประชากรเฉพาะที่มีแผลฝีเย็บหลังคลอดในช่วงเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ มารดาหลังคลอดทางช่องคลอดที่อยู่ในระยะ 24 - 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มีแผลฝีเย็บระดับที่ 1 - 2 หรือมีแผลฝีเย็บที่ประเมินตามแบบประเมิน REEDA อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (คะแนนรวม 1 - 5 คะแนน) แล้วสามารถนั่งบนเบาะได้อย่างปลอดภัย รู้สึกตัวดี สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ สามารถให้ข้อมูลระดับความปวดด้วยตนเอง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะผิดปกติทางจิตหรือภาวะซึมเศร้าที่ส่งผลต่อการให้ข้อมูล มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดหรือภาวะทางสูติกรรมที่แพทย์เห็นว่าไม่เหมาะสมต่อการนั่งบนเบาะ มีแผลฝีเย็บรุนแรงหรือภาวะแผลผิดปกติที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะทางหรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้เบาะรองนั่งได้

เกณฑ์ยุติการวิจัย (Withdrawal Criteria) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการศึกษา ต้องยุติการใช้เบาะตามดุลยพินิจของแพทย์หรือพยาบาล หรือมีอาการไม่พึงประสงค์ขณะใช้เบาะรองนั่ง โดยการถอนตัวจะไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. **เครื่องมือดำเนินการวิจัย** คือ นวัตกรรม "เบาะรองนั่ง" (Seat Cushion) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผลิตจากหนังเทียมโพลีไวนิลคลอไรด์ (PVC) กันน้ำ บรรจุด้วยใยสังเคราะห์ Polyester มีช่องว่างตรงกลางรูปวงรีเพื่อลดแรงกดทับ (เบาะรองนั่ง ผ่านการทดสอบแรงอัดด้วยเครื่องทดสอบสากลตามขนาดและน้ำหนักที่ผู้วิจัยออกแบบไว้ จากศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568) แบ่งเป็น 3 ขนาดตามน้ำหนักตัวของมารดา ได้แก่

- Size S สำหรับน้ำหนัก 50.00 - 69.00 กิโลกรัม (กว้าง X ยาว 16.00 นิ้ว หนา 8.00 ซม.)
- Size M สำหรับน้ำหนัก 70.00 - 89.00 กิโลกรัม (กว้าง X ยาว 18.00 นิ้ว หนา 10.00 ซม.)
- Size L สำหรับน้ำหนัก 90.00 กิโลกรัมขึ้นไป (กว้าง X ยาว 20.00 นิ้ว หนา 12.00 ซม.)



ภาพที่ 2 เบาะรองนั่ง" (Seat Cushion) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. **เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล**

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ข้อมูลการคลอด และลักษณะแผลฝีเย็บ

2.2 แบบประเมินระดับความปวด (Numeric Rating Scale: NRS) เป็นมาตรวัดแบบเส้นตรง แบ่งระดับคะแนน 0-10 (0 หมายถึง ไม่ปวด, 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด)

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อ คำถาม ครอบคลุมด้านประสิทธิ ภาพ ความนุ่มสบาย ความสวยงาม และความสะดวกในการใช้งาน ข้อคำถามทั้ง 7 ข้อเป็นข้อคำถามทิศทางบวก ไม่มีข้อคำถามทิศทางลบ โดยตัวเลือกคำตอบแต่ละระดับมีดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

ระดับ 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย

ระดับ 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

ระดับ 4 หมายถึง พึงพอใจมาก และ

ระดับ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

การแปลผลคะแนนความพึงพอใจ (Likert Scale 5 ระดับ) ใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด 3.41 - 4.20 หมายถึง มาก 2.61 - 3.40 หมายถึง ปานกลาง 1.81-2.60 หมายถึง น้อย 1.00 - 1.80 หมายถึง น้อยที่สุด (Srisawat, 2010)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านสูติกรรม และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ โดยได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 สำหรับแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความปวด และ .93 สำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจ ซึ่งทุกรายการสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (CVI \geq .80)

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกับสถานที่วิจัย กับมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (\geq .70) สำหรับแบบประเมินความปวด เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการพิสูจน์ความเชื่อมั่นและความตรงในงานวิจัยทางคลินิกอย่างกว้างขวาง ไม่จำเป็นต้องทดสอบซ้ำในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้และมีความเหมาะสมในการนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเวลาเตรียมการ

ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วม ประโยชน์ที่จะได้รับ และสิทธิในการถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบการรักษา โดยใช้เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ร่วมกับการบอกเล่าด้วยวาจา จากนั้นขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเริ่มเก็บข้อมูลทุกราย สำหรับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน วันละ 2 ชั่วโมง ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ประกอบด้วย การบรรยาย การสาธิตการใช้เบาะ การฝึกกรณีสถานการณ์จำลอง (Case Scenario) และการฝึกปฏิบัติจริงพร้อมสาธิตย้อนกลับ (Return Demonstration) เพื่อให้พยาบาลทุกท่านมีมาตรฐานการปฏิบัติเดียวกัน ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการประเมินความปวดพื้นฐาน (Baseline Pain

Assessment) ของกลุ่มตัวอย่างทุกรายในกิจกรรมทั้ง 5 รายการก่อนเริ่มใช้เบาะ เพื่อบันทึกเป็นคะแนนก่อนการทดลอง

2. ระเบียบดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยหรือพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมประเมินระดับความปวดแผลผิวยึดก่อนใช้เบาะ โดยใช้มาตราวัดความปวด (NRS) ใน 5 กิจกรรม ได้แก่ ขณะนั่งบนเก้าอี้ ขณะเปลี่ยนท่าทาง ขณะลุกจากเตียง ขณะพักผ่อนเฉยๆ และขณะป้อนนม/อุ้มลูกในท่านั่ง โดยให้มารดาชี้ระดับความปวดด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยหรือพยาบาลเลือกขนาดเบาะตามน้ำหนักตัวมารดา (น้ำหนัก 50.00 - 69.00 กก. หมายถึง ขนาด S, 70.00 - 89.00 กก. หมายถึง ขนาด M, \geq 90.00 กก. หมายถึง ขนาด L) เริ่มใช้เบาะรองนั่งกับมารดาหลังคลอด 24 ชั่วโมง โดยวางเบาะรองนั่งบนพื้นผิวเรียบ ไม่เอียง จัดให้แผลผิวยึดอยู่ตรงช่องว่างกลางเบาะ น้ำหนักกระจายสะโพกทั้งสองข้าง หลังตรง เท้าวางราบ ไม่นั่งไขว่ห้าง กำหนดนั่งครั้งละ 30 - 60 นาที วันละ 3 - 4 ครั้ง ตลอด 72 ชั่วโมง (3 วัน) นับจากวันคลอดจนจำหน่าย

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินความปวดซ้ำด้วยแบบประเมินความปวดใน 5 กิจกรรมเดิมขณะมารดานั่งบนเบาะ ทุกครั้งที่มีการใช้เบาะตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล

3. ระเบียบประเมินผล

ให้มารดาประเมินความพึงพอใจหลังเสร็จสิ้นการทดลองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลตลอดระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรก (3 วัน) นับจากวันคลอด โดยผู้วิจัยหรือพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ประเมินระดับความปวดในทุกกิจกรรม ตามขั้นตอนที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบระดับความปวดแผลผิวยึดก่อนและขณะใช้เบาะรองนั่ง ใช้สถิติ paired t-test เนื่องจากข้อมูลเป็นการวัดซ้ำในมารดารายเดียวกัน 2 ครั้ง (ก่อนและขณะใช้เบาะ) โดยข้อมูลอยู่ในระดับ Interval Scale คะแนนความปวดที่มีค่า 0 - 10 การวัด ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน และความแตกต่างของคู่ข้อมูล (Difference Score) มีการแจกแจงแบบปกติ ซึ่งตรวจสอบด้วย Shapiro-Wilk test พบว่า $p > .05$ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบ
3. ระดับความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช เลขที่ A038/2568 รับรอง ณ วันที่ 28 สิงหาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสูติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มมารดาหลังคลอดจำนวน 40 ราย พบว่าส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 34 ปี (ร้อยละ 72.50) อายุเฉลี่ยประมาณ 30.00 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 47.50) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 27.50) และแม่บ้าน (ร้อยละ 25.00) ด้านข้อมูลการคลอดพบว่า ร้อยละ 35.00 เป็นมารดาครรภ์แรก (Primipara) และร้อยละ 45.00 เป็น Nullipara (ไม่เคยมีบุตรที่มีชีวิตมาก่อน ซึ่งรวมถึงมารดาครรภ์แรกและมารดาที่เคยตั้งครรภ์แต่สูญเสียบุตรก่อนคลอด) ทุกรายคลอดด้วยวิธีธรรมชาติ (Spontaneous Vaginal Delivery) ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักเฉลี่ย 3,050.00 กรัม สำหรับลักษณะแผลฝีเย็บ ส่วนใหญ่เป็นแผลระดับที่ 2 (Second Degree Tear) คิดเป็นร้อยละ 75.00 และระดับที่ 1 ร้อยละ 25.00

2. ผลการเปรียบเทียบระดับความปวดแผลฝีเย็บ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดแผลฝีเย็บ (Pain Score 0 - 10) ของมารดาหลังคลอดระหว่างก่อนและขณะใช้เบาะรองนั่ง ในกิจกรรมต่างๆ พบว่า ระดับความปวดขณะใช้เบาะรองนั่งลดลงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .00$) ในทุกกิจกรรม โดยขนาดอิทธิพล (Cohen's d) อยู่ในระดับขนาดใหญ่ ($d > 0.80$) ในทุกกิจกรรม ซึ่งบ่งชี้ถึงนัยสำคัญทางคลินิกที่ชัดเจนนอกเหนือจากนัยสำคัญทางสถิติ

ให้หมอบูตรในท่านั่ง เป็นกิจกรรมที่มารดามีคะแนนความปวดเฉลี่ยก่อนใช้สูงที่สุดเท่ากับ 7.08 ($SD.=2.35$) แต่เมื่อใช้เบาะรองนั่ง ความปวดลดลงเหลือ 2.13 ($SD.=1.84$) ($t=10.49, p < .00$)

ลุกจากเตียง คะแนนความปวดเฉลี่ยจาก 7.00 ($SD.=1.97$) เหลือ 2.98 ($SD.=1.91$) ($t=9.29, p < .00$)

เปลี่ยนท่าทาง/ขยับร่างกาย คะแนนความปวดเฉลี่ยลดลงจาก 6.93 ($SD.=1.89$) เหลือ 2.95 ($SD.=1.74$) ($t=9.80, p < .00$)

พักผ่อนบนเตียง คะแนนความปวดเฉลี่ยลดลงจาก 6.25 ($SD.=1.92$) เหลือ 2.33 ($SD.=1.73$) ($t = 9.56, p < .00$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความปวดแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด จำแนกตามกิจกรรม (n=40)

| กิจกรรม | ช่วงเวลา | M | SD. | t | p-value |
|--------------------------|----------|------|------|-------|---------|
| 1. พักผ่อนเฉยๆ บนเตียง | ก่อนใช้ | 6.25 | 1.92 | 9.56 | < .00* |
| | ขณะใช้ | 2.33 | 1.73 | | |
| 2. เปลี่ยนท่าทาง/ขยับตัว | ก่อนใช้ | 6.93 | 1.89 | 9.80 | < .00* |
| | ขณะใช้ | 2.95 | 1.74 | | |
| 3. ลุกจากเตียง | ก่อนใช้ | 7.00 | 1.97 | 9.29 | < .00* |
| | ขณะใช้ | 2.98 | 1.91 | | |
| 4. พักผ่อนบนเก้าอี้ | ก่อนใช้ | 5.98 | 2.53 | 7.86 | < .00* |
| | ขณะใช้ | 2.08 | 1.86 | | |
| 5. ให้หมอบูตรในท่านั่ง | ก่อนใช้ | 7.08 | 2.35 | 10.49 | < .00* |
| | ขณะใช้ | 2.13 | 1.84 | | |

3. ผลการศึกษาความพึงพอใจ

ผลการประเมินความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดที่มีต่อการใช้เบาะรองนั่ง พบว่า มารดามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.73$, $SD=.55$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ ($M=4.68$) รองลงมาคือ ความนุ่มสบายและความเหมาะสมกับสรีระ ($M=4.53$) นอกจากนี้ มารดายังมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อความสะดวกในการใช้งานขณะให้นมบุตรหรือดูแลทารก รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดต่อการใช้เบาะรองนั่งลดปวดแผลฝีเย็บ

| ลำดับ | รายการประเมินความพึงพอใจ | M | SD. | ระดับความพึงพอใจ |
|-------|--|------|-----|------------------|
| 1. | เบาะรองนั่งช่วยลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ | 4.68 | .53 | มากที่สุด |
| 2. | เบาะรองนั่งช่วยให้สามารถนั่งได้นานขึ้น | 4.68 | .57 | มากที่สุด |
| 3. | เบาะมีความนุ่มสบายเหมาะสมกับสรีระ | 4.53 | .64 | มากที่สุด |
| 4. | ความสวยงามของเบาะรองนั่ง | 4.30 | .79 | มาก |
| 5. | เบาะมีขนาดเหมาะสม ใช้งานง่าย | 4.68 | .62 | มากที่สุด |
| 6. | สามารถใช้เบาะขณะให้นม/ดูแลลูกได้อย่างสะดวก | 4.68 | .62 | มากที่สุด |
| 7. | ความพึงพอใจโดยรวมของเบาะรองนั่ง | 4.73 | .55 | มากที่สุด |

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย ประสิทธิภาพเบาะรองนั่งมารดาหลังคลอด ในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบระดับความปวดแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอดระหว่างก่อนและขณะใช้เบาะรองนั่ง พบว่า มารดาหลังคลอดมีระดับความปวดแผลฝีเย็บขณะใช้เบาะรองนั่งลดลงกว่าก่อนในข้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .00$) ในทุกกิจกรรม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสมมติฐานและสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีประตูควบคุมความเจ็บปวด (Gate Control Theory of Pain) ของ Melzack and Wall (1965) ที่อธิบายว่าการลดแรงกดทับหรือการเปลี่ยนแปลงสิ่งเร้าทางกายภาพ สามารถปิดกั้นสัญญาณประสาทความปวดไม่ให้ส่งต่อไปยังสมองได้ กลไกสำคัญเกิดจากการออกแบบเบาะรองนั่งที่มีช่องว่างตรงกลางรูปวงรี และใช้วัสดุที่มีความยืดหยุ่น (ใยสังเคราะห์และหนังเทียม PVC) ช่วยขจัดแรงกดทับโดยตรงที่บริเวณแผลฝีเย็บ (Direct Pressure Relief) และกระจายน้ำหนักตัวไปยังบริเวณสะโพกและต้นขาแทน เมื่อแผลไม่ถูกกดทับและไม่มีแรงดึงรั้งจากการนั่งสัมผัสพื้นแข็งโดยตรง สัญญาณความเจ็บปวดจึงลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการทดสอบแรงอัดของเบาะที่ดำเนินการโดยศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568 ซึ่งยืนยันว่าเบาะแต่ละขนาด (S, M, L) สามารถรองรับน้ำหนักตัวของมารดาได้ตามที่ออกแบบ โดยไม่เกิดการยุบตัวที่จะส่งผลให้แผลฝีเย็บสัมผัสพื้นเบาะในบริบทของงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 40 ราย ส่วนใหญ่มีแผลฝีเย็บระดับที่ 2 (ร้อยละ 75.00) ซึ่งมีความลึกและความกว้างของแผลมากกว่าระดับที่ 1 การลดแรงกดทับโดยตรงผ่านช่องว่างกลางเบาะจึงมี

ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดสัญญาณความเจ็บปวดในกลุ่มนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rattanaphong (2019) และ Phatthananukunakit (2020) ที่พบว่าการใช้นวัตกรรมเบาเรองนั่งหรือเบาโม่รูปตัวยูช่วยลดคะแนนความปวดแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการนั่งบนวัสดุปกติ

การส่งเสริมการทำหน้าที่มารดาและการให้นมบุตร กิจกรรมการให้นมบุตรในท่านั่งและการลุกจากเตียง มีค่าคะแนนความปวดลดลงมากที่สุดเมื่อใช้เบาเรองนั่ง (ลดลงจากระดับรุนแรง 7.08 เหลือระดับน้อย 2.13) สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นว่าความปวดเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากท่านั่งเป็นท่ามาตรฐานในการให้นมหากมารดาเจ็บแผลจะทำให้เกิดความเครียดและลดความถี่ในการให้นมลง การใช้เบาเรองนั่งจึงไม่เพียงแต่ลดปวดทางกาย แต่ยังช่วยส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดา (Maternal Role) ช่วยให้มารดาสามารถนั่งให้นมบุตรได้นานขึ้นและมีความสุขสบายในการดูแลทารก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2021) ที่พบว่าการลดความปวดแผลฝีเย็บส่งผลดีต่อการฟื้นฟูร่างกายของมารดาในระยะหลังคลอด และสอดคล้องกับ Chiarelli and Cockburn (2002) ที่ชี้ว่าความไม่สุขสบายบริเวณฝีเย็บส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการให้นมบุตรและความผูกพันระหว่างแม่ลูก

2. ผลความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดที่มีต่อการใช้เบาเรองนั่ง พบว่า มารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจโดยรวมต่อเบาเรองนั่งในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านประสิทธิผลในการลดปวดและความนุ่มสบาย แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมนี้ตอบโจทย์ปัญหาหน้างานได้อย่างตรงจุด วัสดุหนึ่งเทียม PVC ยังมีคุณสมบัติกันน้ำ ทำความสะอาดง่าย ป้องกันการปนเปื้อนน้ำควาปลา ซึ่งเหมาะสมกับบริบทการดูแลผู้ป่วยหลังคลอดในหอผู้ป่วย สรุปผลการวิจัย เบาเรองนั่ง มีประสิทธิผลในการลดระดับความปวดแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอดได้อย่างชัดเจนทั้งในขณะพักและขณะทำกิจกรรม โดยเฉพาะการนั่งให้นมบุตร อีกทั้งยังได้รับความพึงพอใจจากผู้ใช้ในระดัมากที่สุด จึงเป็นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ราคาประหยัด และควรส่งเสริมให้เป็นอุปกรณ์มาตรฐานในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ควรนำนวัตกรรมเบาเรองนั่งไปใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลมาตรฐาน (Nursing Practice Guideline) สำหรับดูแลมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บทุกรายในหอผู้ป่วย เพื่อบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological management) ควรจัดเตรียมเบาเรองนั่งให้เพียงพอและมีขนาดที่เหมาะสมกับน้ำหนักตัวของมารดา (Size S, M, L) เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการรองรับสรีระและลดแรงกดทับ ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ระยะยาว เช่น การหายของแผลฝีเย็บ หรืออัตราความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้เบาเรองนั่งควรพัฒนาต่อยอรูปแบบเบาเรองนั่งให้มีความสวยงาม พกพาสะดวกยิ่งขึ้น หรือใช้วัสดุที่ระบายอากาศได้ดียิ่งขึ้นเพื่อความสุขสบายในสภาพอากาศร้อน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ดังนี้ 1) การออกแบบวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถตัดผลของตัวแปรแทรกซ้อนได้ทั้งหมด เช่น เวลาที่ผ่านไปหลังคลอดซึ่งอาจ

ส่งผลให้ความปวดลดลงตามธรรมชาติ 2) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเฉพาะเจาะจงในโรงพยาบาลเดียว ทำให้ความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังบริบทอื่น (Generalizability) มีข้อจำกัด และ 3) ระยะเวลาติดตามผลเพียง 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ยังไม่ครอบคลุมผลลัพธ์ระยะยาว เช่น การหายของแผล หรือความต่อเนื่องในการให้นมบุตร

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนให้ผู้บริหารทางการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พิจารณานำเบาะรองนั่งบรรจุเป็นอุปกรณ์มาตรฐานในแนวปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practice Guideline) สำหรับมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ เพื่อลดความเจ็บปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะหลังคลอดอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

2. เบาะรองนั่งมีประสิทธิผลชัดเจนในการลดความปวดแผลฝีเย็บด้วยตัวเอง การนำไปใช้ร่วมกับวิธีบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยาวิธีอื่น เช่น การประคบเย็น หรือการแช่น้ำอุ่น มิได้หมายความว่าเบาะรองนั่งมีประสิทธิผลไม่เพียงพอ หากแต่สะท้อนแนวความคิดการดูแลแบบองค์รวมที่ตอบสนองความต้องการของมารดาแต่ละรายซึ่งมีระดับความปวดและบริบทที่แตกต่างกัน พยาบาลจึงสามารถเลือกผสมผสานวิธีการได้ตามความเหมาะสมของแต่ละราย

3. พยาบาลที่ผ่านการอบรมแล้วมีความสามารถในการใช้เบาะอย่างถูกต้อง การให้สุขศึกษาและสาธิตแก่มารดาในที่นี้ไม่ได้หมายความว่าพยาบาลขาดทักษะ แต่เป็นบทบาทปกติของพยาบาลในการถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้มารดาสามารถใช้เบาะได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยด้วยตนเองเมื่อกลับบ้าน ซึ่งเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง อันเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาลมารดาหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่กว้างขวางและลึกซึ้งยิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นดังต่อไปนี้

1. การขยายขอบเขตการศึกษา ควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น หรือศึกษาในหลายสถานพยาบาล (Multicenter Study) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัย

2. การศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว ควรศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพิ่มเติม เช่น ผลต่อระยะเวลาการหายของแผลฝีเย็บ, ภาวะแทรกซ้อนของแผล หรือความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

3. การพัฒนารูปแบบการวิจัย ควรออกแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้เบาะรองนั่ง ซึ่งจะช่วยยืนยันประสิทธิผลของนวัตกรรมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น หรือเปรียบเทียบกับอุปกรณ์ลดปวดชนิดอื่นๆ

4. การพัฒนาตัวนวัตกรรม ควรศึกษาและพัฒนาวัสดุหรือรูปแบบของเบาะรองนั่งให้มีความจำเพาะกับสรีระของมารดาแต่ละกลุ่มมากขึ้น เช่น การแบ่งกลุ่มศึกษาตามดัชนีมวลกาย เพื่อออกแบบเบาะที่รองรับน้ำหนักได้เหมาะสมที่สุด หรือการปรับปรุงรูปแบบเพื่อรองรับมารดาที่มีปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วย รวมถึงการศึกษาผลของสีสนับและรูปลักษณะภายนอกที่มีต่อความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ใช้

References

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Postpartum perineal care*.
<https://www.acog.org/>
- Chiarelli, P., & Cockburn, J. (2002). Promoting urinary continence in women after delivery: Randomised controlled trial. *BMJ*, *324*(7348), 1241.
<https://doi.org/10.1136/bmj.324.7348.1241>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). *Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses*. *Behavior Research Methods*, *41*(4), 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- lamsaard, M. (2016). *Perineal pain in postpartum women and non-pharmacological pain relief care*. *Journal of Nursing Science*, *34*(2), 22-31.
- Jaidee, S. (2021). *Development of a seat cushion for relieving postpartum maternal pain*. *Journal of Nursing Science*, *39*(2), 45-52.
- Kettle, C., Hills, R. K., Jones, P., Darby, L., Gray, R., & Johanson, R. (2002). Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: A randomised controlled trial. *The Lancet*, *359*(9325), 2217-2223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09312-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09312-1)
- Liu, Y., Li, L., & Zhang, Y. (2021). Effect of warm sitz bath on episiotomy pain and wound healing among primiparous women. *International Journal of Nursing Studies*, *117*, Article 104105. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104105>
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, *150*(3699), 971-979. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971>
- Nanji, J. A., & Carvalho, B. (2020). Pain management during labor and vaginal birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *67*, 100-112.
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.002>
- Phatthanakunakit, W. (2020). *Effects of using a foam seat cushion on perineal pain among postpartum women*. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *21*(1), 112-120.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (11th ed.)*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Poolperm, R. (2014). *Effectiveness of cold compression on perineal trauma among postpartum mothers*. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(1), 1-10.
- Rattanaphong, S. (2019). *Effects of using a seat cushion on pain levels and satisfaction among postpartum mothers with perineal wounds*. *Nursing Journal, Chiang Mai University*, 46(1), 30-41.
- Srisawat, B. (2010). *Basic research (9th ed.)*. Suweeriyasan.
- Tangcholthip, K. (2018). *Effects of using a U-shaped seat cushion on perineal pain among postpartum women (Master's thesis, Chulalongkorn University)*. Chulalongkorn University Intellectual Repository.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของคลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา

ประติตร ปะนะรัตน์¹, นวรัตน์ ไวมภู^{2*}

¹โรงพยาบาลรัตนภูมิ, ²มหาวิทยาลัยหาดใหญ่

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพและปัญหา การดูแลผู้สูงอายุด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้สูงอายุ รวม 32 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบ สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบโดยนำ ผลจากระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบและประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ โดยผู้เชี่ยวชาญ 6 คน ด้วยแบบประเมินระดับมาตรฐานค่า 5 ระดับ ซึ่งมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 ทุก ข้อ ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 19 คนวิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

ผลการวิจัยพบว่า 1) การดูแลผู้สูงอายุมีความครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการดำเนินงานหลักขับเคลื่อนผ่านชมรมผู้สูงอายุและการทำงานร่วมกันของพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม เช่น ออกกำลังกาย ให้ความรู้ ตรวจคัดกรองสุขภาพ เยี่ยมบ้าน และกิจกรรมด้านจิตวิญญาณ เช่น สวดมนต์และทำบุญ ขณะที่ อสม. มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ทั้งการวัดความดัน เจาะเลือด ให้ยา ดูแล กิจวัตรประจำวัน ช่วยกายภาพบำบัด สนับสนุนด้านอารมณ์ และประสานงานเพื่อเข้ารับบริการทาง การแพทย์ รวมถึงส่งเสริมการทำบุญ ฟังธรรม และการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สะท้อนว่า ตนได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจากพยาบาลและ อสม. ทั้งการติดตามอาการ ให้ยา และดูแลกิจวัตร ประจำวัน อย่างไรก็ตาม บางรายต้องการให้ อสม. มาเยี่ยมบ้านบ่อยขึ้นและเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล โดยรวมสะท้อนว่าการดูแลผู้สูงอายุมีความครอบคลุม แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความทั่วถึงและความสม่ำเสมอ ในการเยี่ยมบ้าน 2) รูปแบบที่ได้จากการวิจัย คือ H-CARE 360° Holistic Elderly Model 3) ผลการ เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ภาพรวมและรายด้าน พบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การดูแลแบบองค์รวม , อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: navarat.wa@hu.ac.th)

วันที่รับ 19 ธ.ค. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 1 พ.ค. 2569, วันที่ตอบรับ 12 พ.ค.2569

The Development of a Holistic Elderly Care Model for Wat Mai Thung Kha Community Clinic, Rattaphum District, Songkhla Province

Pradit Panarat¹, Navarat Waichompu^{2*}
¹Rattaphum Hospitai, ²Hat Yai University

Abstract

The research and development project aimed (1) to examine the conditions and problems in elderly care, and (2) to develop a holistic elderly care model. The study consisted of 3 phases. Phase 1 investigated the current situation and problems in elderly care using a qualitative approach through in-depth interviews with 32 key informants, including nurses, village health volunteers, and older adults. A semi-structured interview guide was used, and the data were analyzed using content analysis. Phase 2 involved developing the model based on findings from Phase 1, followed by an evaluation of its appropriateness and feasibility by six experts using a five-point rating scale. The Content Validity Index (CVI) of all items was 1.00. Phase 3 evaluated the effectiveness of the model. The sample group consisted of 19 elderly individuals, and the data was analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Signed-Rank Test.

The results showed that 1) elderly care in the study area covered four dimensions-physical, psychological, social, and spiritual-driven primarily through elderly clubs and collaboration between nurses and village health volunteers. Various holistic health-promoting activities were provided, such as exercise, health education, health screening, home visits, and spiritual activities including praying and merit-making. Village health volunteers played a vital role in individual care, including blood pressure measurement, finger-prick blood tests, medication support, assistance with daily activities, physical rehabilitation, emotional support, and coordination for medical services, as well as facilitating religious and social engagement. Most older adults reported receiving appropriate care from nurses and volunteers; however, some expressed the need for more frequent home visits and continuous follow-up. Overall, elderly care was holistic but still limited in coverage and consistency of home visits. 2) The model developed from the study was the H-CARE 360° Holistic Elderly Model. 3) A comparison of pre- and post-implementation outcomes showed statistically significant improvements at the .001 level.

Keywords: Elderly, Holistic Care, Village Health Volunteer

Corresponding E-mail: navarat.wa@hu.ac.th

Received: December 19, 2025; Revised: May 1, 2026; Accepted: May 12, 2026

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 9 No.1 January - June 2026 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

ในปี 2023 โลกมีประชากรประมาณ 8 พันล้านคน โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 1.14 พันล้านคน คิดเป็น 14.22% องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าภายในปี 2050 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จะอยู่ที่ประมาณสองพันล้านคน หรือ 20% ของประชากรโลก ในกลุ่มประเทศอาเซียน สิงคโปร์มีอัตรา ผู้สูงอายุสูงที่สุดและเป็นประเทศแรกที่กำลังกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ตามมาด้วยประเทศไทย (Department of Older Persons, 2024) การดูแลแบบองค์รวมจึงเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ มิติด้านร่างกาย ที่มุ่งเน้นการดูแลร่างกายเพื่อให้มีความแข็งแรง มีผลกระทงที่สมบูรณ์ มิติด้านจิตใจ มุ่งเน้น การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ปราศจากความเครียด สามารถปรับตัวต่อทุกสภาวะของร่างกายได้ดี มีความคิดความอ่านได้เหมาะสม ตามวัย มิติด้านสังคม มุ่งเน้นความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม การ อยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข และมีระบบบริการที่ดี มีแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม และมิติด้านจิต วิญญาณ เป็นมิติที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมิติอื่นๆ อย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นสภาวะทางกาย สภาวะทางจิตใจ และสภาวะทางสังคม (Dossey & Keegan, 2016) จึงมีความสำคัญ คือ ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมักเผชิญกับ โรคเรื้อรังและการเสื่อมของร่างกาย การดูแลสุขภาพทางร่างกายอย่างเหมาะสม เช่น การจัดการโรค การฟื้นฟู สมรรถภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมักประสบกับ ความเครียด ความเหงา หรือความวิตกกังวล ดังนั้นการสนับสนุนทางจิตวิทยาและการให้คำปรึกษาอาจช่วย ให้พวกเขาสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านสังคม ผู้สูงอายุควรได้รับการ สนับสนุนให้มีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวและชุมชนอย่างสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมสังคมช่วยลด ความรู้สึกโดดเดี่ยวและช่วยสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ในขณะเดียวกัน การดูแลด้านจิตวิญญาณ ก็ไม่ควรถูกละเลย การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงกิจกรรมที่มีความหมายทางจิตวิญญาณหรือศาสนาสามารถ ทำให้พวกเขารู้สึกสงบและมีความหมายในชีวิตมากขึ้น (Piriyanont, 2019; Kueakool, 2021)

ข้อมูลผู้สูงอายุ ปี 2567 จังหวัดสงขลามีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 219,021 คน คิดเป็น 14.7% ของ ประชากรทั้งหมดของจังหวัด การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่นี้เป็นไปตามแนวโน้มของประเทศไทย ที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้หน่วยงานท้องถิ่นมีความจำเป็นในการปรับตัวและพัฒนาบริการต่าง ๆ เพื่อรองรับความต้องการของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น (Songkhla Provincial Statistical Office, 2024) และ ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่ใช้บริการที่คลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา ซึ่งรับผิดชอบ ผู้สูงอายุหมู่ที่ 2, 5 และ 8 ในตำบลกำแพงเพชร ปี 2566 และ 2567 จำนวน 644 และ 696 คน เห็นได้ว่ามี แนวโน้มเพิ่มขึ้น ในการดูแลผู้สูงอายุนั้นไม่ควรมุ่งเน้นเพียงแต่ด้านร่างกาย ควรให้การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ และมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่แตกต่างกันจึงมีความจำเป็น เห็นได้จากงานวิจัยของ Wae et al. (2018) ที่ศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ใน ทศวรรษหน้า ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ใน ทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2557 - 2567) เรียกว่า PP & SUM Model ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานในคลินิกชุมชน วัดใหม่ทุ่งคา มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุแบบ องค์รวม จึงได้ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของคลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา

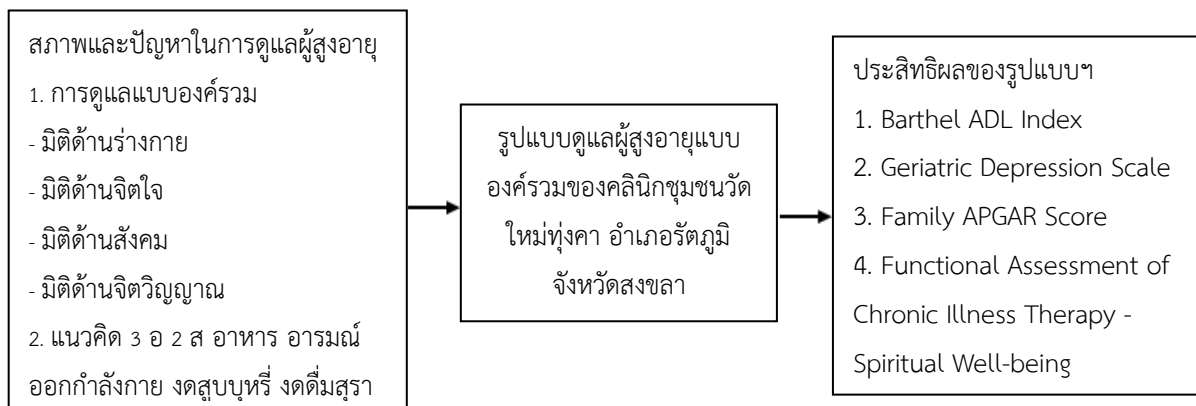
อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในคลินิกชุมชน
วัดใหม่ทุ่งคา และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุของคลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของของคลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของของคลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Dossey and Keegan (2016) ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิด 3 อ 2 ส ประกอบด้วย อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 12 ธันวาคม 2569 ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของคลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) เพื่อศึกษาสภาพการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพ เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ได้แก่ พยาบาลรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ ที่ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี รวมจำนวน 2 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ได้แก่ เป็น อสม. ในเขตรับผิดชอบของคลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา และปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี รวมจำนวน 15 คน 3) ผู้สูงอายุ โดยเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของคลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา รวมจำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับสภาพการณ์และปัญหา การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ เพศ และอายุ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับ สภาพการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม แบ่งออกเป็น 3 ชุด ตามผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล การตรวจสอบความน่าเชื่อถือในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้การทวนคำตอบ และการสอบถามข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้ตรวจสอบ (Member Check) ทุกครั้งหลังเสร็จสิ้นการ สัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการถอดคำให้สัมภาษณ์และส่งข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอ่านตรวจสอบว่าผู้วิจัย ถอดคำให้สัมภาษณ์ได้ถูกต้องตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญตอบมาหรือไม่ ถ้าไม่ตรงหรือมีความบิดเบือนจาก ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจะทำการปรับแก้ให้ถูกต้องแล้วจึงดำเนินการสรุป วิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอจริยธรรมจากโรงพยาบาลชลา จากนั้น ผู้วิจัย ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และทำการสัมภาษณ์ตามวันเวลาที่ได้นัดหมายกับ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อยกร่างรูปแบบต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่และค่าร้อยละ ข้อมูลสภาพและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของคลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามแบบของโคไลซี่ (Colaizzi's Method)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของคลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา อำเภอ รัตภูมิ จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มา ยก (ร่าง) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์ รวม โดยเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing) ประกอบด้วย มิติด้าน ร่างกาย มิติด้านจิตใจ มิติด้านสังคม และมิติด้านจิตวิญญาณ ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส และประเมินรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ เพื่อ ตัดสินคุณค่า และสรุปความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ ว่ามีความเป็นไปได้และความเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ หรือสมควรที่จะเพิ่มเติมประเด็นอะไรบ้าง เพื่อให้ได้รูปแบบฯ ที่มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง ผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ 2 คน และ อสม. ของคลินิก ชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา 3 คน รวมจำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามความความเป็นไปได้และความเป็นประโยชน์ ของรูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนการประเมินรูปแบบ ซึ่งเป็นข้อคำถาม Rating scale 5 ระดับ ดังนี้ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การแปลผลดังนี้ (Srisa-aad, 2002)

| ค่าเฉลี่ย | ความหมาย |
|-------------|---|
| 4.51 - 5.00 | ความเป็นไปได้/ความเป็นประโยชน์ อยู่ในระดับมากที่สุด |
| 3.51 - 4.50 | ความเป็นไปได้/ความเป็นประโยชน์ อยู่ในระดับระดับมาก |
| 2.51 - 3.50 | ความเป็นไปได้/ความเป็นประโยชน์ อยู่ในระดับระดับปานกลาง |
| 1.51 - 2.50 | ความเป็นไปได้/ความเป็นประโยชน์ อยู่ในระดับระดับน้อย |
| 1.00 - 1.50 | ความเป็นไปได้/ความเป็นประโยชน์ อยู่ในระดับระดับน้อยที่สุด |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำแบบประเมินความเป็นไปได้และความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นหาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วย (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 คน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน ได้ค่า 1.00 ทุกข้อ

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของคลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยนำรูปแบบฯ ที่ได้จากระยะที่ 2 มาทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 19 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของคลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา ที่มีค่าคะแนน Barthel ADL Index น้อยกว่า 12 คะแนน GDS-15 มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนค่าคะแนน Family APGAR Score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน และ ค่าคะแนน FACIT-Sp น้อยกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนน และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ทั้ง 4 มิติ ที่ผู้วิจัยประยุกต์และแปลจากแนวคิดต้นฉบับที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) แบบประเมินด้านร่างกาย คือ Barthel ADL Index จำนวน 10 ข้อ ของกระทรวงสาธารณสุข 2) แบบประเมินด้านจิตใจ คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Geriatric Depression Scale (GDS-15) ของ กรมสุขภาพจิต จำนวน 15 ข้อ (20 คะแนน) 3) แบบประเมินด้านสังคม คือ Family APGAR Score ของ Smilkstein et al. (1982) จำนวน 5 ข้อ (10 คะแนน) และ 4) แบบประเมินด้านจิตวิญญาณ คือ Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-being (FACIT-Sp) ของ Peterman et al. (2002) จำนวน 12 ข้อ (48 คะแนน) วิเคราะห์ข้อมูลโดย Wilcoxon Signed-Rank Test เนื่องจากผลการทดสอบ พบว่าข้อมูลไม่เป็นไปตามการแจกแจงแบบปกติ

จริยธรรมวิจัย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา หมายเลขรับรอง 5/2568 วันที่ให้การรับรอง 2 มกราคม 2568 วันหมดอายุใบรับรอง 1 มกราคม 2569

ผลการวิจัย

1. สภาพและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของคลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา แบ่งตามข้อมูล การสัมภาษณ์พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สูงอายุ ดังนี้

1.1 ผลการสัมภาษณ์พยาบาล พบว่า การดูแลผู้สูงอายุมีการขับเคลื่อนผ่านชมรมผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ กิจกรรมไหว้พระ สวดมนต์กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมให้ความรู้ กิจกรรมเล่นนิทาน เล่นเกม กิจกรรมพิเศษในวันปีใหม่ และสงกรานต์ กิจกรรมจัดสวัสดิการ เช่น เงินช่วยเหลือกรณีสมาชิกเสียชีวิต การตรวจคัดกรองสุขภาพ เช่น ความดัน เบาหวาน ฟัน การจัดทำฟันปลอม ให้สำหรับผู้ที่มีปัญหาเรื่องฟัน กิจกรรมเยี่ยมเยียนสมาชิกชมรมเวลาป่วย นอกจากนี้ ยังมีการดูแลในคลินิก

ผู้สูงอายุสำหรับผู้ที่จำเป็นต้องพบแพทย์เพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์ และส่งกลับมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยส่วนใหญ่แล้วปัญหาที่พบในผู้สูงอายุจะเป็นด้านการเคลื่อนไหวและการมองเห็น หากเน้นการดูแลในกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม และอยากให้ชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลรัฐภูมิเป็นแบบอย่างให้กับรพ.สต. ทุกพื้นที่ เนื่องจากกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุนี้จัดกิจกรรมได้ครบครอบคลุมทั้ง 4 มิติและองค์รวม โดยมีข้อมูลการสัมภาษณ์สนับสนุน ดังนี้

“ให้คำแนะนำด้านการเลือกรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานยา การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“การดูแลแบบองค์รวมยังไม่ครอบคลุมในผู้สูงอายุทุกคนตามข้อจำกัดที่แตกต่าง” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

1.2 ผลการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า 1) การดูแลด้านร่างกายและสุขภาพ โดยการวัดความดันโลหิต การเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว นอกจากนี้ยังมีการดูแลเรื่องอาหาร ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการกินยา และสอบถามการกินยา สำหรับผู้ป่วยติดเตียงหรือติดบ้าน มีการช่วยทำกายภาพบำบัดข้อแขน ข้อขา ข้อเข่า มีการเช็ดตัว เปลี่ยนแพมเพิร์ส ป้อนข้าว และช่วยอาบน้ำ มีการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวพาไปบริหารร่างกาย เช่น ยกแขนขา มีการแนะนำให้ออกกำลังกาย และดูแลไม่ให้ทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเดินเพื่อป้องกันการหกล้ม 2) การดูแลด้านจิตใจและสังคม ให้มีความสำคัญในการพูดคุย เพื่อให้มีความสุข สนุกสนาน เพื่อไม่ให้รู้สึกเจ็บ มีการชวนเพื่อนบ้านมาพูดคุย และ พาไปพบปะญาติพี่น้อง มีการให้กำลังใจ และพยายามทำความเข้าใจผู้สูงอายุในด้านอารมณ์ รวมถึงหาคนมาอยู่ดูแลด้วยกัน ไม่ปล่อยให้อยู่ตามลำพัง และแนะนำลูกหลานให้ไปช่วยเยี่ยมบ้าง 3) การดูแลด้านจิตวิญญาณ มีการ พาไปวัดทำบุญ ฟังธรรม หรือเชิญชวนให้ไหว้พระก่อนนอน บางรายก็มีการเปิดวิทยุฟังธรรมะ เพื่อให้จิตใจดีขึ้น 4) ด้านอื่นๆ เช่น การประสานงานและการสนับสนุน เช่น สภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุ สอบถามว่าต้องการอะไร ให้คำแนะนำ และข่าวสารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากมีอาการผิดปกติก็จะพาไปโรงพยาบาลตามแพทย์นัด หรือติดต่อหาเจ้าหน้าที่ เพื่อช่วยเหลือในการไปโรงพยาบาลหรือเจาะเลือด มีการช่วยเหลือเรื่องการเดินทาง เช่น พาให้ไปวัด ไปส่งถึงวัดแล้วไปรับกลับ ในด้านความครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม พบว่า มีการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ ยังให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น หน่วยงานหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องนอกเหนือจาก อสม. ลงมาสอบถามความต้องการของญาติและผู้สูงอายุ โดยมีข้อมูลการสัมภาษณ์สนับสนุน ดังนี้

“ดูแลผู้สูงอายุโดยการให้ "กินยา กินข้าว เช็ดตัว เอาข้าวให้กิน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“จัดยาให้กิน อาบน้ำ ดูแลอาหารกิน รวมถึงพาไปตามหมอนัด ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“วัดความดันโลหิต เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อส่งข้อมูลให้โรงพยาบาล/สถานีนามัย สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วย เช่น เบาหวาน ก็มีการ "ฉีดอินซูลิน" และ "คอยดูแลเรื่องการกินยา” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

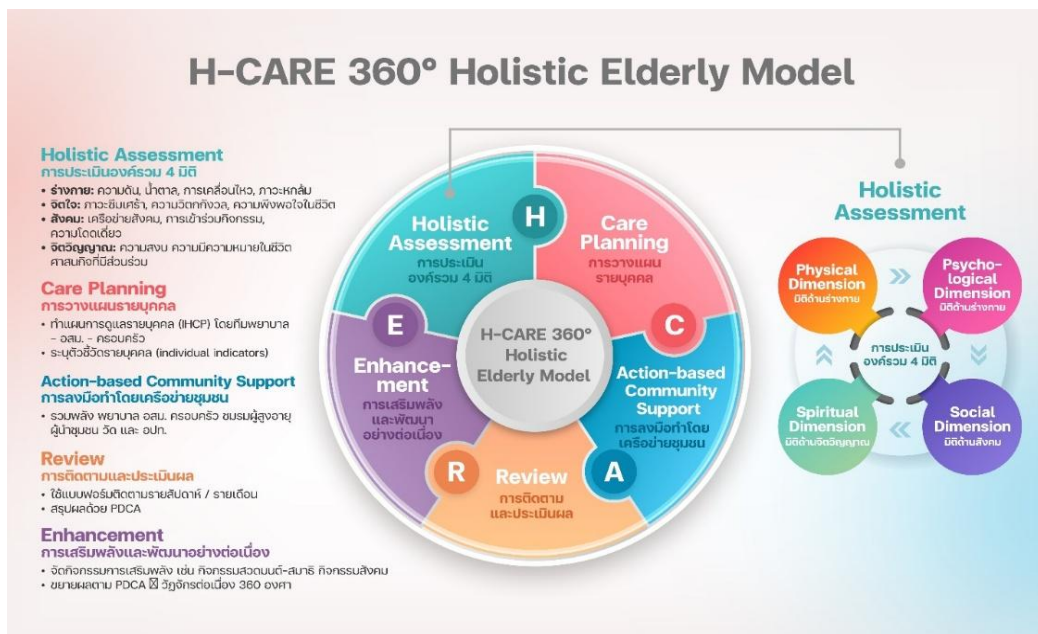
“ให้การดูแลในด้านร่างกาย การกิน การรับยา และการติดตามสุขภาพ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

1.3 ผลการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากพยาบาลและ อสม. อย่างดีและเพียงพอ ทั้งการติดตามนัดหมายแพทย์ การให้ยา และการสอบถามอาการตามบ้าน เช่น การวัดความดันโลหิต เจาะเลือดปลายนิ้ว ให้คำแนะนำยา การช่วยเหลือในการกินอาหาร การทำกายภาพบำบัด เช็ดตัว เปลี่ยนแพมเพิร์ส ป้อนข้าว อาบน้ำ และช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว ส่วนการดูแลด้านจิตใจ อสม. มีการพูดคุยเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขและรู้สึกดี และยังพบว่า ผู้สูงอายุบางรายรู้สึกว่าไม่ได้รับการดูแลจาก อสม. และต้องการให้ อสม. มาเยี่ยมบ้านบ่อยขึ้น บางรายระบุว่าการดูแลจากโรงพยาบาลเพียงพอ แต่จาก อสม. ไม่เพียงพอ ตามข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

“ถ้าเพิ่มเติมนัดหน่อยจะดีมาก ยังไม่เต็ม 100%” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“ให้ อสม. มาเยี่ยม "บ้าง" หรือ "มาเรื่อยๆ" เหมือนอย่างที่เคยมานะ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของคลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ คือ H-CARE 360° Holistic Elderly Model ดังภาพ



ภาพ H-CARE 360° Holistic Elderly Model

โดยมีรายละเอียดของรูปแบบ H-CARE 360° Holistic Elderly Model ดังนี้

H - Holistic Assessment (การประเมินองค์รวม 4 มิติ) ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย: ความดัน, น้ำตาล, การเคลื่อนไหว, ภาวะหกล้ม 2) ด้านจิตใจ: ภาวะซึมเศร้า, ความวิตกกังวล, ความพึงพอใจในชีวิต 3) ด้านสังคม: เครือข่ายสังคม, การเข้าร่วมกิจกรรม, ความโดดเดี่ยว และ 4) ด้านจิตวิญญาณ: ความสงบ ความมีความหมายในชีวิต ศาสนกิจที่มีส่วนร่วม **C - Care Planning** (การวางแผนรายบุคคล) ได้แก่ 1) ทำแผนการดูแลรายบุคคล (IHCP) โดยทีมพยาบาล-อสม.-ครอบครัว 2) ระบุตัวชี้วัดรายบุคคล (individual indicators) **A - Action-based Community Support** (การลงมือทำโดยเครือข่ายชุมชน) โดยการมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาล อสม. ครอบครัว ชุมชนผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน วัด และ อปท. **R - Review** (การติดตามและ

ประเมินผล) ได้แก่ 1) ใช้แบบฟอร์มติดตามรายสัปดาห์/รายเดือน 2) สรุปผลด้วย PDCA และ E - Enhancement (การเสริมพลังและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง) ได้แก่ 1) จัดกิจกรรมการเสริมพลัง เช่น กิจกรรมสวดมนต์ - สมาธิ กิจกรรมสังคม 2) ขยายผลตาม PDCA ต่อเนื่อง 360 องศา

ตารางที่ 1 รายละเอียดของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง บทบาทหน้าที่หลัก และรายละเอียดการปฏิบัติงานของรูปแบบ H-CARE 360° Holistic Elderly Model

| ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง | บทบาทหน้าที่หลัก | รายละเอียดการปฏิบัติงาน |
|--|-------------------------------------|---|
| พยาบาลเวชปฏิบัติ / พยาบาลประจำคลินิกชุมชน | ผู้นำกระบวนการดูแลแบบองค์รวม | <ol style="list-style-type: none"> ประเมินสุขภาพแบบองค์รวม 4 มิติ (ร่างกาย-จิตใจ-สังคม-จิตวิญญาณ) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Holistic Care Plan) ดูแลหัตถการ เช่น วัดความดัน เจาะเลือด ให้ยา ดูแลแผล ให้คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิด 3 อ 2 ส ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุรายบุคคล ติดตามปัญหาที่ อสม. รายงานและวางแผนแก้ไข ประสานงานกับแพทย์ ครอบครัว และชมรมผู้สูงอายุ |
| อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) | ผู้ดูแลใกล้ชิดประจำชุมชน | <ol style="list-style-type: none"> เยี่ยมบ้านตามแผนที่กำหนด (Home visit) สังเกตอาการ ปัญหาทางร่างกาย-จิตใจ-สังคม และรายงานพยาบาล ให้คำแนะนำพื้นฐานเกี่ยวกับ 3 อ 2 ส เช่น การกินอาหารที่เหมาะสม การจัดการอารมณ์ การงดบุหรี่-งดสุรา ทำหน้าที่เพื่อนคุย (Friendly Visitor) ลดความเหงาและความโดดเดี่ยว ช่วยกระตุ้นและพาผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ บันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน เช่น การกินยา ความดัน การเคลื่อนไหว |
| ครอบครัวผู้สูงอายุ | ผู้ดูแลหลักในชีวิตประจำวัน | <ol style="list-style-type: none"> ช่วยดูแลกิจวัตรประจำวัน (ADL) เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว เปลี่ยนแพมเพิร์ส ระวังความเสี่ยงการหกล้มและจัดบ้านให้ปลอดภัย ให้กำลังใจและสนับสนุนด้านอารมณ์ จิตใจ และความเหงา ช่วยติดตามการกินยา การนัดหมาย และพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด 3 อ 2 ส เข้าร่วมกิจกรรมและประชุมร่วมกับพยาบาล-อสม. เมื่อมีการประเมินหรือปรับแผนดูแล |
| ชมรมผู้สูงอายุ / ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ | ผู้จัดกิจกรรมและสร้างเครือข่ายสังคม | <ol style="list-style-type: none"> จัดกิจกรรมออกกำลังกาย การพูดคุย สันทนาการ ส่งเสริมบทบาททางสังคม ลดความเหงาและการอยู่ลำพัง จัดกิจกรรมด้านจิตวิญญาณ เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและช่วยเหลือกันในกลุ่มผู้สูงอายุ |

ตารางที่ 1 รายละเอียดของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง บทบาทหน้าที่หลัก และรายละเอียดการปฏิบัติงานของ
รูปแบบ H-CARE 360° Holistic Elderly Model (ต่อ)

| ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง | บทบาทหน้าที่หลัก | รายละเอียดการปฏิบัติงาน |
|--|-------------------------------|--|
| แพทย์ประจำ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.) | ผู้ให้การดูแลเชิง การแพทย์ | 1. ตรวจรักษาโรคประจำตัว 2. ให้คำแนะนำด้านการรักษาเฉพาะโรค 3. ปรับยา ประเมินภาวะแทรกซ้อน 4. ทำงานร่วมกับพยาบาลเพื่อกำหนดแนวทางการดูแลรายบุคคล |
| องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น (อบต./ เทศบาล) | สนับสนุนทรัพยากร | 1. สนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์สำหรับกิจกรรมผู้สูงอายุ 2. สนับสนุนการปรับสภาพบ้าน ป้องกันการหกล้ม 3. จัดระบบอาสาสมัคร/รถรับส่งสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ |
| ชุมชน/เพื่อนบ้าน | แหล่งพลังทางสังคม | 1. ช่วยดูแล ยามฉุกเฉิน 2. ร่วมกิจกรรมในหมู่บ้าน สนับสนุนเครือข่ายทางสังคม 3. สร้างสภาพแวดล้อมชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ |

ตารางที่ 2 รายละเอียดองค์ประกอบของรูปแบบและตัวชี้วัด

| องค์ประกอบของรูปแบบ | ตัวชี้วัด |
|--|---|
| 1. มิติด้านร่างกาย (Physical Dimension) | Barthel ADL Index (กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน) |
| 2. มิติด้านจิตใจ (Psychological Dimension) | Geriatric Depression Scale (GDS-15) แบบประเมินภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ |
| 3. มิติด้านสังคม (Social Dimension) | Family APGAR Score (แบบประเมินครอบครัว) วัดความ อบอุ่น เหมาะสม และการสนับสนุนของครอบครัว |
| 4. มิติด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Dimension) | Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-being (FACIT-Sp) วัดความสงบ การมีจุดหมายในชีวิต การยอมรับ |

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฯ (n=6)

| รายการประเมิน | Mean | SD. | ระดับ |
|---|-------------|------------|------------|
| ความเป็นไปได้ | | | |
| 1. รูปแบบฯ มีกระบวนการไม่ยุ่งยากในการดำเนินการ | 4.67 | .51 | มากที่สุด |
| 2. รูปแบบฯ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการเหมาะสมกับผู้สูงอายุ | 4.67 | .51 | มากที่สุด |
| 3. รูปแบบฯ มีความเหมาะสมกับบริบทของคลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา | 4.50 | .54 | มาก |
| 4. รูปแบบฯ มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เหมาะสม | 4.00 | .00 | มาก |
| 5. รูปแบบฯ ช่วยให้การดูแลผู้สูงของคลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคาเป็นมาตรฐาน | 4.17 | .40 | มาก |
| ภาพรวม | 4.40 | .25 | มาก |
| ความเป็นประโยชน์ | | | |
| 1. รูปแบบฯ ครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม | 4.83 | .40 | มากที่สุด |
| 2. รูปแบบฯ มีความเหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ | 4.16 | .40 | มาก |
| 3. รูปแบบฯ มีกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่เป็นประโยชน์ | 4.67 | .51 | มากที่สุด |

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฯ (n=6) (ต่อ)

| รายการประเมิน | Mean | SD. | ระดับ |
|--|------|-----|-----------|
| 4. รูปแบบฯ มีความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ | 4.67 | .51 | มากที่สุด |
| 5. ภาพรวมรูปแบบฯ เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุ | 4.50 | .54 | มาก |
| ภาพรวม | 4.56 | .38 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 3 ผลการประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ พบว่า ภาพอยู่ในระดับมาก (Mean=4.40, SD.= .25) อยู่สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับว่าสามารถนำไปใช้ในบริบทจริงได้อย่างเหมาะสม ผู้ประเมินเห็นว่ารูปแบบฯ มีความเรียบง่าย ไม่ซับซ้อนในการดำเนินการ และใช้ระยะเวลาดำเนินงานที่สอดคล้องกับศักยภาพของผู้สูงอายุ (Mean=4.67, SD.= .51) ซึ่งทั้งสองด้านอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงถึงจุดเด่นของรูปแบบที่ชัดเจนในด้านความง่ายต่อการปฏิบัติและความสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย สำหรับผลการประเมินด้านความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฯ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.56, SD.= .38) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบฯ มีประโยชน์ชัดเจนต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ (Mean=4.83, SD.= .40) รองลงมาคือ มีกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่เป็นประโยชน์และมีความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ (Mean=4.67, SD.= .51)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบรูปแบบ H-CARE 360° Holistic Elderly Model (n=19)

| การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม | ก่อนใช้รูปแบบ | | หลังใช้รูปแบบ | | t | Sig. (2-tailed) |
|------------------------------------|---------------|------|---------------|------|-----------|-----------------|
| | Mean | SD. | Mean | SD. | | |
| 1. ด้านร่างกาย (Barthel ADL Index) | 14.46 | 1.12 | 16.66 | .97 | -7.872*** | .001 |
| 2. ด้านจิตใจ (GDS-15) | 11.33 | .899 | 13.20 | .94 | -6.089*** | .001 |
| 3. ด้านสังคม (Family APGAR Score) | 6.40 | .736 | 7.73 | .70 | -4.934*** | .001 |
| 4. ด้านจิตวิญญาณ (FACIT-Sp) | 8.13 | .743 | 10.00 | 1.00 | -5.802*** | .001 |
| ภาพรวม | 10.0833 | .41 | 11.9000 | .65 | 11.294*** | .001 |

***p < .001

จากตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ H-CARE 360° Holistic Elderly Model พบว่า หลังการใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยในทุกด้านสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

1. สภาพและปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า พยาบาลและ (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการประเมินและดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ สอดคล้องกับแนวคิด Holistic Nursing ที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างกาย-ใจ-สังคม-จิตวิญญาณ (Dossey

& Keegan, 2016) และกรอบแนวคิดผู้สูงอายุแบบองค์รวมของไทยที่เน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ผ่าน การดูแลร่วมกับครอบครัวและชุมชน (Institute of Geriatric Medicine, 2022) นอกจากนี้ การดำเนิน กิจกรรมผ่านชมรมผู้สูงอายุยังสะท้อนแนวคิดการเสริมพลังผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็น องค์ประกอบสำคัญในงานดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ ด้านพยาบาลมีบทบาทในฐานะผู้ประสานและผู้นำ ทีมสุขภาพ ขณะที่ อสม. ทำหน้าที่เป็นผู้เข้าถึงผู้สูงอายุโดยตรง ผ่านการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ ติดตาม รับประทานยา และช่วยเหลือกิจกรรมชีวิตประจำวัน ซึ่งสนับสนุนแนวคิด “Primary Care Team” ที่ WHO แนะนำให้มีบทบาทร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและชุมชน (World Health Organization, 2015) ข้อมูลสะท้อนว่าการมี อสม. ทำให้สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรือกลุ่มเปราะบางได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Pagaiya et al. (2021) ที่พบว่าพยาบาลทำหน้าที่ประเมินปัญหาสุขภาพ วาง แผนการดูแล และประสานการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ขณะที่ อสม. เป็นบุคลากรสุขภาพภาค ประชาชนที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงครัวเรือน ติดตามภาวะสุขภาพ เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ และ เผื่อระวังปัญหาสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของคลินิกชุมชนวัดใหม่ทุ่งคา อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ คือ H-CARE 360° Holistic Elderly Model โดยพบว่า จากสภาพ และปัญหาในระบบการดูแล ทำให้ต้องพัฒนารูปแบบการดูแล แม้ว่าการดูแลองค์รวมมีความครอบคลุม แต่ยังพบข้อจำกัด ได้แก่ ความถี่ในการเยี่ยมบ้านไม่สม่ำเสมอ การบันทึกข้อมูลสุขภาพเชิงระบบยังมีปัญหา ผู้สูงอายุบางรายไม่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง และความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณยัง ตอบสนองไม่ทั่วถึง ข้อจำกัดเหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ampansirirat et al. (2020) ที่ศึกษาการ จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าปัญหาสำคัญของระบบดูแลผู้สูงอายุไทยคือ การขาดแคลน กำลังคนด้านสุขภาพและผู้ดูแลในชุมชน รวมทั้งความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและเครือข่าย ชุมชนอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การพัฒนารูปแบบ H-CARE 360° จึงตอบโจทย์ โดยเพิ่มกลไกการประเมิน อย่างเป็นระบบ การวางแผนรายบุคคล และการใช้ PDCA เพื่อติดตามผลต่อเนื่อง 360 องศา ซึ่งรูปแบบ H-CARE 360° Holistic Elderly Model ที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิก ชุมชนอื่นได้ โดยมีข้อดีดังนี้ ช่วยสร้างมาตรฐานการประเมินผู้สูงอายุครอบคลุม 4 มิติ เชื่อมโยงการทำงาน ระหว่างพยาบาล-อสม.-ครอบครัว-ชมรมผู้สูงอายุ สนับสนุนการดูแลต่อเนื่องผ่านการใช้ PDCA และทำให้ การวางแผนรายบุคคล (IHCP) มีความเป็นระบบมากขึ้น ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดแบบบูรณาการ (Integrated Care) ที่เน้นบริการต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน (World Health Organization, 2015)

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบ H-CARE 360° Holistic Elderly Model จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม H-CARE 360° Holistic Elderly Model มีประสิทธิภาพในการ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติ ($p < .001$) ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

3.1 ด้านร่างกาย (Physical Dimension) ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel ADL Index) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 14.46 เป็น 16.66 ($t = -7.872, p < .001$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลสามารถส่งเสริมสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ

ได้อย่างชัดเจน ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ Atsanthea and Kamphrao (2014) ที่ศึกษารูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมการบริการพยาบาล การดูแลที่บ้าน และการดูแลโดยชุมชน ซึ่งช่วยลดภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ World Health Organization (2015) ที่ระบุว่า การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีการติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยลดภาวะพึ่งพิงและเพิ่มความเป็นอิสระในผู้สูงอายุ

3.2 ด้านจิตใจ (Psychological Dimension) คะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (GDS-15) เพิ่มขึ้นจาก 11.33 เป็น 13.20 อย่างมีนัยสำคัญ ($t = -6.089, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลงและมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kaakhun et al. (2020) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ ตีพิมพ์ในวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มและการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Rowe and Kahn (1997) เกี่ยวกับการแก้อย่างประสบความสำเร็จ (Successful Aging) ที่เน้นความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ

3.3 ด้านสังคม (Social Dimension) คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family APGAR Score) เพิ่มขึ้นจาก 6.40 เป็น 7.73 อย่างมีนัยสำคัญ ($t = -4.934, p < .001$) สะท้อนให้เห็นว่าความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุดีขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chandai (2018) ที่ศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมในเขตเทศบาลนครนนทบุรี ตีพิมพ์ในวารสารสถาบันพระปกเกล้า พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Berkman and Glass (2000) ที่แสดงให้เห็นว่าการมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งช่วยส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ

3.4 ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Dimension) คะแนนความเป็นอยู่ที่ดีทางจิตวิญญาณ (FACIT-Sp) เพิ่มขึ้นจาก 8.13 เป็น 10.00 อย่างมีนัยสำคัญ ($t = -5.802, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสงบทางใจและมีความหมายในชีวิตมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Proadbamrung et al. (2016) ที่ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุตามหลักพุทธจริยศาสตร์ ตีพิมพ์ในพุทธชินราชเวชสาร พบว่าการส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนาและจิตวิญญาณตามหลักภavana 4 (กายภavana ศีลภavana จิตตภavana และปัญญาภavana) ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขทั้งทางกาย จิต อารมณ์ และสติปัญญา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Puchalski et al. (2009) ที่เสนอว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นส่วนสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. คลินิกชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำรูปแบบ H-CARE 360° ไปใช้เป็นกรอบในการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลอย่างครอบคลุม 4 มิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ช่วยให้การประเมินผู้สูงอายุมีมาตรฐานเดียวกัน และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ

2. พยาบาลเวชปฏิบัติและอสม. สามารถใช้แบบประเมินและแนวทางในรูปแบบนี้เป็นเครื่องมือในการเยี่ยมบ้าน การคัดกรองภาวะสุขภาพ และการวางแผนการดูแลรายบุคคล

3. ชมรมผู้สูงอายุสามารถใช้ข้อมูลและกิจกรรมตามรูปแบบ เพื่อจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย กิจกรรมทางสังคม และกิจกรรมด้านจิตวิญญาณที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเชิงปริมาณเนื่องจากวิจัยครั้งนี้เน้นข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ จึงควรมีการศึกษาในระยะต่อไปที่เก็บข้อมูลก่อน-หลังการใช้รูปแบบ

2. ศึกษาความยั่งยืนและผลในระยะยาว (Longitudinal Study) โดยการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง 6 - 12 เดือน เพื่อประเมินว่าแผนการดูแลรายบุคคลสามารถดำเนินต่อเนื่องได้หรือไม่ การมีส่วนร่วมของอสม. และชมรมผู้สูงอายุยังคงเกิดขึ้นหรือไม่ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีแนวโน้มดีขึ้นหรือคงที่ในระยะยาว

3. ควรทำวิจัยในพื้นที่ที่มีบริบทต่างกัน เช่น พื้นที่เมือง พื้นที่ห่างไกล พื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคของโมเดลในบริบทที่แตกต่างกัน

References

- Ampansirirat, A., Suwanraj, M., Hamthanon, P., Nitirat, P., Phetbu, P. & Rugsatsakul, K. (2020). The Management of Elderly Care System in Community: The Challenging Roles of Local Administrative Organization. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 14(3), 10-21. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/246411/167345>
- Atsanthea, J., & Kamphrao, P. (2014). Care patterns for the elderly in the community. *Journal of Nursing, Royal Thai Army*, 15(3), 123-127. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/30284>
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L.F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 137-173). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195083316.003.0007>
- Chandai, R. (2018). Guidelines for developing a holistic health promotion system for the elderly in Nonthaburi Municipality. *Journal of the King Prajadhipok Institute*, 16(1), 96-110.
- Department of Older Persons. (2024). *Situation of the Thai Older Persons 2023*. Bangkok: Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. https://www.dop.go.th/download/statistics/th1738230377-2563_1.pdf
- Dossey, B. M., & Keegan, L. (2016). *Holistic nursing: A handbook for practice* (7th ed.). Jones & Bartlett.
- Kaakhun, S., Kongmaha, H., Phanthong, V. and Thasanoe Elter, P. (2020). Mental health status and related factors in the elderly. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(3), 150-163.

- Kueakool, K. (2021). Holistic care model for the elderly in the community. *Journal of Community Public Health, 18*(3), 421–435.
- Pagaiya, N., Noree, T., Hongthong, P. et al. (2021). From village health volunteers to paid care givers: the optimal mix for a multidisciplinary home health care workforce in rural Thailand. *Human Resource for Health, 19*(2), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00542-3>
- Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy spiritual well-being scales (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine, 24*(1), 49-58.
- Piriyant, T. (2019). *Nursing care for the elderly* (3rd ed.). Thammasat University Press.
- Proadbamrung, J., Leeka, C., & Thongpan, S. (2016). Caring for the elderly according to Buddhist ethics. *Phutthachinarat Medical Journal, 33*(2), 233-240.
- Puchalski, C. M. et al. (2009). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching National and international consensus. *Journal of Palliative Medicine, 12*(10), 885-904.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist, 37*(4), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR: A test of family function. *Journal of Family Practice, 15*(2), 303-311
- Songkhla Provincial Statistical Office. (2024). *Report on the survey of the elderly population in Thailand, 2024*. https://songkhla.nso.go.th/images/nat/%E0%B8%B7nat_1/reportprovince_66.pdf
- Srisa-ard, B. (2002). *Basic research* (7th ed.). Suwiryasan.
- Wae, N., Rangpan, V., Hajimasalaeh, W., Muhamad, N., Sontichai, A., & Thongmak, N. (2018). An appropriate caring model in elderly care in the southernmost of Thailand in the next decade. *Journal of Nursing and Health Research, 19*(1), 86–96. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/111615>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

ประสิทธิผลของวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ลลิตวดี เตชะกัมพลสารกิจ, นุจรศ โสภา, วัจมาย สุชวนวัฒน์*
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จากรายงานปฐมภูมิที่เผยแพร่ในช่วง พ.ศ. 2557 - 2567 โดยใช้แนวทางการทบทวนอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ สืบค้นงานวิจัยจากฐานในระดัขชาติและนานาชาติ ได้แก่ ฐานข้อมูล Thai Journals Online, Google Scholar, Science Direct, CINAHL และ PubMed ผลการสืบค้น พงงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวนทั้งสิ้น 8 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมจำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวน 7 เรื่องโดยผ่านการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด และการประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพงานวิจัยที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ฉบับปรับปรุงโดยเลือกให้เหมาะสมกับรูปแบบการศึกษาที่ผ่านผู้วิจัย 2 คนทำงานเป็นอิสระต่อกัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการสรุปเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิผลของวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ 1) วิธีการให้ความรู้ 2) การติดตามอย่างต่อเนื่อง และ 3) การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งวิธีการให้ความรู้พบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการใช้สื่อที่หลากหลาย การติดตามอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การติดตามด้วยการโทรศัพท์ การติดตามด้วยการใช้แอปพลิเคชัน และการติดตามด้วยการเยี่ยมบ้าน สำหรับการสนับสนุนทางสังคม ได้มีให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตาม และดูแล ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้ในการรับประทานอาหาร และยาเสริมธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่องจนทำให้ผลความเข้มข้นของเลือดสูงขึ้นหลังการทดลอง จากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า วิธีการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ควรให้ความรู้ร่วมกับการกำกับติดตามผ่านช่องทางโซเชียลมีเดีย ซึ่งเข้าถึงได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว แก้ปัญหาได้ทันที และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจาง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโลหิตจางดีขึ้น

คำสำคัญ: วิธีการพยาบาลป้องกันภาวะโลหิตจาง, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ, สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

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

วันที่รับ 24 พ.ย. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 18 พ.ค. 2569, วันที่ตอบรับ 25 พ.ค.2569

Effectiveness of nursing Care to Prevent Anemia in Adolescent Pregnant Women : Systematic Review

Lalitwadee Techakampholsarakit, Nujares Sopa, Vajjamai Sukhavanawat*
Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Abstract

This study was conducted as a systematic review to examine the effectiveness of nursing interventions in preventing anemia among pregnant adolescents, based on primary studies published between 2014 and 2024. The review followed the Joanna Briggs Institute methodology for systematic reviews. Relevant studies were retrieved from national and international databases, including Thai Journals Online, Google scholar, Science Direct, CINAHL and PubMed. A total of eight studies on nursing intervention for anemia prevention among pregnant adolescents met the inclusion criteria. These comprised one randomized controlled trial (RCTs) and seven quasi-experimental studies. The methodological quality of the included studies was independently assessed by two reviewers using the revised Joanna Briggs Institute critical appraisal tools, selected according to the study design. Data were analyzed using narrative synthesis.

The findings found that the effectiveness of nursing interventions in preventing anemia among adolescent pregnant women comprise three approaches: (1) health education, (2) continuous follow-up, and (3) social support. For health education, effectiveness was observed when education provided in combination with a variety of media. Continuous follow-up included telephone follow-ups, application-based follow-ups, and home visits. Regarding social support, family involvement in the monitoring and caregiving was incorporated, which enhanced pregnant adolescents' knowledge of appropriate dietary intake and adherence to iron supplementation. Consequently, hemoglobin concentration increased after the interventions. The findings in this systematic review suggest that health education for adolescent pregnant women should be integrated with supervision and follow-up through social media platforms, which are easily accessible, convenient, fast, and responsive. Additionally, family participation should be encouraged to promote preventive behaviors against anemia and to reduce anemia-related complications among pregnant adolescents.

Keywords: Effectiveness of nursing care to prevent anemia, Adolescent pregnant women, Systematic Review.

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

Received: November 24, 2025; Revised: May 18, 2026; Accepted: May 25, 2026

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 9 No.1 January - June 2026 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นอายุตั้งแต่ 10 - 19 ปี (Reproductive Health Bureau, Department of Health, 2025) ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาสาธารณสุขที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ จากรายงานสถิติสุขภาพขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในปี พ.ศ. 2567 สตรีอายุ 10 - 19 ปี คลอดบุตรประมาณ 11.90 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.40 ของการคลอดทั้งหมดทั่วโลก โดยมีอัตราการคลอดของสตรีอายุ 15 - 19 ปี คือ 38.30 ต่อประชากรสตรีอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน และอัตราการคลอดของสตรีอายุ 10 - 14 ปี คือ 1.00 ต่อประชากรสตรีอายุ 10 - 14 ปี 1,000 คน (World Health Organization [WHO], 2025) สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่นตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 - 2568 พบว่ามารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี โดยมีอัตราการคลอดมีชีพในสตรีอายุ 15 - 19 ปี พ.ศ. 2566 เท่ากับ 20.90 ต่อประชากร 1,000 คน และอัตราการคลอดมีชีพในสตรีอายุ 10 - 14 ปี พ.ศ. 2566 เท่ากับ 0.90 ต่อประชากร 1,000 คน เป็นอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Reproductive Health Bureau, Department of Health, 2025) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดมาตรฐานการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต้องไม่เกินร้อยละ 10 ต่อประชากร 1,000 คน (WHO, 2025)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นถือเป็นกลุ่มตั้งครรภ์เสี่ยงสูง (High Risk Pregnancy) ต่อการเกิดปัญหาที่มีความซับซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ทารก และครอบครัว ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจภาพรวมของประเทศ (Reproductive Health Bureau, Department of Health, 2025) โดยเฉพาะด้านสุขภาพจะเกิดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ในวัยอื่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และไม่ได้วางแผนมาก่อน ร่วมกับวัยรุ่นเป็นช่วงวัยของการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เป็นช่วงที่ร่างกายยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ เมื่อสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์จึงต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้นกว่าการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ เพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายของตนเอง และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ อีกทั้งเป็นวัยที่ยังไม่พร้อมที่จะรับผิดชอบตัวเอง ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในระยะตั้งครรภ์ ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กไม่สม่ำเสมอ (Tesfaye et al., 2025) ร่วมกับระหว่างตั้งครรภ์ ร่างกายเกิดการปรับตัวทางสรีรวิทยาโดยมีการเพิ่มขึ้นของพลาสมามากกว่าการเพิ่มขึ้นของเม็ดเลือดแดง และมีความต้องการธาตุเหล็กสูงขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดภาวะโลหิตจางสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ถึง 7.01 เท่า (Lamoh et al., 2021) จากผลการศึกษาของ Wongwichit (2022) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะโลหิตจางมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Poowung (2020) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเมื่อเกิดภาวะโลหิตจางจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ อาจนำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของมารดาและทารกในระยะก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอดได้ เนื่องจาก ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะที่มีสตรีตั้งครรภ์มีระดับความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน ต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร หรือมีระดับฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 33 ในไตรมาสแรกและไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์

ส่วนในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ ระดับความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน ต่ำกว่า 10.5 กรัมต่อเดซิลิตร หรือมีระดับ ฮีมาโตคริต ต่ำกว่าร้อยละ 32 (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2021) ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีปริมาณประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายไม่เพียงพอทำให้มีอาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หน้ามืด เป็นลม ส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ รกลอกตัวก่อนกำหนด ตกเลือดหลังคลอดและและอาจเกิดภาวะซ็อกได้ รวมทั้งมีผลต่อทารกที่มีโอกาสเจริญเติบโตช้า น้ำหนักแรกเกิดน้อย คลอดก่อนกำหนด คะแนน Apgar ที่ 5 นาทิต่ำ เพิ่มการตายปริกำเนิด (Perinatal Mortality) การตายของทารกแรกเกิด (Neonatal Mortality) เป็นต้น (The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists [RTCOG], 2025) ส่งผลกระทบให้ครอบครัวและประเทศต้องมีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงขึ้น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้มีแนวทางควบคุมและการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ โดยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ทุกรายต้องได้รับเสริมธาตุเหล็กขณะตั้งครรภ์ ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก และการตรวจความเข้มข้นฮีโมโกลบิน หรือค่าฮีมาโตคริตเพื่อหาสาเหตุและความรุนแรงของภาวะโลหิตจาง (Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, 2020) จากประสบการณ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นของทีมผู้วิจัย สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกรายได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก แต่ยังคงพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นหลายรายตรวจพบว่า ระดับความเข้มข้นของโลหิตลดลงจากผลการตรวจความเข้มข้นของเลือดครั้งที่ 2 ช่วงอายุครรภ์ 30-32 สัปดาห์ ทั้งที่ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กตั้งแต่ตั้งครรภ์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวทางการดูแลและป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีความหลากหลายเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว เช่น การส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว การใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) การเยี่ยมบ้าน รวมถึงการนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาประยุกต์ใช้ (Puttisawong et al., 2017) อย่างไรก็ตาม พบว่า ผลลัพธ์จากการวิจัยในแต่ละบริบทพื้นที่ซึ่งมีความขัดแย้งกัน เช่น บางการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาไม่ส่งผลต่อระดับฮีโมโกลบิน แต่อีกบางการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาส่งผลต่อระดับฮีโมโกลบินอย่างชัดเจน รวมทั้งงานวิจัยส่วนใหญ่มีการติดตามผลเพียงช่วงเวลาสั้นๆ จึงทำให้ยากต่อการตัดสินใจนำไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ นอกจากนี้ยังไม่พบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ในการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะรวบรวมสังเคราะห์ และวิเคราะห์คุณภาพของงานวิจัย โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวทางของสถาบันแอนนา บริกส์ (Aromataris et al., 2024) เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีประสิทธิผลสูงสุดในการป้องกันและช่วยเหลือให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่เกิดภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ และไม่เกิดความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโลหิตจาง ซึ่งสามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดีอันจะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ช่วยยกระดับคุณภาพบริการอนามัยแม่และเด็ก และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อรวบรวมและสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการพยาบาลป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อหาข้อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยใช้กระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Aromataris et al., 2024) ซึ่งครอบคลุมกระบวนการ 7 ขั้นตอนดังนี้ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามการทบทวน 2) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 3) การสืบค้นงานวิจัย 4) การคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 5) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 6) การรวบรวมและสกัดข้อมูลจากงานวิจัย และ 7) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากผลงานวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานการวิจัยปฐมภูมิที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการพยาบาลป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยคัดเลือกจากรายงานการวิจัยทั้งที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับรูปแบบงานวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (RCTs) หรือการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ที่มีความสมบูรณ์ในการวิจัยทุกขั้นตอนและมีการรายงานค่าสถิติที่จำเป็นเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งรายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2014 ถึง ค.ศ. 2024) รวบรวมข้อมูลงานวิจัยจากฐานข้อมูล Thai Journals Online (ThaiJo), Google Scholar, ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Science Electronic Databases) ได้แก่ Science Direct, CINAHL และ PubMed โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกผลงาน

สำหรับการคัดเลือกงานวิจัยประเภทงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม หรืองานวิจัยกึ่งทดลองที่เกี่ยวข้องประสิทธิผลของวิธีการพยาบาลป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยการใช้หลัก PICO เป็นตัวกำหนดเกณฑ์คัดเข้าผลงาน (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ประชากร (Population) คือ รายงานการวิจัยปฐมภูมิที่ศึกษาในประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและทางสูติกรรม 2) วิธีการจัดกระทำ (Intervention) เป็นรายงานวิจัยที่มีการจัดกระทำที่เป็นวิธีการพยาบาลป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยบุคลากรสุขภาพหรือพยาบาล 3) การเปรียบเทียบ (Comparison) เป็นรายงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ หรือก่อนและหลังการทดลอง 4) ตัวแปรผลลัพธ์ (Outcome) เป็นรายงาน

วิจัยที่มีตัวแปรผลลัพธ์หลัก คือ ความรู้ในการป้องกันภาวะโลหิตจาง หรือ พฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจาง หรือ ระดับฮีมาโตคริต หรือ ระดับฮีโมโกลบิน หรือ ระดับซีรั่มเฟอร์ริติน

ส่วนเกณฑ์การคัดผลงานวิจัยออก (Exclusion Criteria) มีรายละเอียดดังนี้ 1) ไม่ใช่รายงานการวิจัยฉบับเต็มหรือบทความเข้าถึงเฉพาะบทความ 2) ไม่ใช่งานวิจัยงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมหรืองานวิจัยกึ่งทดลอง 3) งานวิจัยเป็นภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 4) ไม่ใช่งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2014 ถึง ค.ศ. 2024)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ประเภท ได้แก่ 1) แบบคัดกรองรายงานการวิจัย (Inclusion Criteria Form) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยที่ครอบคลุม 2) แบบประเมินคุณภาพรายงานการวิจัย (Critical Appraisal Form) โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพสำหรับงานวิจัยเชิงทดลอง (JBI Critical Appraisal Checklist Tool for Assessment of Risk of Bias for Randomized Controlled Trials) (Barker et al., 2023) และแบบประเมินคุณภาพสำหรับงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies) ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Barker et al., 2024) และ 3) แบบบันทึกการสกัดข้อมูล (data extraction form) เป็นเครื่องมือเพื่อบันทึกรายละเอียดของรายงานการวิจัย โดยผู้วิจัยใช้แบบบันทึกการสกัดข้อมูลสำหรับงานวิจัยเชิงทดลองหรือสังเกต (JBI Data Extraction Form for Experimental /Observational Studies) ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2014)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินการดังนี้

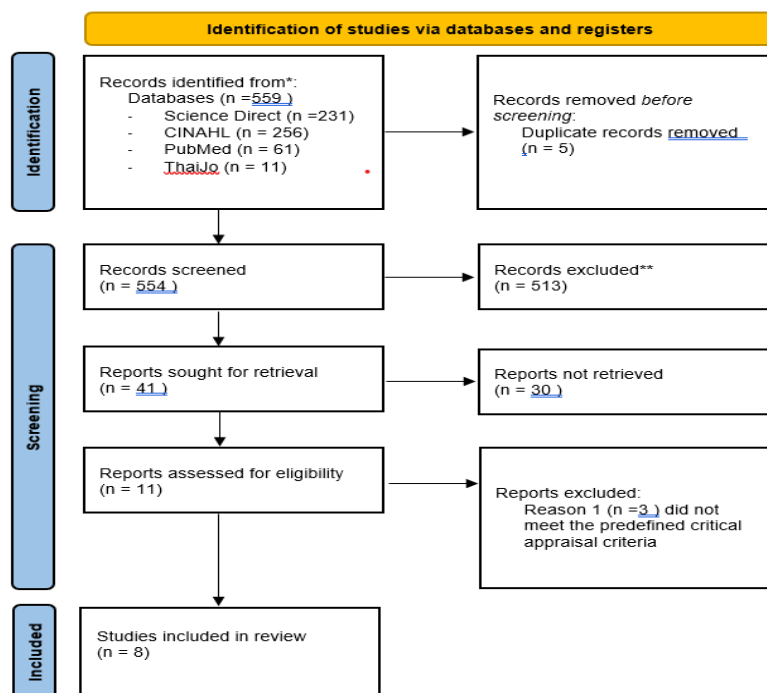
1. การสืบค้นรายงานการวิจัย โดยสืบค้นรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการพยาบาลป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีรายละเอียด ดังนี้ 1) กำหนดคำสำคัญ (Key Words) ในการสืบค้น ได้แก่ ตั้งครรภ์วัยรุ่น วิธีป้องกันภาวะโลหิตจาง การดูแลป้องกันภาวะโลหิตจาง ความรู้ในการป้องกันภาวะโลหิตจาง พฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจาง ระดับฮีมาโตคริต ระดับฮีโมโกลบิน ระดับซีรั่มเฟอร์ริติน Adolescent Pregnant, Young Pregnant Women, Teenage Pregnant, Teenage Mother, Anemia Health Promotion, Prevention Anemia, Anemia Self-Care, Anemia Educative Program, Anemia Dietary Intervention, Anemia Nutritional Intervention, Hematocrit Level, Hemoglobin Level, Serum Ferritin Level 2) กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล จากการสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ (Computerized Searching) โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล Thai Journals Online (ThaiJo), Google Scholar, ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Science Electronic Databases) ได้แก่ Science Direct, CINAHL, PubMed และสืบค้นด้วยมือ (Hand Searching)
2. การคัดเลือกรายงานการวิจัย ผู้วิจัยทั้ง 3 คน พบรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 559 เรื่อง อ่านรายงานการวิจัยที่สืบค้นได้ โดยดูจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ แล้วคัดงานวิจัยที่มีคุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดออก ได้รายงานวิจัย จำนวน 41 ชื่อเรื่อง เพื่อกำหนดการคัดกรองตามแบบคัดกรองรายงานการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดที่พัฒนาขึ้น โดยแยกกันประเมินอย่างอิสระ แล้วนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน ทุกรายงาน

การวิจัยที่คัดเลือกเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยปฐมภูมิที่กำหนดไว้ ได้งานวิจัยเพื่อประเมินคุณภาพงานวิจัย จำนวน 11 ชื่อเรื่อง

3. การประเมินคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัย 2 คนทำการประเมินคุณภาพรายงานวิจัย โดยอ่านรายงานการวิจัยจากนิพนธ์ต้นฉบับ (Full Text) อย่างละเอียด และพิจารณาประเมินคุณภาพงานวิจัยตามแบบประเมินคุณภาพของงานวิจัย โดยแยกกันประเมินอย่างอิสระ เมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน ให้ผู้วิจัยคนที่ 3 ร่วมอภิปรายเพื่อหาข้อสรุป โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาเบิร์ก ดังนี้ งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงของอคติในการทดลองแบบสุ่มที่มีการควบคุม ฉบับปรับปรุง (JBI Critical Appraisal Tool for Assessment of risk of bias for randomized controlled Trials) (Barker et al., 2023) ส่วนงานวิจัยกึ่งทดลองใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงของอคติในการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ฉบับปรับปรุง (JBI checklist for Quasi-experimental studies) (Barker et al., 2024) ได้งานวิจัยที่คัดเข้าผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยมากกว่าร้อยละ 60 ของเกณฑ์การประเมินทั้งหมด จำนวน 8 ชื่อเรื่อง เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้ ตามขั้นตอนการคัดงานวิจัยแนวทางของ PRISMA 2020 Flow Diagram (Page et al., 2021) ดังภาพ

4. การรวบรวมและบันทึกข้อมูล คณะผู้วิจัยรวบรวมและบันทึกข้อมูล โดยการสกัดข้อมูลและลงบันทึกรายละเอียดข้อมูลของรายงานวิจัยตามแบบบันทึกการสกัดข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย ชื่อผู้วิจัย ปีที่พิมพ์ระเบียบวิธีวิจัย กลุ่มตัวอย่าง วิธีจัดกระทำและวัดผลลัพธ์ผลการวิจัย ข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย ระดับความน่าเชื่อถือ โดยแยกกันรวบรวมและบันทึกข้อมูลอย่างอิสระ แล้วนำผลการสกัดข้อมูลมาเปรียบเทียบกันซึ่งมีความตรงกันจึงนำการสกัดข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสรุปรายงานวิจัยมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้



ภาพ PRISMA 2020 Flow Diagram

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสรุปรายงานการวิจัยมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ 1) ลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะของรายงานวิจัย วิเคราะห์โดยสถิติพรรณนา โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ 2) วิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น วิเคราะห์โดยการสรุปเชิงเนื้อหา เนื่องจากงานวิจัยที่คัดเลือกเข้ามีความแตกต่างในการจัดทำจึงไม่สามารถวิเคราะห์โดยใช้วิธีเมต้าได้

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี หมายเลข 2025/10 ลงวันที่ 23 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 559 เรื่อง ผ่านการคัดเลือกจำนวน 8 เรื่อง (เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมจำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 12.50 และงานวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 7 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 87.50 เป็นการจัดการกระทำในต่างประเทศ 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 12.50 จากประเทศไทยจำนวน 7 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 87.50 โดยกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุครรภ์ในการเก็บข้อมูลครั้งแรกอยู่ระหว่าง 16 - 24 สัปดาห์ และมีติดตามหลังการทดลอง 32 สัปดาห์เป็นต้นไป ระยะเวลาในการจัดการกระทำเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจำนวน 4 - 12 สัปดาห์ โดยงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการจัดการกระทำในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก ซึ่งจำแนกวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ได้เป็น 3 หมวด ได้แก่ วิธีการให้ความรู้ การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนจากสังคม

1. วิธีการให้ความรู้ แบ่งได้เป็น การให้ความรู้รายบุคคล และการให้ความรู้รายกลุ่ม โดยใช้สื่อที่หลากหลาย เช่น แผนการสอนคู่มือ แผ่นพับ ภาพพลิก สื่ออินโฟกราฟิก สไลด์ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) แบบบันทึกการรับประทานยาธาตุเหล็ก สื่อวีดิทัศน์ ความยาวตั้งแต่ 3.28-30 นาที โดยมีการใช้สื่อมัลติมีเดียจากกรมอนามัย สื่อที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างเอง ในรูปแบบการ์ตูน หรือตัวแบบที่มีความคล้ายคลึงกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และการให้ความรู้แบบออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line Official) กลุ่มปิดเฟซบุ๊ก (Facebook) สำหรับเนื้อหาที่ให้ความรู้ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุ ความรุนแรง ผลกระทบของภาวะโลหิตจางต่อมารดาและทารก แนวทางการรักษา การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบถ้วน ชนิดของอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง อาหารที่ส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็ก อาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก และการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกวิธี การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของตนเองในการไม่รับประทานอาหารหรือยาเสริมธาตุเหล็ก

วิธีการให้ความรู้มีการประยุกต์ใช้การให้ความรู้ด้วยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ จำนวน 1 เรื่อง (Shafagat et al., 2018) มีการปรึกษาทางสุขภาพเป็นรายกลุ่มและมีการให้คำปรึกษาร่วมกับสามีเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเฉพาะราย และมีการประยุกต์ใช้ด้วยการใช้ทฤษฎีต่างๆ ได้แก่ 1)

ทฤษฎีการกำกับตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอัน และซาวินจำนวน 1 เรื่อง (Choakprasanchai et.al., 2024) ซึ่งงานวิจัยเรื่องนี้ได้มีการอธิบายให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงปัจจัยที่ป้องกันภาวะเปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ และส่งเสริมความสามารถและทักษะการกำกับตนเอง 2) ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อกและคณะจำนวน 1 เรื่อง โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการเชื่อมั่นว่าตนเองมีศักยภาพสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ได้ (Ingkhaprasert & Neelasamith, 2024) 3) ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดหมายของคิง จำนวน 1 เรื่อง (Lertmongconsamut et al., 2018) ซึ่งอธิบายว่าการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องได้ดีขึ้น และ 4) ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ จำนวน 4 เรื่อง (Danpradit & Yingpailboonsuk, 2024; Jaranai et al., 2018; Lamoh et al., 2021 ; Vachiravanichkij, et al., 2023) โดยประกอบด้วย 1) การให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับรู้ประโยชน์ การให้ความรู้ และเสริมสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 2) การรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ซึ่งจะทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องลดลง 3) อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือพฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่น 4) การส่งเสริมรับรู้ความสามารถของตนเองการเรียนรู้ผ่านตัวแบบเชิงสัญลักษณ์ร่วมกับกิจกรรมเชิงประสบการณ์ การเสริมแรงทางบวก 5) การสร้างแรงจูงใจภายในและภายนอก การใช้คำพูดชักจูง ได้แก่ การให้คำชมเชยและการให้กำลังใจจากผู้วิจัย

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า วิธีการให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ควรมีลักษณะที่หลากหลาย ยืดหยุ่น และสอดคล้องกับบริบทของวัยรุ่น ทั้งในรูปแบบรายบุคคล รายกลุ่ม และออนไลน์ ควรมีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางผลกระทบต่อมารดาและทารก การบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง อาหารที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการดูดซึมของธาตุเหล็ก และการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกต้อง นอกจากนี้สื่อที่นำมาใช้ประกอบการสอนต้องมีความหลากหลาย เพิ่มความเข้าใจ และความน่าสนใจเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นนำไปใช้ได้ทันที นอกจากนี้การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการให้คำปรึกษา การตั้งเป้าหมาย การสนับสนุนจากครอบครัว จะส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางได้อย่างต่อเนื่อง

2. การติดตามอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมและช่วยเหลือให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจางขณะอยู่ที่บ้านอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ โดยมีรูปแบบการติดตามอย่างต่อเนื่องทั้งหมด 3 รูปแบบ ได้แก่ การติดตามด้วยการโทรศัพท์ การติดตามด้วยการใช้แอปพลิเคชัน และการติดตามด้วยการเยี่ยมบ้าน

2.1 การติดตามด้วยการโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดตามหลังจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละประมาณ 15 นาที ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 เพื่อทบทวนความรู้ ติดตามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กตามแนวทางที่กำหนดพร้อมให้คำปรึกษาและคำแนะนำในกรณีที่มีข้อสงสัยหรือพบปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพร้อมให้คำแนะนำแก้ไขปัญหาค่าที่พบให้สอดคล้องกับบริบทของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (Choakprasanchai et al., 2024; Jaranai et al., 2018 ; Lamoh et al., 2021)

2.2 การติดตามด้วยการใช้แอปพลิเคชัน ซึ่งประกอบด้วย แอปพลิเคชันไลน์ และเฟซบุ๊ก เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวมีส่วนร่วมในการบันทึกกิจกรรมตามเป้าหมาย การกำกับตนเอง ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ติดตามการรับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก รวมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับค่าความเข้มข้นของเลือด และพฤติกรรมดูแลตนเอง การติดตามมีทั้งการส่งข้อความกระตุ้นเป็นรายสัปดาห์ หรือวันละ 2 ครั้ง การนัดหมาย ส่งข้อความ การให้คำปรึกษาผ่านโทรศัพท์หรือออนไลน์ การวิดีโอคอลเพื่อติดตามพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า น้ำหนักตัว และการถ่ายภาพอาหารหรือเครื่องดื่มส่งให้ผู้วิจัยประเมิน นอกจากนี้ยังมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก อุปสรรคในการปฏิบัติตัว และการมาตรวจตามนัด พร้อมทั้งร่วมกันกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ครอบครัว ทีมสุขภาพ โดยการใช้การสื่อสารที่เป็นมิตร เมตตา ให้กำลังใจ และพร้อมให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางได้อย่างเหมาะสม (Choakprasanchai et al., 2024; Danpradit & Yingpaiboonsuk, 2024; Ingkprasert & Neelasamith, 2024; Lertmongconsamut et al., 2018; Vachiravanichkij, et al., 2023)

2.3 การติดตามด้วยการเยี่ยมบ้าน โดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง และ ติดตามค่าความเข้มข้นของโลหิต รวมทั้งมอบคู่มือ ให้ความรู้ กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้แบบบันทึกการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งนัดเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง (Lertmongconsamut et al., 2018) หรือการส่งเสริมสุขภาพที่บ้านเมื่ออายุครรภ์ 36 - 40 สัปดาห์ มีการสร้างสัมพันธภาพ ชักประวัติ และประเมินภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ (Danpradit & Yingpaiboonsuk, 2024)

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า การติดตามอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญในการช่วยเชื่อมโยงความรู้จากกิจกรรมการให้ความรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยรูปแบบการติดตาม ได้แก่ การติดตามทางโทรศัพท์ การติดตามด้วยการใช้แอปพลิเคชัน และการติดตามด้วยการเยี่ยมบ้าน ซึ่งแต่ละรูปแบบมีจุดมุ่งหมายร่วมกันคือ การทบทวนความรู้ ติดตามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก การประเมินปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาเฉพาะบุคคล ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นปรับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ

3. การสนับสนุนทางสังคม

มีการจัดกลุ่มให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีเพื่อนพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการตนเอง ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งให้ข้อมูล และคำแนะนำที่เหมาะสม (Choakprasanchai et al., 2024) การส่งข้อความกระตุ้นญาติ เพื่อให้มีการเตือนสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและดูแลในการรับประทานอาหารและรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก (Ingkprasert & Neelasamith ,2024) การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

ร่วมในการดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กที่เหมาะสม (Lamoh et al., 2021) รวมทั้งการสร้างสัมพันธ์ภาพและแลกเปลี่ยนการรับรู้ข้อมูล กำหนดเป้าหมายและวิธีการแก้ปัญหา การปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย และประเมินการบรรลุเป้าหมายเพื่อให้ผลลัพธ์ในการป้องกันภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ได้ (Lertmongconsamut et al., 2018) จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยครอบครัว สามี ญาติและบุคลากรทางสุขภาพที่มีส่วนช่วยในการปรับพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นขึ้นกับ 3 ปัจจัยหลัก คือวิธีการให้ความรู้ การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้ และมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์ได้ ดังสรุปในตาราง

ตาราง สรุปวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

| วิธีการพยาบาล | กิจกรรม | สื่อการเรียนรู้ | ผลลัพธ์ |
|----------------------------|--|---|--|
| 1. การให้ความรู้ | ให้ความรู้เป็นรายบุคคล รายกลุ่ม และให้คำปรึกษาทางสุขภาพโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ ความรุนแรง ผลกระทบของภาวะโลหิตจาง แนวทางการรักษา การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง อาหารที่ส่งเสริมและขัดขวางการดูดซึมของธาตุเหล็ก และรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกวิธี | แผนการสอน คู่มือ แผ่นพับ ภาพพลิก อินโฟกราฟฟิก สไลด์ E-book แบบบันทึก การรับประทานยา วิดีทัศน์ กลุ่มเฟซบุ๊กแอปพลิเคชันไลน์ | เพิ่มความรู้ ความตระหนัก การรับรู้ ประโยชน์ ลดอุปสรรค เพิ่มการรับรู้ ความสามารถของตนเอง และส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น |
| 2. การติดตามอย่างต่อเนื่อง | ติดตามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ทบทวนความรู้ ให้คำปรึกษา แก้ปัญหาเฉพาะบุคคล และการเสริมแรงทางบวก | โทรศัพท์ แอปพลิเคชันไลน์ เฟซบุ๊ก ผ่านวิดีโอคอลและการเยี่ยมบ้าน | ส่งเสริมความต่อเนื่องของพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ทั้งการเพิ่มการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก และลดอุปสรรคในการปฏิบัติตัว |
| 3. การสนับสนุนทางสังคม | ให้ครอบครัว สามี ญาติ เพื่อน และบุคลากรสุขภาพมีส่วนร่วมในการดูแล กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยแก้ปัญหาเฉพาะบุคคล | กลุ่มแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ กลุ่มไลน์ การส่งข้อความกระตุ้นเตือน ญาติ การให้ครอบครัวร่วมดูแล และการเยี่ยมบ้าน | เพิ่มแรงสนับสนุน ลดความโดดเดี่ยวเพิ่มแรงจูงใจ และช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะโลหิตจางได้อย่างต่อเนื่อง |

อภิปรายผล

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าประสิทธิผลของวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะได้ผลดีเมื่อดำเนินการร่วมกันทั้งการให้ความรู้ การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคม งานวิจัยทั้ง 8 เรื่องมีแนวทางการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกัน คือช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้าใจภาวะโลหิตจาง ความเสี่ยง และผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก ตลอดจนการลดอุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทั้งด้านโภชนาการและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก จากผลการทบทวนพบว่า การให้ความรู้มีวิธีการที่หลากหลาย มีการบรรยายร่วมกับการใช้สื่อที่กระตุ้นการเรียนรู้

ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นให้มีพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางได้ดีขึ้น ซึ่งวิธีการให้ความรู้มีการประยุกต์ด้วยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ และมีการนำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ ได้แก่ ทฤษฎีการกำกับตนเองของบุคคลและครอบครัว ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดหมาย และทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับวิธีการให้ความรู้มีการประยุกต์ใช้การให้ความรู้ด้วยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ (Shafagat et al., 2018) แม้ว่าจะเพิ่มความรู้แต่ยังไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อระดับฮีโมโกลบิน และฮีมาโตคริต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษามีเพียงการบรรยาย ขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้งานวิจัยของ Shafagat et al. (2018) เป็นบริบทในต่างประเทศที่อาจมีความแตกต่างในบริบททางวัฒนธรรมและระบบการบริการสุขภาพ ดังนั้นการให้ความรู้ด้วยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ แต่ควรปรับการพัฒนาโปรแกรมที่มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง หรือมีการสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย

สำหรับวิธีการให้ความรู้ด้วยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีต่างๆ ยังได้มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย การติดตามด้วยการโทรศัพท์ การติดตามด้วยการใช้แอปพลิเคชัน และการติดตามด้วยการเยี่ยมบ้าน (Choakprasanchai et.al., 2024; Jarana et al., 2018; Lamoh et al., 2021) สำหรับการติดตามด้วยการใช้แอปพลิเคชัน ไลน์หรือเฟสบุ๊ค เป็นวิธีที่เข้าถึงสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้มากที่สุด เนื่องจากเป็นช่องทางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมกำลังใจและเพิ่มช่องทางการเข้าถึงผู้ให้บริการด้านสุขภาพซึ่งทำให้สามารถส่งข้อความสอบถามได้ตามความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และให้ความรู้ได้อย่างต่อเนื่องซึ่งทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ส่งข้อความต่างๆ รูปภาพที่ทำให้เห็นภาพของปัญหาได้ชัดเจนขึ้นและได้รับคำตอบอย่างทันท่วงที ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีกว่า (Choakprasanchai et al., 2024; Danpradit & Yingpaiboonsuk, 2024; Ingkprasert & Neelasamith, 2024; Lamoh et al., 2021; Vachiravanichkij et al., 2023) อย่างไรก็ตามการติดตามด้วยการเยี่ยมบ้านยังคงมีบทบาทสำคัญเนื่องจากทำให้พยาบาลได้เห็นบริบทชีวิตจริงของสตรีตั้งครรภ์ แต่มีข้อจำกัดด้านเวลา ค่าใช้จ่าย และต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดี เพื่อป้องกันความรู้สึกการถูกจับผิด (Danpradit & Yingpaiboonsuk, 2024; Lertmongconsamut et al., 2018)

นอกจากนี้ปัญหาหลักที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นคือพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมทั้งด้านโภชนาการและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก โดยมักเลือกบริโภคตามความชอบโดยเฉพาะอาหารจานด่วน รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารได้น้อย ไม่ครบ 3 มื้อ ส่งผลให้ได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ขณะเดียวกันการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กมักไม่สม่ำเสมอ จากข้อจำกัดด้านความรู้ และความตระหนักในการดูแลตนเอง รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อุจจาระสีดํา จึงทำให้การรักษาและการป้องกันภาวะโลหิตจางมีประสิทธิภาพลดลง (Danpradit & Yingpaiboonsuk, 2024) ปัญหาดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นของการส่งเสริม การมีส่วนร่วมของครอบครัว เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยเรียน ไม่มีงานทำ หรือมีรายได้เพียงพอในการจัดหาอาหารที่เหมาะสม บางกรณีเป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และไม่ได้รับการยอมรับจากคู่สมรส

หรือครอบครัว ส่งผลให้ขาดการสนับสนุนทั้งด้านค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการฝากครรภ์ ความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร กำลังใจ ตลอดจนการช่วยจัดหาอาหารและการกระตุ้นเตือนให้รับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอตามแนวทางการรักษา เมื่อครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์และเข้ามามีบทบาทในการดูแลร่วมกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น รวมถึงร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ไข จะช่วยเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการและความร่วมมือในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กให้ดีขึ้น (Lamoh et al., 2021)

โดยสรุปวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีสามองค์ประกอบหลัก คือ การให้ความรู้ที่มีสื่อที่หลากหลายทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้าใจได้ง่าย มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคม ที่ช่วยกันส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างถูกต้อง และนำไปปรับพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร และการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมทั้งแก้ไข้ปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคลอย่างทันที ส่งผลให้มีสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นลดผลกระทบจากภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้จากสามวิธีในการให้การพยาบาล ทั้งการให้ความรู้ การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคม โดยเป็นแนวทางปฏิบัติให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ด้วยการให้ความรู้ที่มีการใช้สื่อการเรียนรู้ที่หลากหลายร่วมกับการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านช่องทางโซเชียลมีเดีย เนื่องจากเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว แก้ปัญหาได้ทันที่ พร้อมทั้งให้บุคคลในครอบครัว เช่น สามี ญาติ รวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพที่ใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจางดีขึ้นและต่อเนื่อง มีค่าความเข้มข้นของโลหิตสูงขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยใช้รูปแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อระดับความเข้มข้นของเลือดและพฤติกรรมป้องกันภาวะโลหิตจาง เช่น อายุครรภ์ ค่าความเข้มข้นของเลือดก่อนการทดลอง ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ความถี่ของการฝากครรภ์ และการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อให้สามารถประเมินประสิทธิผลของวิธีการพยาบาลได้แม่นยำมากขึ้น ศึกษาแยกกลุ่มทั้งในกลุ่มที่ยังไม่เป็นโลหิตจางเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ และกลุ่มที่เป็นโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของภาวะโลหิตจางและปรับพฤติกรรมเพื่อเพิ่มความเข้มข้นของเลือด รวมทั้งวิธีการวัดผลลัพธ์ที่เหมาะสม เพื่อนำมาใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ และเพียงพอในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เมต้าต่อไป

References

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Anemia in pregnancy: ACOG practice bulletin, number 233. *Obstetrics and Gynecology*, 138(2), e55-e64.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004477>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). *JB I manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Barker, T. H., Habibi, N., Aromataris, E., Stone, J. C., Leonardi-Bee, J., Sears, K., et al. (2024). The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias in quasi-experimental studies. *JBI Evidence Synthesis*, 22(3), 378–388.
- Barker, T. H., Stone, J. C., Sears, K., Klugar, M., Tufanaru, C., Leonardi-Bee, J., Aromataris, E., & Munn, Z. (2023). The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. *JBI Evidence Synthesis*, 21(3), 494–506.
- Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. (2020). *Guidelines for the prevention and control of iron-deficiency anemia*.
https://nhso4.nhso.go.th/mis_saraburi/dist/files/pp/022563.pdf. (in Thai)
- Choakprasanchai, T., Phumonsakul, S., Sumdeangrit, B., & Piaseu, N. (2024). The Effectiveness of the Mobile e-Health Individual and Family Self-management Program for Primiparous Pregnant Adolescents: A Quasi-experimental Study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 28(3), 479–495.
<https://doi.org/10.60099/prijnr.2024.266689>. (in Thai)
- Danpradit, P., & Yingpaiboonsuk, U. (2024). Effects of a health promotion program on nutritional behavior and hematocrit levels of adolescence pregnant women with anemia in the community. *Vajira Nursing Journal*, 26(2), 76–92. (in Thai)
- Ingkhaprasert, M., & Neelasamith, S. (2024). The Effects of an Online Anemia Education Program with Family Support on Anemic Perception, Food and Iron Supplement Consumption Behaviors Among Adolescent Pregnancy in The Community Hospital. *Nursing, Health, and Education Journal*, 7(2), 42–54. (in Thai)
- Jaranai, P., Nirattharodom, M., & Buaboon, N. (2018). The Effects of a nutritional promotion program on the Nutritional Health Behavior and Hematocrit Levels of Adolescent Pregnant Women. *Journal of Nursing Science, Chulalongkorn University*, 30(1), 59–69. (in Thai)
- Lamoh, S., Youngwanichsetha, S., & Thitimapong, B. (2021). The Effects of nutrition promotion program on Food and Iron supplement Consumption Behaviors and Hematocrit among Teenage Pregnant Women. *Nursing Journal of Ministry of Public Health*, 31(1), 224-236. (in Thai)

- Lertmongkolsamut, A., Kompayak, J., & Nateetanasombat, K. (2019). The Effects of Transactional program by Home Visit and Application Line on Self-Care Behaviors in Adolescent Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, 35(1)*, 48-58. (in Thai)
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ, 372*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Poowung, W. (2020). Prevalence and associated factors of anemia in mothers who delivered in Nongkhai Hospital. *Nursing, Health, and Education Journal, 3(1)*, 18–27. (in Thai)
- Puttisawong, W., Chunuan, S., & Kala, S. (2017). The effect of self-efficacy enhancement with husband support program on food consumption behavior among pregnant adolescents. *Princess of Naradhiwas University Journal, 9(3)*, 12–24. (in Thai)
- Reproductive Health Bureau, Department of Health, Ministry of Public Health. (2025). *Teenage pregnancy surveillance report, Thailand 2025*. Retrieved from <https://rh.anamai.moph.go.th/th/surveillance-report/5600#wow-book/>. (in Thai)
- Tesfaye, A., Belete, K. T., Tamiru, D., & Belachew, T. (2025). Effect of nutrition behavior change communication on nutrition knowledge and dietary practices of pregnant adolescents in West Arsi, Central Ethiopia: a cluster randomized controlled trial. *Frontiers in Nutrition, 12*, 1541415. 1-14. <https://www.frontiersin.org/journals/nutrition/articles/10.3389/fnut.2025.1541415/full>
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute reviewers' manual* (2014 ed.). Joanna Briggs Institute.
- The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. (2025). *RTCOG clinical practice guideline: Prevention and management of anemia in pregnancy*. https://www.rtcog.or.th/files/1754468534_a1313bf4e47ba4bf4499.pdf. (in Thai)
- World Health Organization. (2025). *World health statistics 2025: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381418/9789240110496-eng.pdf?sequence=1>
- Vachiravanichkij, P., Ratinthorn, A., & Phahuwatanakorn, W. (2023). *Effect of a nutritional promoting program using social media on gestational weight gain and recovery from anemia in adolescent pregnant women with iron deficiency anemia*. *Kuakarun Journal of Nursing, 30(2)*, 329–344. (in Thai)
- Wongwichit, P. (2022). Pregnancy Outcomes among Pregnant Adolescents and Pregnant Adults: A Case-Control Study. *Medical Journal of Srisaket Surin Burirum Hospitals, 37(2)*, 331-339 <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/258904/176708>. (in Thai)

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่ายในผู้ป่วย ที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ประภาวดี ไพบณีย์¹, ธิติมา สีนัยธรรม¹, ดวงกมล พรหมมณี¹, ลัดดา จามพันธ์^{2*}

¹โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาวิธีวัดอุปสรรคเพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย พัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่ายในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 ในระยะสำรวจปัญหา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก 4 คน หัวหน้าทีมป้องกันและดูแลภาวะแทรกซ้อน 4 คน รวม 8 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ในระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ และทดลองใช้ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 50 คน และผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่ายในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 160 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ และแบบสอบถามความพึงพอใจด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ของพยาบาลวิชาชีพ ใช้สถิติการทดสอบที

ผลการวิจัย ผลระยะสำรวจปัญหา พบว่าไม่มีแนวทางการประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติการพยาบาล ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกที่พัฒนาขึ้น จำแนกเป็น 3 ระยะได้แก่ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง และวางแผนจำหน่าย ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้ พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ อัตราการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ลดลงจากร้อยละ 15.00 เหลือร้อยละ 6.30 หลังการอบรม พยาบาลวิชาชีพ ความรู้ระดับสูงเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีความพึงพอใจด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ระดับมากที่สุด (Mean=4.91, SD=.10) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่มีปัญหาการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เพื่อป้องกันและลดการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก, พยาบาลวิชาชีพ, ภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

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

วันที่รับ 30 มี.ค. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 27 พ.ค. 2569, วันที่ตอบรับ 5 มิ.ย. 2569

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 9 No.1 January - June 2026 ISSN 2822-034X (Online)

Effectiveness of Implementation Clinical Nursing Practice Guidelines for Care of Incontinence Associated Dermatitis in High-Risk Patients in Medical Intensive Care Unit Suratthani Hospital

Prapawadee Paimanee¹, Thitima Suepnaitham¹, Duangkamol Prommanee¹, Ladda Jampat^{2*}

¹Suratthani Hospital

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

Abstract

This research and development (R&D) study aimed to investigate the current care situation, develop, and evaluate the effectiveness of Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPG) for skin care in patients at risk of Incontinence-Associated Dermatitis (IAD). The study was conducted at the Medical Intensive Care Unit (ICU), Surat Thani Hospital, from February 2025 to March 2026. During the situational analysis phase, the sample consisted of 8 people, including 4 head nurses of intensive care units and 4 leaders of the pressure injury prevention and care team. Data were collected through focus group discussions and analyzed using content analysis. In the development and implementation phase of the clinical nursing guideline, the sample consisted of 50 registered nurses and 160 patients at risk of IAD. The research instruments included the developed CNPG for IAD skin care, a satisfaction questionnaire, and a knowledge assessment tool regarding IAD prevention. Statistical analysis was performed using descriptive statistics and t-tests.

The results of the study indicated that the situational analysis revealed a lack of risk assessment tools and standardized nursing practice guidelines. The newly developed CNPG was categorized into three phases: admission, continuous care, and discharge planning. Evaluation of the guidelines showed that the incidence of IAD significantly decreased from 15.0% to 6.3% after implementation. Following training, registered nurses exhibited a significantly higher level of knowledge regarding IAD prevention and care ($p < .05$). Furthermore, the nurses reported the highest level of satisfaction with the CNPG (Mean=4.91, SD=.10). The findings demonstrate that the developed CNPG can effectively enhance the standard of skin care for patients with incontinence, thereby preventing and reducing the occurrence of Incontinence-Associated Dermatitis caused by exposure to stool and urine.

Keywords: Clinical Nursing Practice Guidelines, Registered Nurses, Incontinence-Associated Dermatitis

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

Received: March 30, 2025; Revised: May 27, 2026; Accepted: June 5, 2026

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 9 No.1 January - June 2026 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

ภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence Associated Dermatitis: IAD) เกิดจากผิวหนังสัมผัสปัสสาวะและ/หรืออุจจาระบ่อยครั้งหรือเป็นเวลานาน (Gray et al., 2022) ซึ่งถือเป็นปัญหาสำคัญในทางการพยาบาลที่ส่งผลต่อความปลอดภัยและสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งภาวะนี้จะเกิดขึ้นเมื่อผิวหนังบริเวณรอบก้นและอวัยวะเพศสัมผัสกับปัสสาวะและ/หรืออุจจาระอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานานทำให้ค่าความเป็นกรด-ด่างของผิวหนังเปลี่ยนไป ส่งผลให้ผิวหนังเกิดการระคายเคือง มีการอักเสบเกิดความเสียหาย เช่น รอยแดง บวม หรือการกัดกร่อนของผิวหนัง อีกทั้งการเสียดสีจากการเคลื่อนไหวหรือการทำความสะอาดที่รุนแรงร่วมกับความชื้นจากปัสสาวะและอุจจาระจะยิ่งเร่งให้ผิวหนังเสียหายมากขึ้นจนกลายเป็นภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ ผู้ป่วยวิกฤตที่เป็นผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ เช่น การนอนอยู่บนเตียง หรือมีการจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน อายุที่มากขึ้น มีไข้ การใช้ยาที่มีผลต่อการไหลเวียนโลหิต การให้อาหารทางสายยาง และการใช้ผ้าอ้อม (Thatsiriniratkul et al., 2024)

พยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่หลักในการดูแลและเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยป้องกันและแก้ปัญหาภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ ถ้าพยาบาลผู้ดูแลไม่ขาดองค์ความรู้และความตระหนัก อาจทำให้ภาวะดังกล่าวมีความรุนแรงมากขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและโอกาสการเกิดแผลกดทับ (Beeckman et al., 2016) โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะดังกล่าวถึง 1.3 เท่า และมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลรักษาสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เกิด อีกทั้งทำให้การฟื้นฟูผู้ป่วยจากภาวะวิกฤตล่าช้า การดูแลรักษายากขึ้น (Kayser et al., 2021) จากการศึกษาความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การทำงาน และทัศนคติในการป้องกันภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ มีระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=179.63, SD.=38.16) (Suwan-on et al., 2024) ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายอย่างยิ่งในการแสดงถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการปัญหาภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ

อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาเครื่องมือประเมินความเสี่ยงภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ ได้แก่ การประเมินผิวหนัง บริเวณก้นและอวัยวะสืบพันธุ์ (Perineal Assessment Tool: PAT) ของ Nix (2002) และแนวปฏิบัติสำหรับภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence Associated Dermatitis Intervention Tool: IADIT) ของ Junkin (2008) ที่สามารถนำมาเป็นเครื่องมือมาตรฐานเพื่อนำมาวางแผนดูแลผู้ป่วยได้ (Simim & Banharak, 2023) พยาบาลวิชาชีพสามารถเลือกใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐานและไม่เพิ่มภาระงานมากเกินไป เช่น IADIT (IAD Assessment Intervention Tool) เพื่อช่วยระบุระดับความเสี่ยงและความรุนแรงได้อย่างแม่นยำ (Qiao & Banharak, 2023) และการดูแลสำคัญในการปกป้องและดูแลแผลผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ ได้แก่ การทำความสะอาดผิวหนัง ซึ่งควรใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดที่มีค่า pH ใกล้เคียงกับผิวหนังปกติ เพื่อคงสภาพความเป็นกรดอ่อนๆ และยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย (Kwangthong et al., 2023)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบความชุกภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะในประเทศสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 21.3 ประเทศออสเตรเลีย ร้อยละ 50 (Qiao & Banharak, 2023) ในหอผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 27 (Kayser et al., 2021) สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลศิริราชพบร้อยละ 3.4 - 25 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบร้อยละ 33 และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบร้อยละ 12.46 (Koetsawat et al., 2024) สำหรับโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี ยังไม่พบการศึกษาอุบัติการณ์ในภาพรวมระดับโรงพยาบาล แต่พบอุบัติการณ์ภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะร้อยละ 5.76 ในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 2 ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าทีมการพยาบาลของหอผู้ป่วยไอซียู อายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ได้ศึกษาข้อมูลทางคลินิก และการนิเทศทางการพยาบาล พบว่าพยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ ตามความรู้ ประสบการณ์ของตนเอง และพบว่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการป้องกันดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวเป็นปัญหาสำคัญ ผู้วิจัยเล็งเห็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพด้านการพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการพยาบาล การวิจัยครั้งนี้ได้วางแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ โดยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบซึ่งมองทุกอย่างอย่างเป็นระบบมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
 - 3.1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการอบรม
 - 3.2 ความพึงพอใจด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ของพยาบาลวิชาชีพ
 - 3.3 เปรียบเทียบอุบัติการณ์ภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในคลินิกสำหรับการดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่ายในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพ

แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) และใช้ทฤษฎีระบบเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา (Notarnicola et al., 2024) ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ (1) สํารวจปัญหาสถานการณ์เดิมของการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสส่อจจาระ/ปัสสาวะ (2) กำหนดปัญหาการดูแล ผู้ป่วย (3) ทบทวนวรรณกรรม (4) ประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมายกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล ทางคลินิก 2) กระบวนการ (Process) ได้แก่ (1) ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (2) ตรวจสอบ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ในด้านความตรงของเนื้อหา (3) ทำการประชุมและนำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก แก่พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รับฟัง ข้อเสนอแนะนำมาที่ปรับปรุง (4) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ ประเมินผลการใช้ และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมต่อการนำไปใช้ 3) ผลลัพธ์ (Output) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสส่อจจาระ/ปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพ 2) ความพึงพอใจด้านแนวปฏิบัติทางคลินิก ของพยาบาลวิชาชีพ 3) อุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสส่อจจาระ/ปัสสาวะ ซึ่งสรุปแผนภูมิตามกรอบแนวคิดดังแผนภูมิ



แผนภูมิ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสส่อจจาระ/ปัสสาวะ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1, 2, 3, 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งหน่วยงานดังกล่าวให้บริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับยาที่มีผลต่อการไหลเวียนโลหิต ยาปฏิชีวนะ การให้อาหารทางสายยาง และการใช้ผ้าอ้อม หรือแผนรองซักรวมทั้งได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ มีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

1) ระยะเวลาสำรวจปัญหา ทำการศึกษาสถานการณ์เดิมของการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนัง อักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ ในระยะนี้กลุ่มตัวอย่าง 8 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นตัวแทน จากหน่วยงานบริการประกอบด้วย 1) หัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียู 4 คน มีคุณสมบัติ ดังนี้ (1) มีประสบการณ์ด้าน บริหารหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ อย่างน้อย 2 ปี (2) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย 2) หัวหน้าทีมป้องกันและดูแลภาวะแผลกดทับ 4 คน มีคุณสมบัติคือ (1) พยาบาลหัวหน้าทีมป้องกันและดูแลภาวะแผลกดทับ (2) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2) ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ และทดลองใช้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยยึดหลักพื้นฐานอำนาจการวิเคราะห์ (Power Analysis) กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Moderate Effect) โดยใช้โปรแกรม G* Power Version 3.1 สำหรับการศึกษาที่มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ที่ระดับนัยสำคัญ α เท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 27 คน (Polit & Beck, 2021) และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม 80 คน และกลุ่มทดลอง 80 คน ตามเกณฑ์เฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

(1) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยไอซียู อายุรกรรม 1,2,3,4 ระหว่างวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2568 ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2569 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ที่รับไว้ดูแลในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 10 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2569 และกลุ่มผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯที่รับไว้ดูแลในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2569 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ยินดีเข้าร่วมวิจัย 2) ผู้ป่วยที่รับไว้ดูแลไม่มีปัญหาเรื่องผิวหนัง ไม่มีภาวะ Severe Diarrhea 3) กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว/ญาติลงชื่อยินยอมได้ เกณฑ์คัดออก ผู้ป่วยถอนตัวจากการวิจัย

(2) กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ไอซียูอายุรกรรม 1,2,3,4 ตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2569 ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2569 รวมทั้งหมด 50 คน เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) 1) มีวุฒิการศึกษาพยาบาลตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป 2) มี

ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย 4) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไอซียูอายุอายุรกรรมระหว่างที่มีการเก็บข้อมูล เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วย 2) พยาบาลที่ลาป่วย ลากลอบบุตร ลาศึกษาต่อ ไม่อยู่ในช่วงระยะเวลาการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือดำเนินการวิจัย

1) ระยะเวลาสำรวจปัญหา ทำการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์เดิมของการดูแลผู้ป่วยโดยการสนทนากลุ่ม (Tantiveas, 2016) เครื่องมือได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม (Guideline) แบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารวิชาการ ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มด้วยตนเอง

2) ระยะเวลาพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในคลินิกฯ และทดลองใช้ คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ระยะแรกรับระยะต่อเนื่อง และวางแผนจำหน่าย

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยตามตัวชี้วัดผลลัพธ์ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค เวลาที่เข้ารับการรักษา วันเวลาที่จำหน่าย ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา อุบัติการณ์ภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ ระดับความรุนแรงของภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ

2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับพยาบาลวิชาชีพได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน และสถานที่ปฏิบัติงาน

3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบเลือกตอบ ถูกผิด จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อความเชิงบวกตอบใช่ ให้คะแนน 1 ตอบไม่ใช่ และไม่ทราบให้คะแนน 0 ข้อความเชิงลบ ตอบใช่ ให้คะแนน 0 ตอบไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน และไม่ทราบ ให้คะแนน 0 การแบ่งระดับความรู้ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ (Bloom et al., 1986) แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้คือระดับความรู้สูง คะแนนที่ได้ 8 - 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80.00 - 100.00 ระดับความรู้ปานกลาง คะแนนที่ได้ 6 - 7 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 60.00 - 79.00 ระดับความรู้ต่ำ คะแนนที่ได้ต่ำกว่า 5 คะแนน คะแนนคิดเป็นร้อยละ ต่ำกว่า 60.00 โดยระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในระดับสูง และระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในระดับต่ำ

(4) แบบสอบถามความพึงพอใจด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ระดับความพึงพอใจมากที่สุด หมายถึงพึงพอใจต่อกิจกรรมทั้งหมด ค่าคะแนน 5 ระดับความพึงพอใจมากที่สุด หมายถึงพึง

พอใจต่อกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ ค่าคะแนน 4 คะแนน ระดับความพึงพอใจปานกลาง หมายถึงพึงพอใจต่อกิจกรรมเพียงครึ่งหนึ่ง ค่าคะแนน 3 ค่าคะแนน 2 คะแนน ระดับความพึงพอใจน้อย หมายถึงพึงพอใจต่อกิจกรรมเล็กน้อย ค่าคะแนน 1 คะแนน ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด หมายถึงไม่พึงพอใจต่อกิจกรรมเลย โดยค่าคะแนนความพึงพอใจมากที่สุด เท่ากับ 4.50 - 5.00 คะแนน และค่าคะแนนความพึงพอใจน้อยสุด เท่ากับ 1.00 - 1.49 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .8 (Polit & Beck, 2021) ได้แก่แนวทางการสนทนากลุ่ม (Guideline) แบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่มและแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้ค่า CVI เท่ากับ .82 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .81 แบบบันทึกข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .84 แบบวัดความรู้การป้องกันและดูแลภาวะผิวหนังอักเสบจากควมคุมการขยับถ่ายไม่ได้ของพยาบาลวิชาชีพ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .82 แบบสอบถามความพึงพอใจด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ของพยาบาลวิชาชีพ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .82 ซึ่งผู้วิจัยปรับแก้เนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือการวิจัยโดยนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา แล้วนำไปวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และนำแบบวัดความรู้การป้องกันและดูแลภาวะผิวหนังอักเสบจากควมคุมการขยับถ่ายไม่ได้ของพยาบาลวิชาชีพมาวิเคราะห์หาความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR20) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (Polit & Beck, 2021)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจปัญหา ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการโดยการสนทนากลุ่ม กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจจากระ/ปัสสาวะ โดยมีการดำเนินการในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2569 เวลา 10.00 - 12.00น ดังนี้ 1) ทบทวนข้อมูลอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในช่วงปีงบประมาณ 2566 - 2568 เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้น 2) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิเคราะห์แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอยู่เดิม

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ และทดลองใช้

ดำเนินการในช่วงวันที่ 4 - 9 กุมภาพันธ์ 2569 ดังนี้ 1) กำหนดปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจจากระ/ปัสสาวะได้แก่ประเด็นการประเมินความเสี่ยงและการดูแลภาวะ

ผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ 2) สืบค้นงานวิจัย โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น Clinical Nursing Practice Guideline Incontinence-Associated Dermatitis และใช้วิธีการสืบค้นงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ 3) ประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินคุณค่า และจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การจัดระดับคุณภาพของ MMAT version 2018 (Hong et al., 2018) ทั้งหมด 11 เรื่อง 4) ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯตามผลที่ได้จากการสืบค้น และประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์สอดคล้องกับประเด็นปัญหา นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5) นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมต่อการนำไปใช้ แล้วนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในคลินิกฯ ที่ได้ไปใช้จริงกับพยาบาลวิชาชีพ 50 คน ดังนี้ (1) อบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างที่มีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่ายในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะรวมทั้งแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในคลินิกฯ (2) ประชุมกลุ่มหัวหน้าทีมป้องกันและดูแลภาวะแผลกดทับ เพื่อการนิเทศติดตามการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในคลินิกฯ ดังกล่าวไปเป็นในทิศทางเดียวกัน (3) นำไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่ายในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ จำนวน 80 คน

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ

ดำเนินการในช่วงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ - 20 มีนาคม 2569 ผู้วิจัยประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ดังนี้ 1) ใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อน และหลังการทดลอง (Quasi-Experimental Study One-Group Pretest-Posttest Design) สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย โดยกลุ่มผู้ป่วยก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ให้การดูแลตามแนวทางที่มีอยู่เดิมในระหว่าง วันที่ 10 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2569 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยดำเนินการในระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2569 2) กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพทำการประเมินแบบวัดความรู้ฯ ก่อนและหลังการอบรม รวมทั้งทำการประเมินความพึงพอใจด้านการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ 3) ผู้วิจัยได้นิเทศติดตามการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในคลินิกฯ ของพยาบาลวิชาชีพ ทั้ง 4 หอผู้ป่วย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ตลอดจนประสานงานกับหัวหน้าทีมป้องกันและดูแลภาวะแผลกดทับด้านปัญหาและอุปสรรคการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ จนสิ้นสุดการวิจัย และดำเนินการรวบรวมข้อมูลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่ม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)
2. สถิติบรรยาย โดยการวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความพึงพอใจด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ของพยาบาลวิชาชีพ และอุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ

3. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติ Independent t-test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ REC 68 - 0152 ลงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2569

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การสำรวจปัญหา ผลการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพไม่มีแนวทางการประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตก่อน รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพมีข้อจำกัดด้านความรู้และขาดความตระหนักเกี่ยวกับอุบัติการณ์ภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะในผู้ป่วย

2. พยาบาลวิชาชีพดูแลผิวหนังและดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ ตามประสบการณ์ของแต่ละคน ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการดูแลเรื่องแผลกดทับ

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ และทดลองใช้ จากการสำรวจปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ ผู้วิจัยนำประเด็นปัญหามาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ดังนี้

| แนวปฏิบัติเดิม | แนวปฏิบัติที่พัฒนาใหม่ |
|--|--|
| 1. การประเมินสภาพผิวหนังผู้ป่วยรับใหม่ และการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วย 1.1 ในขั้นตอนการรับใหม่ผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ประเมินเรื่องแผลกดทับ เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน 1.2 พยาบาลวิชาชีพไม่มีแนวทางการประเมินความเสี่ยงและระดับความรุนแรงของภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ | 1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ ระยะแรกรับ 1.1 กำหนดให้ประเมินผิวหนังบริเวณกันและอวัยวะสืบพันธุ์ของผู้ป่วยรับใหม่/รับย้ายทุกรายใช้แบบประเมิน PAT-T (Simim & Banharak, 2023) 1.2 กรณีพบภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ กำหนดให้ประเมินอย่างน้อย เวรละ 1 ครั้ง โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรง โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) High Risk ความเสี่ยงในการเกิดแผล ภาวะผิวหนังอักเสบ 2) Early มีผื่นแดงเล็กน้อย 3) Moderate ผื่นแดงระดับปานกลาง 4) Severe ผื่นแดงมากและ 5) Fungal Appearing Rash เกิดผื่นเชื้อรา (Simim & Banharak, 2023)- |
| 2. ไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลตามประสบการณ์และบริบทของแต่ละหน่วยงาน | 2. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ระยะต่อเนื่อง 2.1 การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ 2.1.1 ประเมินสภาพผิวหนัง 2.1.2 ทำความสะอาดผิวหนัง ล้างผิวหนังที่สัมผัสสอจุจาระและปัสสาวะ |

| แนวปฏิบัติเดิม | แนวปฏิบัติที่พัฒนาใหม่ |
|--|---|
| <p>2.1 พยาบาลวิชาชีพดูแลสภาพผิวหนังตามประสบการณ์แต่ละคน เช่นทำความสะอาดด้วยน้ำและสบู่ทั่ว ๆ ไป</p> <p>2.2 ใช้ผ้าอ้อมหรือแผ่นรองขับหลากหลายชนิดแล้วแต่สะดวก รวมทั้งเปลี่ยนผ้าอ้อมหรือแผ่นรองขับเมื่อพบว่า มีกลิ่นอุจจาระซึ่งบางครั้งอาจนานเป็นแฉับครั้ง</p> | <p>ทันที โดยใช้สาลีชุบน้ำเช็ดผิวหนังเบา ๆ ใช้สบู่ที่มี pH 5.5 ทำความสะอาดขับให้แห้ง</p> <p>2.1.3 การปกป้องผิวหนัง (Skin Protection) ตามระดับความรุนแรง ทั้ง 5 ระดับ เช่น ระดับ High Risk ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น โดยทาโลชั่น ครีมหรือ Skin Barrier Cream</p> <p>2.1.4 ใช้วัสดุรองรับ ควรเลือกใช้วัสดุรองรับอุจจาระ ปัสสาวะที่เหมาะสมกับลักษณะและปริมาณสิ่งขับถ่าย</p> <p>2.1.5 ประเมินสภาพผู้ป่วยและสาเหตุของการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ของผู้ป่วย</p> <p>2.1.6 ดูแลทำความสะอาดผิวหนังโดยการล้างทำความสะอาดบริเวณขาหนีบต้นขาด้านใน 2 ข้างก้นกบ ก้นย้อยรอบ ๆ ทวารหนักอวัยวะเพศและบริเวณฝีเย็บทุกวันและทุกครั้งหลังมีการขับถ่าย</p> <p>2.1.7 ปกป้องผิวโดยให้ทาผิวหนังในบริเวณตามข้อ 2.1.6 ด้วยวาสลีน</p> <p>2.1.8 ประเมินสภาพผิวหนังและความอับชื้นในบริเวณตามข้อ 2.1.6 ทุก 2 ชั่วโมงหรือเมื่อขับถ่ายทุกครั้ง</p> |
| <p>3. ไม่มีแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาล ตามประสบการณ์และบริบทของแต่ละหน่วยงาน</p> | <p>3. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ระยะเวลาแผนการจำหน่าย</p> <p>3.1 การประเมินความพร้อมด้านร่างกาย</p> <p>3.2 ประเมินความพร้อมการช่วยเหลือตนเองและสภาพการรับรู้สติของผู้ป่วย</p> <p>3.3 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ โดยใช้ IDEAL Model ในการวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง</p> |

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพ (n=50)

| หัวข้อ | ก่อนการอบรม | | หลังอบรม | | df | t | Sig. |
|---|-------------|-------|----------|------|----|--------|--------|
| | Mean | SD. | Mean | SD. | | | |
| คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ | 73.40 | 16.49 | 95.80 | 7.31 | 49 | -8.427 | .000** |

** $p < .01$

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า คะแนนความรู้หลังอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 95.80 สูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนอบรมที่คิดเป็น 73.40 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-8.427, p < .01$)

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจด้านการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ของพยาบาลวิชาชีพ (n=50)

| ความพึงพอใจด้านแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในคลินิกฯ ของพยาบาลวิชาชีพ | Mean | SD. | ระดับความพึงพอใจ |
|---|-------------|------------|------------------|
| ระยะแรกเริ่ม | | | |
| 1. การประเมินสภาพผิวหนังของผู้ป่วย ตามแบบประเมิน PAT-T | 4.86 | .35 | มากที่สุด |
| 2. ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ 5 ระดับ | 4.90 | .30 | มากที่สุด |
| ระยะต่อเนื่อง | | | |
| 1. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ | 4.92 | .27 | มากที่สุด |
| 2. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ | 4.96 | .20 | มากที่สุด |
| วางแผนการจำหน่าย | | | |
| 1. การประเมินความพร้อมด้านร่างกาย | 4.94 | .24 | มากที่สุด |
| 2. ประเมินความพร้อมการช่วยเหลือตนเองและการรับรู้สติ | 4.92 | .27 | มากที่สุด |
| 3. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะโดยใช้ IDEAL Model | 4.90 | .30 | มากที่สุด |
| รวม | 4.91 | .10 | มากที่สุด |

จากตารางที่ 2 พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และวางแผนจำหน่าย อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.91)

ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ (n=80)

| อุบัติการณ์ภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ | ก่อนใช้ | | หลังใช้ | |
|--|-------------------------------|---------------|-------------------------------|---------------|
| | แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ | | แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ | |
| | จำนวน (n=80) | ร้อยละ | จำนวน (n=80) | ร้อยละ |
| ไม่เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ | 68 | 85.00 | 75 | 93.80 |
| เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ | 12 | 15.00 | 5 | 6.30 |
| รวม | 80 | 100.00 | 80 | 100.00 |

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราผู้ป่วยเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ มีเพียงร้อยละ 6.30 ซึ่งต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ที่เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ ร้อยละ 15

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า

ปัญหาที่ 1 การประเมินความเสี่ยงภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอูจจาระ/ปัสสาวะ ของพยาบาลวิชาชีพพบว่า ไม่ได้ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณขาหนีบ ต้นขาด้านใน 2 ข้าง ก้นกบ ก้นย้อย รอบ ๆ ทวารหนัก อวัยวะเพศ และบริเวณฝีเย็บ เนื่องจากขาดความรู้ในการประเมิน และไม่มีแนวทางประเมินที่ชัดเจน รวมทั้งขาดความตระหนักเกี่ยวกับภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอูจจาระ/ปัสสาวะ จากการศึกษาพบว่าการนำเครื่องมือประเมินผิวหนังบริเวณก้นและอวัยวะสืบพันธุ์ (Perineal Assessment Tool Thai Version; PAT-T) ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน 4 ปัจจัย ได้แก่ ความเข้มข้นของสิ่งระคายเคือง ระยะเวลาของการระคายเคือง สภาพผิวหนังบริเวณก้น และอวัยวะสืบพันธุ์ และปัจจัยส่งเสริม (Simim & Banharak, 2023) มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและสะท้อนบทบาทการดูแลผู้ป่วยตาม หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 ประการ (7 Aspects of Care) คือมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นความปลอดภัย ครอบคลุมการประเมิน การจัดการอาการรบกวน ความปลอดภัย การพยาบาลพื้นฐาน การให้ข้อมูล การดูแลต่อเนื่อง และการวางแผนจำหน่าย ตามแนวทางของ สภาพยาบาล เพื่อคุณภาพการรักษาที่ดีที่สุด

ปัญหาที่ 2 พยาบาลวิชาชีพยังขาดความรู้และทักษะในการปกป้องสภาพผิวหนังทั้งในกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยที่เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอูจจาระ/ปัสสาวะ รวมทั้งยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นแนวทางเดียวกัน ดังนั้น ทีมการพยาบาลควรกำหนดเป็นตัวชี้วัดทางการพยาบาลเพื่อติดตามและประเมินผลการพยาบาล รวมถึงการพัฒนาความรู้และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและดูแลแผลภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอูจจาระ/ปัสสาวะ (Qiao & Banharak, 2023) อย่างไรก็ตามหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาความรู้ สร้างความตระหนักของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอูจจาระ/ปัสสาวะ โดยสร้างการมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลวิชาชีพ สนับสนุนการศึกษาต่อเนื่อง ประเมินสมรรถนะ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ และส่งเสริมการทำวิจัย เพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอูจจาระ/ปัสสาวะ หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี

การวิจัยครั้งนี้พบว่า การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอูจจาระ/ปัสสาวะแบบเดิมนั้นพยาบาลวิชาชีพดูแลตามประสบการณ์ ยังไม่มีแนวทางดูแลผู้ป่วย แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นได้กำหนดกิจกรรมการพยาบาลเป็นขั้นตอนอย่างชัดเจนตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เช่น การประเมินผิวหนังบริเวณก้นและอวัยวะสืบพันธุ์ของผู้ป่วยรับใหม่/รับย้ายทุกรายใช้แบบประเมิน PAT-T ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินผิวหนังที่มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา .90 และมีความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ .75 โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องมือนี้ใช้ในการประเมินความเสี่ยงและระดับความรุนแรงของภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอูจจาระ/ปัสสาวะ ในกลุ่มผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่มีคุณภาพและน่าเชื่อถือ (Simim & Banharak, 2023) นอกจากนี้กิจกรรมการพยาบาลในแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นยังสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการดูแลผิวหนังต่อการหายของแผลในผู้ป่วยที่มีภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ซึ่งพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผิวหนังมีค่าเฉลี่ยคะแนนความก้าวหน้าการหายของแผลลดลงมากกว่า

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ และมีระดับความรุนแรงของภาวะผิวหนังอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (Kwangthong et al., 2023) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้ เป็นแนวทางที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ ช่วยให้พยาบาลทำงานได้อย่างแม่นยำ ลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน ลดความเสี่ยงในการเกิดข้อผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพมีแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ ในหน่วยงาน

3. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

3.1 พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ หลังการอบรมให้ความรู้อยู่ในระดับสูงมากกว่าก่อนการอบรมให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Qiang L et al. (2020) พบว่าการจัดการภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ ประจำวันมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่ส่งผลกับคะแนนรวม การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและดูแลภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ ของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้พยาบาลเกิดความตระหนักและให้ความสำคัญกับภาวะดังกล่าว ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงาน

3.2 พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ อยู่ในระดับมากที่สุดเป็น เพราะแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯถูกรวบรวมขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้มีความน่าเชื่อถือและปลอดภัยต่อผู้ป่วย มีขั้นตอนการประเมินสภาพผิวหนัง การทำความสะอาด และการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวที่ระบุไว้ชัดเจน ทำให้พยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ง่ายและลดภาระงานที่ไม่จำเป็น มีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้นช่วยให้ทีมพยาบาลสามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยในทิศทางเดียวกัน ชี้ให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้พยาบาลสามารถป้องกันและดูแลภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ อย่างเป็นระบบส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ Koetsawat et al. (2024) ทำการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันและดูแลการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในหอผู้ป่วยพิเศษ อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าบุคลากรมีระดับความเห็นด้วยในการใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ที่พัฒนาขึ้น ควรนำไปปรับใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ ในหน่วยงาน

3.3 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสอจุจาระ/ปัสสาวะ เพียงร้อยละ 6.30 ซึ่งต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแบบเดิมก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ที่เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ร้อยละ 15.00 สอดคล้องกับการศึกษาของ Koetsawat et al. (2024) พบว่าผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันและดูแลการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบ

จากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ มีแนวโน้มการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ลดลง จะเห็นได้ว่าการที่พยาบาลวิชาชีพนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ ช่วยลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ ลงได้ รวมทั้งการลดภาวะแทรกซ้อนการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ ไปใช้ในหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยบูรณาการกับแนวปฏิบัติการป้องกันและดูแลภาวะแผลกดทับที่มีอยู่เดิม
2. หัวหน้าหน่วยงานสามารถนำปฏิบัติการภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) และพัฒนามาตรฐานบริการพยาบาลของหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ไปต่อยอดพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่มีภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ ที่ใช้ได้สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาล
2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับผลการใช้แบบประเมินความเสี่ยงภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ/ปัสสาวะ เพื่อนำมาปรับปรุง พัฒนารูปแบบการประเมินให้เหมาะสมกับบริบทการดูแลผู้ป่วย

References

- Beeckman, D., Van Damme, N., Schoonhoven, L., Van Lancker, A., Kottner, J., Van Beele, H., Gray, M., Woodward, S., Fader, M., Van Bussche, K., Van Hecke, A., Meyer, D., & Verhaeghe, S. (2016). Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD011627.
- Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1981/1986). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Gray, M., Bliss, D. Z., & McNichol, L. (2022). Moisture-associated skin damage: Expanding and updating practice based on the newest ICD-10-CM codes. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 49(2), 143–151.
- Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O’Cathain, A., Rousseau, M.-C., & Vedel, I. *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018*. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018. Canadian Intellectual Property Office.

- Kayser, S. A., Koloms, K., Murray, A., Khawar, W., & Gray, M. (2021). Incontinence and incontinence-associated dermatitis in acute care: A retrospective analysis of total cost of care and patient outcomes from the Premier Healthcare Database. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 48(6), 545–552.
- Koetsawat, R., Utthiya, P., & OnThai, C. (2024). Effects of using clinical nursing practice guidelines for the prevention and care of incontinence-associated dermatitis in a private ward, Somdech Phra Debaratana Building, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 25(1), 204–211 (in Thai).
- Kwangthong, N., Danaidutsadeekul, S., Watanakijkrilert, D., & Angspatt, A. (2023). The effects of skin care protocol on ulcer healing in patients with incontinence-associated dermatitis. *Kuakarun Journal of Nursing*, 30(1), 14-24.
- National Health and Medical Research Council. (1999). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. Commonwealth of Australia.
- Notarnicola, I., Lommi, M., Ivziku, D., Carrodano, S., Rocco, G., & Stievano, A. (2024). The nursing theory of complex adaptive systems: A new paradigm for nursing. *Healthcare*, 12(19), 1997. <https://doi.org/10.3390/healthcare12191997>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Qiang, L., Author, A. A., & Author, B. B. (2020). Investigating ICU nurses' understanding of incontinence-associated dermatitis: An analysis of influencing factors. *WCET Journal*, 40(1), 32-38.
- Qiao, G., & Banharak, S. (2023). Incontinence-associated dermatitis in older intensive care patients: A review and case report. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 16, 3299–3308.
- Simim, S., & Banharak, S. (2023). Measuring Translation and Psychometric Testing of the Perineal Assessment Tool (PAT) and Incontinence-Associated Dermatitis Intervention Tool (IADIT) among Patients in Semi Intensive Care Units: A Pilot Study. *Science, Technology, and Social Sciences Procedia*, 2023(3), NCCR03 (in Thai).
- Suwan-on, J., Matchim, Y., & Thongthawee, B. (2024). Nurses' competency in caring for patients with incontinence-associated dermatitis. *Nursing Journal CMU*, 51(3), 84-95.
- Tantiveas, M. (2016). *The development of nursing supervisory model for unofficial-time nursing supervisor, Priest's Hospital* [Master's thesis, Burapha University].
- Thatsiriniratkul, R., Wattanachai, T., Tonglo, N., & Chatchumni, M. (2024). Prevalence of Incontinence-Associated Dermatitis in Male Semi-Critical Care Unit at Nopparat Rajathanee Hospital. *Singburi Hospital Journal*, 33(2), 152–161 (in Thai).

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่

สุราสินี เจียประเสริฐ, กัญญาณัฐ เกลี้ยงเกล้า, กานต์ธีรา ลิ้มปิ่นนะ,
กุลสตรี เสือเมือง, จันทิมา ศรีสุวรรณ, รพีพรรณ กำลังวุธ*
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบจับฉลาก ตามเกณฑ์การคัดเข้าเป็นวัยผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าอู้อู้อ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม และโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ จัดเป็นกิจกรรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .84 มีแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ One-way Repeated Measures ANOVA ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านอาหาร, พฤติกรรมการบริโภค, กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

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

วันที่รับ 31 มี.ค. 2569, วันที่แก้ไขเสร็จ 11 มิ.ย. 2569, วันที่ตอบรับ 15 มิ.ย. 2569

The Effect of a Food Literacy Promotion Program on Eating Behaviors among Adults at Risk of Hypertension

Suthasinee Chiaprasert, Kanyanat Kliangkiao, Kanteera Limthana,
Kunlasatree Sueamueang, Janthima Srisuwan, Rapeepan Kumlungwoot*
Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group repeated-measures design with assessments conducted before the intervention and at weeks 1, 4, and 8 after the intervention. The objective of this study was to compare dietary behavior scores before and after participation in a food literacy promotion program among adults at risk for hypertension. The sample consisted of 30 adults at risk for hypertension who resided in the service area of Tha Uthae Sub-district Health Promoting Hospital. Participants were selected using a simple random sampling technique based on the inclusion criteria.

The research instruments included a questionnaire and a food literacy promotion program designed to improve dietary behaviors among adults at risk for hypertension. The intervention was implemented over a period of 8 weeks. The instruments were validated by three experts, yielding a Content Validity Index (CVI) of .84. The dietary behavior questionnaire demonstrated a reliability coefficient of .83.

Data were analyzed using descriptive statistics and One-way Repeated Measures ANOVA. The findings revealed that after participating in the program, the participants had significantly higher mean dietary behavior scores than before the intervention ($p < .001$).

Keywords: Food Literacy, Food Consumption Behavior, Adults at Risk of Hypertension

*Corresponding e-mail: Rapeepan@bcnsurat.ac.th

Received: March 31, 2026; Revised: June 11, 2026; Accepted: June 15, 2026

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 9 No.1 January - June 2026 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้เส้นเลือดแดง และอวัยวะต่างๆ จะถูกทำลายไปที่ละน้อย (Sueto et al., 2019) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อย่างมีนัยสำคัญ (World Health Organization [WHO], 2026) มีการคาดการณ์สถิติในปี 2024 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 30 - 79 ปี ทั่วโลกจำนวน 1.4 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 33 ของประชากรในช่วงอายุนี้ และมีผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 600 ล้านคน (WHO, 2025) ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีประชากรกว่า 159 ล้านคน ทำให้เกิดการระดมอย่างมากต่อบุคคล ครอบครัว และระบบสาธารณสุข อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (WHO, 2025) ในประเทศไทยในปี 2568 รายงานผู้ป่วยสะสมโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 17 ล้านคน (Department of Disease Control, 2026) พบ สถิติอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ พ.ศ.2564-2568 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจำนวน 1132.83, 1090.55, 1168.76, 1278.94, 1465.46 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (ข้อมูลถึง 17 พฤศจิกายน 2568) ซึ่งในปีงบประมาณ 2568 จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 1,027.12 ต่อประชากรแสนคน และในพื้นที่อำเภอกาญจนดิษฐ์ มีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปี พ.ศ. 2565 - 2568 จำนวน 753.39, 835.84, 1157.74, 1262.25 ต่อแสนประชากร (Health Data Center [HDC], 2025) จากข้อมูลเห็นได้ว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่กลุ่มเสี่ยง (Pre-Hypertension) ยังเป็นกลุ่มที่สามารถป้องกันได้หากได้รับแรงเสริมที่ตรงจุด

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง กลุ่มประชากรที่มีระดับความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัวหรือค่าความดันซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 130 - 139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัวหรือค่าความดันไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท (Thai Hypertension Society, 2024) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Maikam et al. (2024) พบว่า ความรอบรู้ด้านอาหารสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเกิดทักษะและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม จนนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีได้

วัยผู้ใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุที่มากขึ้น การเป็นโรคเบาหวาน และมีดัชนีมวลกาย มากกว่า 30 กก./ตร.ม. พฤติกรรมออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่มีเกลือสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก (Meher et al., 2023; Thanyapraneetkul, 2024) จากการศึกษาของ Chailimpamontree et al. (2021) ได้ทำการสำรวจประชากรทั่วประเทศไทยโดยใช้วิธีเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมงพบว่า ปริมาณโซเดียมที่บริโภคสูงสุดคือ ประชากรพื้นที่ภาคใต้ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4,107.8 มิลลิกรัมต่อวัน เนื่องจากภาคใต้อยู่ใกล้ชายฝั่งทะเล มีวัตถุดิบอาหารทะเลเป็นอาหารหลัก ใช้การถนอมอาหารทะเลเพื่อการแปรรูปอาหาร ปูรสรอาหารด้วยกะปิ เกลือ และน้ำปลา ซึ่งเป็นวิถีวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมานาน และการรับประทานอาหารพื้นบ้าน

ภาคใต้จะมีรสเผ็ด เปรี้ยว เค็ม ซึ่งเป็นรสชาติที่โดดเด่นเป็นเอกลักษณ์ อาทิแกงพุงปลา อาจส่งผลต่อการเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Jancharoen et al., 2017) พฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันส่งผลต่อแนวโน้มการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญ ภาครัฐจึงให้ความสำคัญและส่งเสริมประชาชนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องด้วยหลัก 3อ.2ส. (Department of Health Service Support, 2017) และจากนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2569 มุ่งเน้นการสร้างความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อลดป่วย ลดพึ่งพิง และยกระดับคุณภาพชีวิตคนไทยทุกช่วงวัย แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ด้านสาธารณสุข ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนสร้างความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ เพื่อลดกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Strategy and Planning Division, 2018) แต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ในบริบทพื้นที่ภาคใต้ยังคงเป็นปัญหาท้าทาย ความรู้ด้านสุขภาพที่สะท้อนถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและทักษะที่จำเป็นในการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง (Visedkaew & Muktabhant, 2020) โดยประยุกต์ใช้ความรู้ด้านอาหารของ ฟิงแลนด์ และคณะ (Fingland et al., 2021) กล่าวว่า การพัฒนาความก้าวหน้าของความรู้ด้านอาหาร สามารถอธิบายความรู้ ทักษะและพฤติกรรมที่ใช้เพื่อตอบสนองความต้องการด้านอาหารให้ครอบคลุมมากขึ้น รวมถึงองค์ประกอบเหล่านี้ เพื่อพยายามสะท้อนถึงอาหารและการรับประทานอาหารร่วมสมัยได้ดียิ่งขึ้นและสะท้อนถึงผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับอาหารที่หลากหลายตั้งแต่ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปจนถึงทักษะการดำรงชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยองค์การอนามัยโลกให้นิยามความรู้ด้านสุขภาพว่า เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงที่อยู่เสมอ (World Health Organization, 1998) การวิจัยครั้งนี้จึงได้บูรณาการแนวคิดความรู้ด้านอาหารของ (Fingland et al., 2021) ที่เน้นทักษะการดำรงชีวิตร่วมสมัย เข้ากับโครงสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้านของ Nutbeam (2008) เพื่อให้ครอบคลุมทั้งมิติด้านข้อมูลและทักษะการปฏิบัติแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) มีความชัดเจนขึ้นเมื่อจำแนกทักษะออกเป็น 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านการบริโภคอาหาร 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจด้านการบริโภคอาหาร 3) ทักษะการสื่อสารด้านการบริโภคอาหาร 4) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้านการบริโภคอาหาร 5) ทักษะการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร 6) ทักษะการตัดสินใจด้านการบริโภคอาหาร ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กล่าวว่า หากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและยังพบว่าผู้ที่มีความรู้สุขภาพอยู่ในระดับต่ำหรือไม่เพียงพอส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน (Thongma, 2020) โรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมหรือพัฒนาให้เกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากขึ้น จึงจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ (Arahang, 2017)

ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะและความสามารถของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านอาหารร่วมกับทักษะความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะในการจัดการพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้สอดคล้องกับบริบทวิถีชีวิตจริง ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาศักยภาพบุคคลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน และลดอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในระดับชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

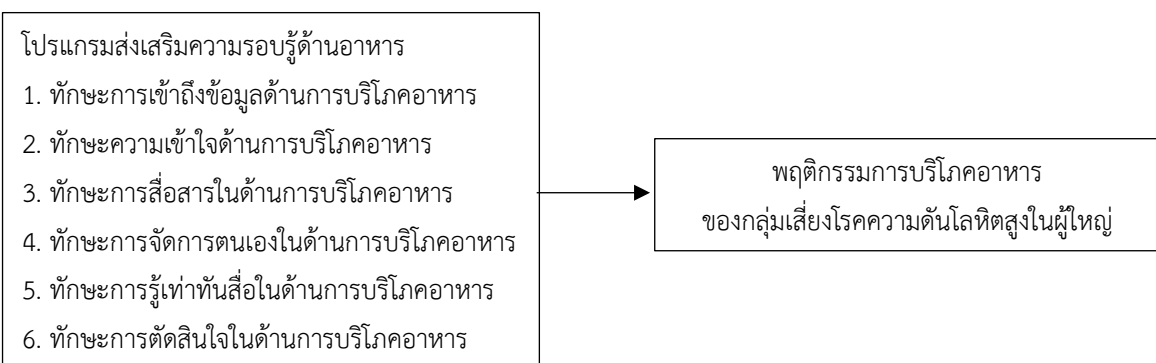
เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ในระยะก่อน และหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร

สมมติฐานวิจัย

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษามูลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย 6 ทักษะ ดังนี้ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านการบริโภคอาหาร 2) ทักษะความเข้าใจเพื่อสร้างความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร 3) ทักษะการสื่อสาร เพื่อสร้างทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพด้านการบริโภคอาหาร 4) ทักษะการจัดการตนเองเพื่อกระตุ้นการแก้ไขปัญหาและการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร 5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อส่งเสริมทักษะการแยกแยะและเลือกใช้สื่อในการบริโภคอาหาร 6) ทักษะการตัดสินใจ เพื่อตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารได้เหมาะสมกับตนเอง โดยประยุกต์ใช้ร่วมกับความรู้ด้านอาหารของฟิงแลนด์ และ คณะ (Fingland et al., 2021) ทั้ง 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การวางแผนและการจัดการอาหาร 2) การเลือกอาหาร 3) การเตรียมอาหาร และ 4) การบริโภคอาหารที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โปรแกรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยพัฒนาทำให้เกิดความรู้และทักษะที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (One-Group Pretest-Posttest Design) เป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มารับบริการในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าอุแท ที่มีอายุระหว่าง 35 - 59 ปี และได้รับการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ 2567 มีค่าความดันซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 130 - 139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัวหรือค่าความดันไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท จำนวนทั้งหมด 154 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis ใช้ Test family เลือก t-test, Statistical Test เลือก Means: Differences between Two Dependent Means (Match Paired) เลือก One Tailed) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ .5 กำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 2003) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ .05 และค่า Power เท่ากับ .8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพิ่มขนาดร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบจับฉลาก โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 35 - 59 ปี ทั้งชายและหญิง มีค่าความดันซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 130 - 139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจ คลายตัวหรือค่าความดัน ไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท

2) มีความสามารถในการสื่อสารได้เป็นปกติ เช่น ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

3) มีอุปกรณ์สื่อสาร เช่น โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ตที่สามารถเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้

เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมโปรแกรม (Withdrawal Criteria)

1) มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับการดูแลเร่งด่วนต้องเข้ารับการรักษานอนพักที่โรงพยาบาล

2) ย้ายที่อยู่อาศัยขณะเข้าร่วมการวิจัยนอกสถานที่บริการ

3) ขอยกเลิกเข้าร่วมวิจัยในกรณีเสียชีวิตขณะอยู่ในระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีรายละเอียดดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ลักษณะให้เลือกตอบ และเติมคำประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน บุคคลที่ทำอาหารให้รับประทาน

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ร่วมกับการ

ทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 24 ข้อ ข้อคำถามทางลบ 6 ข้อ ลักษณะแบบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ วัดมาตราส่วนประมาณค่า ปฏิบัติประจำ (7 วัน/สัปดาห์) ให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5 - 6 วัน/สัปดาห์) ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติปานกลาง (3 - 4 วัน/สัปดาห์) ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติน้อยครั้ง (1 - 2 วัน/สัปดาห์) ให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย ให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล คะแนนรายข้อ ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ที่มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 0 ถึง 4 แปลผล แบ่งระดับคะแนน 3 ระดับ (Best, 1981) ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 2.67 - 4.00 หมายถึง อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.66 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 0 - 1.33 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย 6 ทักษะ คือ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านการบริโภคอาหาร 2) ทักษะความเข้าใจด้านการบริโภคอาหาร 3) ทักษะการสื่อสารด้านการบริโภคอาหาร 4) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ 5) ทักษะการรู้จักตนเองด้านการบริโภคอาหาร 6) ทักษะการตัดสินใจด้านการบริโภคอาหาร โดยประยุกต์ใช้ร่วมกับความรู้ด้านอาหารของฟินแลนด์ และคณะ (Fingland et al., 2021) ทั้ง 4 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1) การวางแผนและการจัดการอาหาร 2) การเลือกอาหาร 3) การเตรียมอาหาร และ 4) การบริโภคอาหารที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โปรแกรม 8 สัปดาห์ กิจกรรมละ 20-60 นาที ในสัปดาห์ที่ 1 - 4 ติดตามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 4 และ 8

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชนในสถาบัน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน และอาจารย์มหาวิทยาลัยผู้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโภชนาการ 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบพิจารณาแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหาความเหมาะสมและความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .84

แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการนำแบบประเมินไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวที่ใช้ในการศึกษา ณ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอกาญจนดิษฐ์ จำนวน 20 คน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นก่อนทดลอง

1.1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรม (Pre-Test)

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1) มีการดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 : กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (20 นาที) กิจกรรมที่ 1 ทักษะการเข้าถึง

ข้อมูลด้านการบริโภคอาหาร (20 นาที) ฝึกการสืบค้นข้อมูล การค้นหาข้อมูลผ่านช่องทางต่างๆ เช่น Google, YouTube เว็บไซต์ และฝึกการตรวจสอบความถูกต้อง กิจกรรมที่ 2 ทักษะความเข้าใจด้านการบริโภคอาหาร (20 นาที) ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การวางแผนการเลือกอาหาร การเตรียมอาหาร เพื่อลดระดับความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 2 : กิจกรรมที่ 3 ทักษะการสื่อสารในด้านการบริโภคอาหาร (30 นาที) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าสถานการณ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เพื่อสร้างความตระหนักรู้และฝึกการสื่อสารและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ฝึกสื่อสารเพื่อสุขภาพ กิจกรรมที่ 4 ทักษะการจัดการตนเองในด้านการบริโภคอาหาร (30 นาที) ฝึกการตั้งเป้าหมายการบริโภคอาหารส่วนบุคคล การวางแผนและปฏิบัติตามแผนเพื่อปรับพฤติกรรมบริโภคให้เหมาะสม บันทึกและติดตามพฤติกรรมบริโภคอาหารตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

สัปดาห์ที่ 3 : กิจกรรมที่ 5 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อในด้านการบริโภคอาหาร (30 นาที) ฝึกวิเคราะห์ผลดี ผลเสียเพื่อปรับพฤติกรรมการบริโภค วิเคราะห์สื่อเกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์และโทษ เพื่อให้ตระหนักถึงผลกระทบของข้อมูลสื่อที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภค กิจกรรมที่ 6 ทักษะการตัดสินใจในด้านการบริโภคอาหาร (30 นาที) ฝึกกำหนดอาหารทางเลือก การปฏิเสธ การวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียทางการเลือกบริโภคอาหาร และหลีกเลี่ยงเพื่อให้มีสุขภาพดีบอกเหตุผลประกอบการตัดสินใจได้ เพื่อสร้างความเข้าใจและความมั่นใจในการเลือกอาหาร

สัปดาห์ที่ 4 : เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยการติดต่อทางโทรศัพท์ และประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (20 นาที)

สัปดาห์ที่ 8 : ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (20 นาที)

2.2) รวบรวมและตรวจสอบข้อมูลจนครบตามเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เพื่อความครบถ้วนลงตามรหัสตัวแปรที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน บุคคลที่ทำอาหารให้รับประทาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8 โดยใช้สถิติ One-way Repeated Measures ANOVA เนื่องจากได้นำข้อมูลไปทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p > .05$)

จริยธรรมวิจัย

โครงการนี้ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (เลขที่ 2025/28) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 15 กันยายน 2568 ถึง 14 กันยายน 2569 มีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับหัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์ ในการทำวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และแจ้งให้

ทราบสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลจะถูกเก็บ รักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 เพศชาย ร้อยละ 33.33 อายุอยู่ในช่วง 35 - 58 ปี (Mean=44.47 ปี, SD.=6.89) มีสถานภาพสมรส คู่ มากที่สุด ร้อยละ 76.67 รองลงมาโสดร้อยละ 16.60 และหม้าย ร้อยละ 6.66 การประกอบอาชีพจ้างมากที่สุด ร้อยละ 40.00 รองลงมา อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 33.33 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อยู่ในช่วง 10,001 บาท - 15,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 60.00 รองลงมาอยู่ในช่วง 20,001 บาท - 25,000 บาท ร้อยละ 20.00 บุคคลที่ทำอาหารหรือซื้ออาหารให้รับประทาน ประกอบอาหารรับประทานเอง มากที่สุด ร้อยละ 73.33 รองลงมาคู่สมรส/คู่ชีวิตทำอาหารให้ ร้อยละ 20.00 ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 40.00 รองลงมาปริญญาตรี ร้อยละ 33.33

2. คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่

ตารางที่ 1 ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียวของพฤติกรรมการบริโภคอาหารแต่ละด้านก่อน และหลัง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ (n=30)

| พฤติกรรมการบริโภค อาหารแต่ละด้าน | สัปดาห์ 1 M (SD.) | สัปดาห์ 4 M (SD.) | สัปดาห์ 8 M (SD.) | SS | df | MS | F | p- value |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|---------|----|--------|--------|-------------|
| การเข้าถึงข้อมูลในด้าน การบริโภคอาหาร | 7.47 (2.08) | 11.10 (2.45) | 11.53 (1.22) | 248.067 | 1 | 248.06 | 105.89 | < .001 |
| ความรู้และความเข้าใจ ในด้านการบริโภค อาหาร | 7.30 (2.02) | 10.27 (1.26) | 10.40 (.93) | 144.150 | 1 | 144.15 | 76.92 | < .001 |
| การสื่อสารในด้านการ บริโภคอาหาร | 4.73 (1.66) | 7.57 (1.98) | 8.47 (.97) | 209.097 | 1 | 209.10 | 104.65 | < .001 |
| การจัดการตนเองใน ด้านการบริโภคอาหาร | 8.37 (2.27) | 11.43 (2.34) | 12.80 (1.27) | 294.817 | 1 | 294.81 | 107.29 | < .001 |
| การรู้เท่าทันสื่อในด้าน การบริโภคอาหาร | 13.90 (2.71) | 18.33 (2.32) | 18.96 (1.47) | 385.067 | 1 | 385.07 | 69.76 | < .001 |
| การตัดสินใจในด้าน การบริโภคอาหาร | 43.03 (5.70) | 49.00 (4.55) | 49.27 (1.70) | 582.817 | 1 | 582.82 | 31.90 | < .001 |

SS=Sum of Square, df= Degree of Freedom, MS= Mean Square

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารแต่ละด้านก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 6 มิติ ตามกรอบแนวคิดความรู้

ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ตัวอย่างมีการพัฒนาในทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แบ่งเป็นพฤติกรรมกรรมการบริโภคแต่ละด้านในสัปดาห์ที่ 1 และวัดซ้ำหลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 ดังนี้ ด้านการเข้าถึงข้อมูลในด้านการบริโภคอาหารคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.47 (SD.=2.08) เป็น 11.53 (SD.=1.22) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=105.89, p < .001$) ด้านความรู้และความเข้าใจในด้านการบริโภคอาหาร คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.30 (SD.=2.02) เป็น 10.40 (SD.=.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=76.92, p < .001$) การสื่อสารในด้านการบริโภคอาหาร คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.73 (SD.=1.66) เป็น 8.47 (SD.=.97) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=104.65, p < .001$) ด้านการจัดการตนเองในด้านการบริโภคอาหาร คะแนนเฉลี่ย 8.37 (SD.=2.27) เป็น 12.80 (SD.=1.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=107.29, p < .001$) ด้านการรู้เท่าทันสื่อในด้านการบริโภคอาหารคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 13.90 (SD.=2.71) เป็น 18.96 (SD.=1.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=69.76, p < .001$) การตัดสินใจในในด้านการบริโภคอาหาร คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 43.03 (SD.=5.70) เป็น 49.27 (SD.=1.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=31.90, p < .001$)

ตารางที่ 2 ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียวของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมภาพรวมก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ (n=30)

| ตัวแปร | สัปดาห์ 1 | สัปดาห์ 4 | สัปดาห์ 8 | SS | df | MS | F | p-value |
|-------------------------------------|------------------|------------------|------------------|-----------|----|----------|--------|---------|
| | M (SD.) | M (SD.) | M (SD.) | | | | | |
| ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร | 78.93 (11.29) | 99.07 (11.38) | 107.21 (4.72) | 11995.433 | 1 | 11995.43 | 188.62 | < .001 |

SS=Sum of Square, df= Degree of Freedom, MS= Mean Square

หลังได้รับโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 (M=107.21, SD.=4.72) และสัปดาห์ที่ 4 (M=99.07, SD.=11.38) มากกว่าสัปดาห์ที่ 1 (M=78.93, SD.=11.29) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=188.62, p < .001$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยอภิปรายผล ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารในสัปดาห์ที่ 4 มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสัปดาห์ที่ 8 มากกว่าสัปดาห์ที่ 4 อย่างต่อเนื่อง ($p < .001$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง การศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 40.00 อาจส่งผลต่อความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ในการเลือกวิถีชีวิตหรือวิธีการปรุงที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chotchai et al. (2020) ที่ระบุว่าระดับการศึกษาและรายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากการศึกษาทำให้แต่ละบุคคลมีสติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องสุขภาพ โรค จึงปฏิบัติกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการการดูแล

ตนเองได้มาก และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.67 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อาจเป็นปัจจัยบวกในการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) โดยเฉพาะจากคู่สมรส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kasai and Nusuk (2025) ที่พบว่าแรงสนับสนุนจากคนในครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง พฤติกรรมการบริโภคประกอบอาหารรับประทานเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Techakanta et al. (2024) เมื่อติดตามผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารในสัปดาห์ที่ 4 หลังการเริ่มให้โปรแกรม พบว่า ระดับความรู้ของผู้ใหญ่ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ของกลุ่มศึกษามีค่าคะแนนระดับความรู้ด้านอาหารอยู่ในระดับสูงถึง ร้อยละ 75 และงานวิจัย Kaewmanee (2025) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล หลังเข้าร่วมโปรแกรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารอย่างมีนัยสำคัญ จากการประเมินผลซ้ำในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 แสดงให้เห็นผลความคงทนของพฤติกรรม (Behavioral Maintenance) พัฒนาการที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมพัฒนาทักษะ 6 ด้าน ดังนี้

1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านการบริโภคอาหาร ด้วยวิธีการให้ความรู้การเข้าถึงข้อมูลการบริโภคอาหารลดความเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การตรวจสอบข้อมูลโภชนาการอย่างปลอดภัย ฝึกการสืบค้นข้อมูลผ่านช่องทางต่างๆ เช่น Google, YouTube เว็บไซต์ วิธีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล สอดคล้องกับผลการศึกษา Tanhui et al. (2023) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ควบคู่กับการฝึกปฏิบัติสืบค้นข้อมูลจากเว็บไซต์ที่น่าเชื่อถือและรู้จักใช้ข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณ สามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ และบ่งบอกถึงพัฒนาการของความรู้ระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ผ่านกลไก "Cognitive Scaffolding" ที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อมโยงความรู้เรื่องโซเดียมกับผลกระทบต่อความดันโลหิตได้ลึกซึ้ง

2. ทักษะความเข้าใจด้านการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ เรื่องการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อาหารทางเลือก การเตรียมอาหารและการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อลดระดับความดันโลหิตสูง เปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมซักถามข้อสงสัย ซึ่งการใช้วิธีการที่หลากหลายมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง (Taggart et al., 2012) และจากการศึกษาของ Yuan et al. (2026) ระบุว่าความรู้ด้านโภชนาการ (Nutrition Literacy) เป็นปัจจัยต้นที่ส่งผลโดยตรงต่อความตั้งใจในการควบคุมอาหาร

3. ทักษะการสื่อสารในด้านการบริโภคอาหาร โดยผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ให้กลุ่มตัวอย่างเล่าสถานการณ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เพื่อสร้างความตระหนักรู้และฝึกการสื่อสารและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ฝึกสื่อสารเพื่อสุขภาพ เปิดช่องทางการสื่อสารผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การบริโภคอาหารสำหรับผู้เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในทักษะการสื่อสารเรื่องการเลือกอาหารกับคนในครอบครัวหรือคนในชุมชนมากขึ้น สอดคล้องกับ Mali et al. (2021) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและการสื่อสารในครอบครัวเป็นแรงผลักดันสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค และการศึกษาของ Mackert et al. (2016) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับความรู้ที่สะดวกต่อการใช้งาน และการรับรู้ประโยชน์ของ

เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพและสัมพันธ์กับความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพทำให้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น ทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในทางที่ดีขึ้น

4. ทักษะการจัดการตนเองในด้านการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างมีการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการกินที่การบริโภคอาหารตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อปรับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.33) เป็นผู้ประกอบอาหารรับประทานเอง มีทักษะปรับรสชาติอาหารด้วยตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นจนสามารถจัดการอาหารในวิถีชีวิตจริงได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Krause et al. (2018) ที่เน้นย้ำว่า ความรอบรู้ด้านอาหาร (Food Literacy) ต้องรวมถึงทักษะในชีวิตประจำวัน ตั้งแต่การวางแผนไปจนถึงการปรุงอาหาร สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nakling and Tadsri (2017) ที่พบว่าระดับการรับรู้ความสามารถในตนเองที่เพิ่มขึ้นสามารถส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดหวังและส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างได้

5. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อในด้านการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการวิเคราะห์ผลดีผลเสียจากสื่อการบริโภคอาหารที่ให้ประโยชน์และโทษนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ (Critical Health Literacy) สามารถวิเคราะห์โฆษณาชวนเชื่อและการเลือกบริโภคอาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaemtim and Yuenyong (2019) ที่พบว่าการได้รับประโยชน์จากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ทำให้คนนิยมใช้เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้เพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Malaysian Adults Study (2025) ที่ชี้ว่าความรอบรู้ระดับวิจารณ์ช่วยให้อุบัติการณ์ของภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. ทักษะการตัดสินใจในด้านการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างฝึกการกำหนดอาหารทางเลือก การหลีกเลี่ยง การปฏิเสธ วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียทางการเลือกบริโภคอาหาร เพื่อให้มีสุขภาพดีพร้อมบอกเหตุผลประกอบการตัดสินใจได้ ให้เกิดความเข้าใจในการเลือกอาหาร เสริมสร้างความมั่นใจในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในการคิดไตร่ตรองซ้ำๆ ตลอด 8 สัปดาห์จนเกิดการเปลี่ยนแปลงจากการศึกษาของ Makkaew et al. (2018) พบว่า การเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีแรงจูงใจตามองค์ประกอบของแบบจำลองแรงจูงใจของเคลเลอร์ (2010) โดยการกระตุ้นความสนใจ ปรับความสัมพันธ์ การเสริมความเชื่อมั่น การตอบสนองความพึงพอใจกระตุ้นให้ตัดสินใจด้วยตัวเองนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับ Prasittimett et al. (2023) ที่พบว่าทักษะการตัดสินใจที่เข้มแข็งจะนำไปสู่การควบคุมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในระยะยาว ซึ่งประสิทธิผลของโปรแกรมครั้งนี้เกิดจากการบูรณาการความรู้เข้ากับทักษะการจัดการตนเองให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างในบริบทชุมชนในภาคใต้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารในทิศทางที่ดีขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ จึงเป็นแนวทางสำหรับบุคลากร

ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสร้างต้นแบบกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดอัตราผู้ป่วยรายใหม่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีกุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรม และเพิ่มการติดตามผลทางสุขภาพในระยะ 3 เดือน, 6 เดือน และวัดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจน อาทิ ค่าความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย หรือค่าโซเดียมในปัสสาวะ (24-hour Urinary Sodium) เพื่อยืนยันประสิทธิผลของความรอบรู้ที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและความยั่งยืนของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

References

- Arahang, S. (2017). Health literacy and health behaviors in hypertensive risk groups. *Journal of Nursing and Health Care*, 35(3), 154-162.
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed.). Prentice-Hall.
- Cohen, P., Kasen, S., Chen, H., Hartmark, C., & Gordon, K. (2003). Variations in patterns of developmental transitions in the emerging adulthood period. *Developmental Psychology*, 39(4), 657-669. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.4.657>
- Chotchai, T., Seedaket, S., Taearak, K., Panyasong, S., & Buajun, A. (2020). Factors related to health literacy in prevention of hypertension among group at risk in Samran Sub-district, Muaeng District, Khon Kaen Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(1), 45-56. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2026, May 17). *Department of Disease Control reveals 1 in 3 people worldwide have hypertension, recommends regular blood pressure checks, knowing symptoms, knowing values, and preventing stroke and heart disease*. <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=56872> (in Thai)
- Department of Health. (2025). Report on the new incidence rate of hypertension per hundred thousand population [Dashboard]. Health Data Center (HDC). Retrieved May 25, 2026, from <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/ht/index?year=2025>
- Department of Health Service Support. (2017). *Family volunteer manual (FVM): Care group for chronic non-communicable diseases (NCDs) patients*. Agricultural Co-operative Federation of Thailand Printing House. (in Thai)
- Fingland, D., Thompson, C., & Vidgen, H. A. (2021). Measuring food literacy: Progressing the development of an international food literacy survey using a content validity study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), Article 1141. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031141>

- Jaemtim, N., & Yuenyong, S. (2019). The use of online media and perceptions of eHealth literacy among the elderly in Suphanburi Province. *Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, 25(2)*, 168-180.
- Jancharoen, K., Wanwilai, P., & Chaiwongnakapan, C. (2017). Effects of health behavior modification program on health behavior and blood pressure level of hypertension risk groups. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4(2)*, 114–128. (in Thai)
- Kaewmanee, A. (2025). Effect of the Food Literacy Promotion Program on Dietary Behaviors Among at Risk Group of Hypertension in Kamphaengsaen Hospital. *Journal of Health Innovation and Safety, 2(2)*, 1–14.
- Kasai, N., & Nusuk, N. (2025). The effect of a family participation program on health behavior modification of hypertension risk groups, Mae Moh District, Lampang Province. *Academic Journal of Nursing and Public Health, 1(2)*, 61-75.
- Krause, C., Sommerhalder, K., Beer-Borst, S., & Abel, T. (2018). Just a subtle difference? Integrating health literacy and food literacy. *Health Promotion International, 33(4)*, 678–689. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw105>
- Mackert, M., Mabry-Flynn, A., Champlin, S., Donovan, E. E., & Pounders, K. (2016). Health literacy and health information technology adoption: The potential for a new digital divide. *Journal of Medical Internet Research, 18(10)*, e264. <https://doi.org/10.2196/jmir.6349>
- Maikham, S., Aungwattana, S., & Sripetchwandee, N. (2024). Effect of a food literacy enhancing program on dietary behaviors among groups at risk of hypertension in communities. *Nursing Journal CMU, 51(3)*, 200–214. (in Thai)
- Makkaew, A., Moonsart, S., & Boonruangrod, M. (2018). Motivation for hypertension prevention among risk groups using Keller's ARCS model. *Journal of Nursing and Health Care, 36(2)*, 89–98. (in Thai)
- Malaysian Adults Study. (2025). Critical health literacy and hypertension management in working-age populations. *Asian Journal of Public Health, 14(1)*, 22–35.
- Meher, M., Pradhan, S., & Pradhan, S. R. (2023). Risk factors associated with hypertension in young adults: A systematic review. *Cureus, 15(4)*, e37467. <https://doi.org/10.7759/cureus.37467>
- Nakling, Y., & Tadsri, P. (2017). Effects of self-efficacy enhancement on blood pressure control behaviors. *Journal of Nursing and Health Sciences, 11(3)*, 85–97. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67(12)*, 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

- Prasittimett, C., Promseeda, P., & Sriraksa, S. (2023). Factors related to health literacy and disease prevention behaviors in patients with hypertension. *Journal of Nursing and Health, 17*(2), 28–41.
- Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2018). *20-year national strategic plan (2017 - 2036) for public health (Revised edition No. 2, 2018)*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Sueto, N., Jirapongsuwan, A., Rawiworrakul, R., & Tipayamongkholgul, M. (2019). The effect of a program to promote blood pressure control among 35- to 59-year-old patients with uncontrolled hypertension. *Journal of Public Health Nursing, 32*(2), 96–114. (in Thai)
- Taggart, J., Williams, A., Dennis, S., Newall, A., Shortus, T., & Zwar, N. (2012). A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Family Practice, 13*, Article 49.
<https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-49>
- Tanhui, N., Sangthong, P., Thohman, M., Nowsuwan, K., & Singweratham, N. (2023). The effect of health literacy program according to the 3E2S principle on health literacy, preventive behaviors, and blood pressure levels among people in hypertensive risk group. *Journal of Nursing and Public Health Research, 3*(2), 96–111. (in Thai)
- Techakanta, P., Tamdee, D., & Sriphetwandee, N. (2024). Effects of a food literacy enhancement program on dietary behaviors among adults with uncontrolled hypertension. *Southern College of Nursing and Public Health Network Journal, 11*(3), e26877. (in Thai)
- Thai Hypertension Society. (2024). *2024 Thai guidelines on the treatment of hypertension by the Thai Hypertension Society*. Trick Think. (in Thai)
- Thanyapraneetkul, N. (2024). Factors predicting the risk of NCDs (diabetes and hypertension) among working-age clients at the Health Promotion Hospital, Health Center 5, Ratchaburi. *Medical Journal of District 4-5, 43*(3). (in Thai)
- Thongma, N. (2020). Relationship between health literacy and hypertension prevention behaviors. *Journal of Health Science and Nursing, 34*(2), 45–58. (in Thai)
- Visedkaew, K., & Muktabhant, B. (2020). Association between nutrition literacy and the consumption of snacks and sweetened beverages among undergraduate students in the health sciences faculties of Khon Kaen University. *Srinagarind Medical Journal, 35*(2), 183–192.

- Wang, J.-G., Li, Y., Chia, Y.-C., Cheng, H.-M., Minh, H. V., Siddique, S., Sogunuru, G. P., Tay, J. C., Teo, B. W., Tsoi, K., Turana, Y., Wang, T.-D., Zhang, Y.-Q., & Kario, K. (2021). Telemedicine in the management of hypertension: Evolving technological platforms for blood pressure telemonitoring. *The Journal of Clinical Hypertension*, *23*(3), 435–439. <https://doi.org/10.1111/jch.14194>
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/402acba9-d79c-4dad-89ae-5085cb528400/content>
- World Health Organization. (2025, March 16). *Hypertension*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- World Health Organization. (2026, May 17). *World Hypertension Day 2026*. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2026/05/17/default-calendar/world-hypertension-day-2026>
- Yuan, X., Wang, Y., & Zhang, J. (2026). Association between nutrition literacy and hypertension control: Chain mediating association of diet-control intention and salt-restriction tools utilization. *Frontiers in Nutrition*, *13*, 1722719. <https://doi.org/10.3389/fnut.2026.1722719>

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยใช้เครื่องนับก้าวในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ฉัตรชัย วิชัยยุทธ¹, มณฑิรา ชาญณรงค์¹, วรัญญา จิตรบรรทัด^{2*}

¹โรงพยาบาลสิชล กระทรวงสาธารณสุข

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้เครื่องนับก้าวต่อระดับกิจกรรมทางกายและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสิชล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน จำนวน 70 ราย สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้เครื่องนับก้าว การให้คำแนะนำ และการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เครื่องนับก้าว และแบบเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired Sample t-test และ Repeated-Measures ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น โดยมีจำนวนก้าวเดินเฉลี่ยเพิ่มจาก 5,277.20 ก้าว เป็น 10,396.37 ก้าวต่อวัน ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับคอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำลดลง ($p < .05$)

สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้เครื่องนับก้าวในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีประสิทธิผลควรไปใช้ต่อยอดให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย, เครื่องนับก้าว, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

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

วันที่รับ 20 ก.พ. 2569, วันที่แก้ไขเสร็จ 15 พ.ค. 2569, วันที่ตอบรับ 22 พ.ค.2569

Effectiveness of a Pedometer-Based Physical Activity Promotion Program in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

Chatchai Wichaiyuth¹, Montira Channarong¹, Waranya Jitbantad^{2*}

¹Sichon Hospital, Ministry of Public Health

²Borommarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Abstract

This randomized controlled trial aimed to examine the effectiveness of a physical activity promotion program using a pedometer on physical activity levels and blood glucose control among patients with type 2 diabetes at Sichon Hospital, Sichon District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 70 patients with type 2 diabetes mellitus attending the diabetes clinic. Participants were randomly assigned into an experimental group and a control group, with 35 participants in each group. The experimental group received a physical activity promotion program combined with pedometer use, counseling, and continuous follow-up for 12 weeks, whereas the control group received usual care. The research instruments were validated by three experts for content validity, and the questionnaire demonstrated a reliability coefficient of .82. Data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-test, and repeated-measures ANOVA.

The results revealed that, after the intervention, the experimental group showed significantly increased physical activity behavior, with the average daily step count increasing from 5,277.20 steps to 10,396.37 steps, which was significantly higher than that of the control group ($p < .05$). In addition, the experimental group demonstrated statistically significant reductions in body weight, body mass index (BMI), glycated hemoglobin (HbA1c), fasting blood sugar (FBS), and low-density lipoprotein (LDL) levels ($p < .05$).

In conclusion, the physical activity promotion program was effective in improving physical activity behaviors and clinical outcomes among patients with type 2 diabetes mellitus.

Keywords: Physical Activity Promotion Program, Pedometer, Blood Glucose, Patients with Type 2 Diabetes

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

Received: February 20, 2025; Revised: May 15, 2026; Accepted: May 22, 2026

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 9 No.1 January - June 2026 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเป็นภาระสำคัญของระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะในประเทศไทยซึ่งมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.5 ของประชากร โดยมากกว่าหนึ่งในสามไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน และมีเพียงร้อยละ 26.3 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (Department of Disease Control, Non-Communicable Diseases Division, 2024)

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานเป็นเป้าหมายหลักของการรักษา โดยเฉพาะค่า HbA1c ซึ่งสะท้อนระดับน้ำตาลสะสมในช่วง 2 - 3 เดือนที่ผ่านมา หากควบคุมไม่ได้ ($HbA1c > 7\%$) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคจอประสาทตาเสื่อม โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ซึ่งอาจนำไปสู่ผลเรื้อรังและการตัดอวัยวะ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ElSayed et al., 2023) ดังนั้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษา โดยผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับไขมันในเลือด ซึ่งเป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพในการควบคุมโรคและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน (Wilson, 2023)

การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอเป็นพฤติกรรมสุขภาพสำคัญที่ช่วยเพิ่มความไวต่ออินซูลิน ส่งเสริมการเผาผลาญพลังงาน และช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยลดระดับ HbA1c และลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ (Tiyavisutthi et al., 2018; Amanat et al., 2020) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอตามคำแนะนำ

การศึกษาครั้งนี้กำหนดพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายจากจำนวนก้าวเดินเฉลี่ยต่อวัน ซึ่งสะท้อนปริมาณกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน มากกว่าการจำแนกระดับความหนักของกิจกรรมทางกาย เช่น ระดับเบา ระดับปานกลาง หรือระดับหนัก ทั้งนี้ เครื่องนับก้าวเป็นอุปกรณ์ที่สามารถช่วยติดตามพฤติกรรม การเคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวก ใช้งานง่าย และช่วยส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการตั้งเป้าหมายและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (Baskerville et al., 2017; de Oliveira et al., 2024)

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองของ Bandura (1977) ร่วมกับการกำกับตนเอง (Self-Monitoring) ผ่านการใช้เครื่องนับก้าว การตั้งเป้าหมาย และการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย อันจะนำไปสู่การปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แม้ว่าจะมีการศึกษาการใช้เครื่องนับก้าวในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างต่อเนื่อง แต่ผลการศึกษาต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่สอดคล้องกัน และยังมีการศึกษาในบริบทโรงพยาบาลทั่วไปของประเทศไทยค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาที่ประเมินทั้งพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายและผลลัพธ์ทางคลินิกร่วมกันอย่างเป็นระบบ

โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงรูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้เครื่องนับก้าวร่วมกับการให้คำแนะนำและการติดตามอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายจำนวนก้าวเดินเฉลี่ยต่อวันของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับคอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายจำนวนก้าวเดินเฉลี่ยต่อวันและผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง
4. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้เครื่องนับก้าวในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

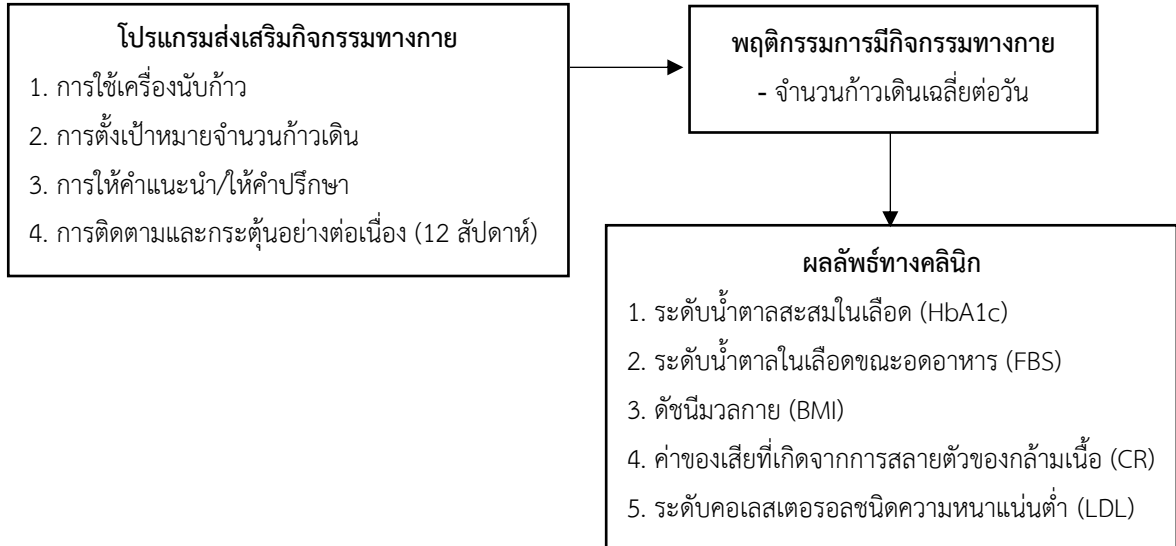
สมมติฐานวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายจะมีจำนวนก้าวเดินเฉลี่ยต่อวันสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายมีผลลัพธ์ทางคลินิกภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพิจารณาจากดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ของเสียที่เกิดจากการสลายตัวของกล้ามเนื้อ และระดับคอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1977) ร่วมกับแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Monitoring) โดยใช้เครื่องนับก้าวเป็นเครื่องมือในการติดตามกิจกรรมทางกาย ร่วมกับการตั้งเป้าหมาย การให้คำแนะนำ และการติดตามต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสามารถคงพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิก (Bandura, 1977) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายเป็นตัว

แปรต้น พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย คือจำนวนก้าวเดินเฉลี่ยต่อวัน และผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นตัวแปรตาม โดยมีแนวคิดว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอผ่านการใช้อุปกรณ์นับก้าวร่วมกับการให้คำแนะนำและการติดตามอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มจำนวนก้าวเดินและส่งผลให้ตัวชี้วัดด้านสุขภาพดีขึ้น ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้เครื่องนับก้าวในผู้ป่วยเบาหวาน ในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสุ่มควบคุม (Randomized กลุ่มควบคุมled Trial: RCT) โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม สุ่มให้กลุ่มหนึ่งได้รับนาฬิกาข้อมือ อีกกลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มควบคุม ติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของจำนวนก้าวที่เดิน ระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างสองกลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลลิซล และมาเข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลลิซล จากทะเบียน NCD Clinic เดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2567 จำนวน 1,141 ราย เหตุผลที่เลือกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.61 และการจัดการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มักเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized กลุ่มควบคุมled Trial: RCT) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ .80 ความเชื่อมั่นที่ .05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect Size) ที่ .50 แล้วนำมาเปิดตารางสำเร็จรูปของ Cohen (1992) ได้ขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน โดยผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่ม

ละ 35 คน เพื่อป้องกันการ Drop Out ของกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion Criteria) ได้แก่ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีอายุ 45 - 60 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคมาน้อยกว่า 1 ปี มีระดับ HbA1c มากกว่าร้อยละ 7 ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (ADA, 2023) และสามารถใช้อุปกรณ์นับน้ำตาลได้ด้วยตนเอง ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว หรือมีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการมีกิจกรรมทางกาย

ภายหลังการคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Randomization) โดยใช้การจับสลากเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละรายมีโอกาสได้รับการจัดเข้ากลุ่มอย่างเท่าเทียมกัน ลดอคติในการคัดเลือก (Selection Bias) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 70 ราย ถูกแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 ราย และกลุ่มควบคุม 35 ราย

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายร่วมกับการใช้เครื่องนับก้าว การตั้งเป้าหมายการให้คำแนะนำ และการติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติตามแนวทางของคลินิกเบาหวาน เพื่อควบคุมความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองทุกคนได้รับเครื่องนับก้าวรุ่นเดียวกัน และได้รับคำแนะนำมาตรฐานเดียวกันเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์การบันทึกจำนวนก้าวเดิน และการติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้เครื่องนับก้าวในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของ Orem (2001) ประกอบด้วย 1) การสอน เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเอง ในด้านการออกกำลังกาย การดูแลเท้า การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การมาตรวจตามนัด 2) การสนับสนุน ด้วยการติดตามข้อมูลการส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมทางโทรศัพท์และการรายงานกิจกรรมประจำวันตามเป้าหมายที่วางไว้ 3) การชี้แนะ เป็นการชี้แนะแนวทางเลือกที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษาในการปรับพฤติกรรม และการให้ความช่วยเหลือทางโทรศัพท์ที่เป็นปัญหาในการปรับพฤติกรรม โดยมีระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องนับก้าวในรูปแบบนาฬิกาข้อมือ เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนในกลุ่มทดลองได้รับนาฬิกาข้อมือรุ่นและมาตรฐานเดียวกัน เพื่อควบคุมความคลาดเคลื่อนของการวัดจำนวนก้าวเดิน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แนะนำวิธีการใช้อุปกรณ์ การสวมใส่ การอ่านค่าจำนวนก้าวเดิน และการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกประจำวันอย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงติดตามและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการศึกษา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการรายงานผล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว อื่นๆ การรักษา การสูบบุหรี่

2.2 แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ จำนวนก้าวเดิน น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ค่าการทำงานของไต (Cr) ระดับคอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แบบสอบถามทั้งฉบับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และนักเทคนิคการแพทย์ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหาใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าทุกข้อคำถาม เท่ากับ 1

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) มีดังนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำบันทึกข้อความขออนุญาตทำวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้เครื่องนับก้าวในผู้ป่วยเบาหวาน จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล พร้อมส่งโครงร่างขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัยให้มีความเข้าใจในเรื่องขั้นตอนการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การติดตามประเมินผล จนสิ้นสุดโครงการวิจัย

2. เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษา ณ คลินิกบริการปฐมภูมิตำบลสิชล โดยการสุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลาก กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ซึ่งมาเข้ารับการรักษาที่ คลินิกบริการปฐมภูมิ ตำบลสิชลทุกวันจันทร์ เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ซึ่งมาเข้ารับการรักษาที่ คลินิกบริการปฐมภูมิตำบลสิชล ทุกพุธ เป็นกลุ่มทดลอง

3. แพทย์เจ้าของไข้ และผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาล จะเป็นคนเชิญชวนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย สิ่ง que ผู้ป่วยจะได้รับจากการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ดังนี้

ตารางที่ 1 การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง

| ระยะเวลา | กิจกรรมกลุ่มทดลอง | ระยะเวลา/ความถี่ |
|-------------------|--|--------------------------------|
| สัปดาห์ที่ 1 | เก็บข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว การรักษา การสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ | 30 นาที |
| | ประเมินข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ จำนวนก้าวเดินเฉลี่ยต่อวัน น้ำหนัก ส่วนสูง BMI ความดันโลหิต FBS, HbA1c, Cr และ LDL | ครั้งที่ 1 |
| | ให้ความรู้เรื่องกิจกรรมทางกายและโรคเบาหวาน | 45 นาที |
| | มอบอุปกรณ์ ได้แก่ นาฬิกาข้อมือ เครื่องวัดความดัน และเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด | 1 ครั้ง |
| | แนะนำการใช้อุปกรณ์ การสวมใส่ นาฬิกาข้อมือ การอ่านค่า และการบันทึกข้อมูลสุขภาพ | 30 นาที |
| | อธิบายเป้าหมายของโปรแกรมและกำหนดช่องทางติดตามทางโทรศัพท์/Line | 30 นาที |
| | ตั้งเป้าหมายจำนวนก้าวเดินรายบุคคล | 30 นาที |
| | ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยดำเนินกิจกรรมตามปกติและบันทึกจำนวนก้าวเดินพื้นฐาน | 7 วัน |
| สัปดาห์ที่ 2 - 12 | เดินตามเป้าหมายและบันทึกจำนวนก้าวทุกวัน และให้จำนวนก้าวอยู่ในช่วง 5,000 - 10,000 ก้าว พร้อมทั้งบันทึกจำนวนก้าวเดินและข้อมูลสุขภาพลงในแบบบันทึกประจำวัน | อย่างน้อย 3 - 5 วัน/สัปดาห์ |
| | ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์หรือ Line เพื่อสอบถามอาการ ปัญหา อุปสรรค ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจ | สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (10-15 นาที) |
| สัปดาห์ที่ 12 | เก็บข้อมูลหลังการทดลอง ได้แก่ จำนวนก้าวเดิน น้ำหนัก BMI ความดันโลหิต FBS, HbA1c, Cr และ LDL | ครั้งที่ 2 |
| | รับคืนอุปกรณ์และแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ | 1 ครั้ง |

ตารางที่ 2 การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุม

| ระยะเวลา | กิจกรรมกลุ่มควบคุม | เวลา/ความถี่ |
|-------------------|--|-----------------|
| สัปดาห์ที่ 1 | เก็บข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลทางคลินิกเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง | ครั้งที่ 1 |
| สัปดาห์ที่ 2 - 12 | ได้รับการดูแลตามปกติจากคลินิกเบาหวาน ได้แก่ การตรวจรักษา ปรึกษา และคำแนะนำทั่วไป | ตามนัดของคลินิก |
| สัปดาห์ที่ 12 | เก็บข้อมูลหลังการทดลองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง | ครั้งที่ 2 |

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ (Assumptions Testing) ก่อนการวิเคราะห์ ได้แก่ การแจกแจงข้อมูลแบบปกติด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test ความแปรปรวนเท่าเทียมกันระหว่างกลุ่ม (Homogeneity of Variance) ด้วย Levene's Test ความเป็นทรงกลมของข้อมูล (Sphericity) สำหรับการวิเคราะห์ Repeated-Measures ANOVA ด้วย Mauchly's Test

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างภายในในกลุ่มก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired Samples t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มและระยะเวลาการทดลองด้วยสถิติ Repeated-Measures ANOVA

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้หมายเลขรับรอง NSTPH 193/2567 ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2568

ผลการวิจัย

จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 ราย พบว่า ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 56.66 ± 5.71 ปี ขณะที่กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 57.67 ± 5.40 ปี ซึ่งไม่แตกต่างกันในทางสถิติ ($p = .45$) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยสัดส่วนของเพศหญิงในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันในทางสถิติ ($p = .811$) เมื่อพิจารณาระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า โดยการกระจายของระดับการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันในทางสถิติ ($p = .416$) เช่นเดียวกับลักษณะอาชีพ ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง โดยไม่พบความแตกต่างในทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม ในด้านการรักษาและโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของโรคประจำตัวอื่นๆ ไม่แตกต่างกันในทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p = .056$) สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ โดยสัดส่วนของผู้ที่สูบบุหรี่ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 37.1 และ 34.3 ตามลำดับ) และไม่พบความแตกต่างในทางสถิติ ($p = .803$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวน 70 ราย

| ข้อมูล | กลุ่มทดลอง (n=35) | กลุ่มควบคุม (n=35) | p-value |
|-----------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| | n (ร้อยละ) | n (ร้อยละ) | |
| อายุ (ปี), mean \pm SD | 56.72 \pm 5.77 | 57.68 \pm 5.41 | .449 ^a |
| เพศ | | | .811 ^b |
| ชาย | 16 (45.71) | 17 (48.57) | |
| หญิง | 19 (54.29) | 18 (51.43) | |
| ระดับการศึกษา | | | .416 ^b |
| ประถมศึกษา | 10 (28.57) | 7 (20.00) | |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 9 (25.71) | 9 (25.71) | |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. | 8 (22.86) | 6 (17.14) | |

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวน 70 ราย (ต่อ)

| ข้อมูล | กลุ่มทดลอง (n=35) | กลุ่มควบคุม (n=35) | p-value |
|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| | n (ร้อยละ) | n (ร้อยละ) | |
| ปวส. | 3 (8.57) | 9 (25.71) | |
| ระดับปริญญาตรี | 5 (14.29) | 4 (11.43) | |
| อาชีพ | | | .356 ^b |
| ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน | 2 (5.71) | 8 (22.86) | |
| ทำสวน/เกษตรกร | 15 (42.86) | 11 (31.43) | |
| เจ้าของกิจการ | 4 (11.43) | 4 (11.43) | |
| รับจ้าง | 9 (25.71) | 8 (22.86) | |
| รับราชการ | 5 (14.29) | 4 (11.43) | |
| โรคประจำตัวอื่นๆ | | | .056 ^b |
| ไม่มี | 13 (37.14) | 21 (60.00) | |
| มี | 22 (62.86) | 14 (40.00) | |
| การรักษา | | | .231 ^b |
| กินยา | 19 (54.29) | 14 (40.00) | |
| ฉีดยา | 16 (45.71) | 21 (60.00) | |
| การสูบบุหรี่ | | | .803 ^b |
| ไม่สูบ | 22 (62.86) | 23 (65.71) | |
| สูบ | 13 (37.14) | 12 (34.29) | |

Statistical use: a=Independent t-test, b= Chi-square test

จำนวนก้าวเดินเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนเริ่มโปรแกรมและหลังการเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1, 4, 8 และ 12 พบว่าก่อนเริ่มโปรแกรม ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนก้าวเดินเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย $5,277.20 \pm 599.66$ ก้าว และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย $5,279.14 \pm 725.03$ ก้าว หลังการเข้าโปรแกรม พบว่าจำนวนก้าวเดินเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลา จาก $6,515.83 \pm 646.78$ ก้าว ในสัปดาห์ที่ 1 เป็น $7,905.31 \pm 689.69$ ก้าว ในสัปดาห์ที่ 4, $9,091.83 \pm 783.50$ ก้าว ในสัปดาห์ที่ 8 และ $10,396.37 \pm 804.37$ ก้าว ในสัปดาห์ที่ 12 ขณะที่กลุ่มควบคุม มีจำนวนก้าวเดินเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระดับที่ต่ำกว่า โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $5,572.00 \pm 769.56$, $6,057.00 \pm 885.98$, $6,475.51 \pm 819.37$ และ $6,639.77 \pm 922.41$ ก้าว ตามลำดับ และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มพบว่า เวลาในแต่ละสัปดาห์ มีผลต่อจำนวนก้าวเดินที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=716.45$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าจำนวนก้าวเดินมีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาโดยรวม เมื่อทำการเปรียบเทียบจำนวนก้าวเดินเฉลี่ยระหว่างช่วงเวลาก่อนเริ่มโปรแกรมและหลังการเข้าโปรแกรมภายในกลุ่มทดลอง พบว่าจำนวนก้าวเดินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลาหลังการเข้าโปรแกรม ($p < .001$)

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Group) มีผลต่อจำนวนก้าวเดินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=127.29$, $p < .001$) และพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่ม (Time x Group) อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($F=224.25, p < .001$) สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการเปลี่ยนแปลงของจำนวนก้าวเดินตามระยะเวลาแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของจำนวนก้าวเดิน ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

| จำนวนก้าวเดิน | กลุ่มทดลอง (n=35) | กลุ่มควบคุม (n=35) |
|--|----------------------------|-----------------------|
| | mean \pm SD. | mean \pm SD. |
| ก่อนเข้าโปรแกรม | 5,277.20 \pm 599.66 | 5,279.14 \pm 725.03 |
| หลังเข้าโปรแกรม | | |
| สัปดาห์ที่ 1 | 6,515.83 \pm 646.78 | 5,572.00 \pm 769.56 |
| สัปดาห์ที่ 4 | 7,905.31 \pm 689.69 | 6,057.00 \pm 885.98 |
| สัปดาห์ที่ 8 | 9,091.83 \pm 783.50 | 6,475.51 \pm 819.37 |
| สัปดาห์ที่ 12 | 10,396.37 \pm 804.37 | 6,639.77 \pm 922.41 |
| Repeated-measures ANOVA effects | | |
| Time | $F(2.87, 195.33) = 716.45$ | $p < .001^*$ |
| Group | $F(1, 68) = 127.29$ | $p < .001^*$ |
| Time \times Group | $F(2.87, 195.33) = 224.25$ | $p < .001^*$ |

*Statistically significant at $\alpha < .05$, statistical use: Repeated ANOVA. Greenhouse-Geisser correction was applied when the assumption of sphericity was violated.

สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และค่าทางห้องปฏิบัติการ ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมภายในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการเข้าโปรแกรม น้ำหนักตัวเฉลี่ยลดลงจาก 70.31 ± 12.72 กิโลกรัม เป็น 66.67 ± 12.74 กิโลกรัม ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่า BMI เฉลี่ยลดลงจาก 28.79 ± 6.18 เป็น 27.29 ± 6.12 kg/m² ($p < .001$) ส่วนในด้านความดันโลหิต พบว่าค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ยลดลงจาก 143.52 ± 15.80 mmHg เป็น 139.59 ± 18.78 mmHg อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างดังกล่าวไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .276$) ขณะที่ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยจาก 80.03 ± 8.30 mmHg เป็น 79.34 ± 11.03 mmHg โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .652$) สำหรับค่าทางห้องปฏิบัติการ พบว่าค่า HbA1C เฉลี่ยลดลงจาก $8.98 \pm 1.19\%$ เป็น $7.13 \pm 1.36\%$ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารเฉลี่ยลดลงจาก 182.46 ± 53.61 mg/dL เป็น 148.50 ± 38.44 mg/dL ($p < .001$) ค่า Creatinine เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก $.80 \pm 0.20$ mg/dL เป็น 0.87 ± 0.20 mg/dL ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .018$) และระดับ LDL Cholesterol เฉลี่ยลดลงจาก 122.14 ± 24.24 mg/dL เป็น 87.33 ± 25.37 mg/dL ($p < .001$)

ในส่วนของการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยทางคลินิกหลังการเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีค่า Diastolic BP เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (79.34 ± 11.03 mmHg เทียบกับ 85.18 ± 8.83 mmHg; $p = .017$) และในด้านค่าทางห้องปฏิบัติการ พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่า HbA1C เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($7.13 \pm 1.36\%$ เทียบกับ $8.95 \pm 1.33\%$; $p < .001$) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารเฉลี่ยเท่ากับ 148.50 ± 38.44 mg/dL ในกลุ่มทดลอง และ 191.86 ± 62.41 mg/dL ในกลุ่มควบคุม ($p = .001$) ค่า Creatinine เฉลี่ยเท่ากับ 0.87 ± 0.20 mg/dL และ 1.06 ± 0.28 mg/dL ตามลำดับ ($p = .002$) และระดับ LDL Cholesterol เฉลี่ยเท่ากับ 87.33 ± 25.37 mg/dL ในกลุ่ม กลุ่มทดลอง และ 123.40 ± 32.14 mg/dL ในกลุ่มควบคุม ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และค่า Systolic BP หลังการเข้าโปรแกรม ไม่พบความแตกต่างในทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ($p > .05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก, ดัชนีมวลกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

| ข้อมูล | กลุ่มทดลอง (n=35) | กลุ่มควบคุม (n=35) | p-value |
|--------------------------|--------------------|--------------------|---------|
| | mean \pm SD. | mean \pm SD. | |
| น้ำหนัก (kg) | | | |
| ก่อนเข้าโปรแกรม | 70.31 \pm 12.72 | 71.19 \pm 9.68 | .746 |
| หลังเข้าโปรแกรม | 66.67 \pm 12.74 | 71.01 \pm 9.56 | .112 |
| BMI (kg/m ²) | | | |
| ก่อนเข้าโปรแกรม | 28.79 \pm 6.18 | 28.96 \pm 6.37 | .907 |
| หลังเข้าโปรแกรม | 27.29 \pm 6.12 | 28.89 \pm 6.32 | .286 |
| Systolic BP (mmHg) | | | |
| ก่อนเข้าโปรแกรม | 143.52 \pm 15.80 | 142.89 \pm 12.78 | .857 |
| หลังเข้าโปรแกรม | 139.59 \pm 18.78 | 142.06 \pm 15.22 | .548 |
| Diastolic BP (mmHg) | | | |
| ก่อนเข้าโปรแกรม | 80.03 \pm 8.30 | 81.40 \pm 8.58 | .499 |
| หลังเข้าโปรแกรม | 79.34 \pm 11.03 | 85.18 \pm 8.83 | .017* |
| HbA1C (%) | | | |
| ก่อนเข้าโปรแกรม | 8.98 \pm 1.19 | 9.12 \pm 1.35 | .647 |
| หลังเข้าโปรแกรม | 7.13 \pm 1.36 | 8.95 \pm 1.33 | < .001* |
| FBS (mg/dL) | | | |
| ก่อนเข้าโปรแกรม | 182.46 \pm 53.61 | 196.68 \pm 48.90 | .250 |
| หลังเข้าโปรแกรม | 148.50 \pm 38.44 | 191.86 \pm 62.41 | .001* |
| Cr (mg/dL) | | | |
| ก่อนเข้าโปรแกรม | 0.80 \pm 0.20 | 0.80 \pm 0.20 | .948 |
| หลังเข้าโปรแกรม | 0.87 \pm 0.20 | 1.06 \pm 0.28 | .002* |
| LDL (mg/dL) | | | |
| ก่อนเข้าโปรแกรม | 122.14 \pm 24.24 | 127.47 \pm 28.52 | .403 |
| หลังเข้าโปรแกรม | 87.33 \pm 25.37 | 123.40 \pm 32.14 | < .001* |

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้เครื่องนับก้าวร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ สามารถเพิ่มจำนวนก้าวเดินและปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้:

1. การเพิ่มขึ้นของกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนก้าวเดินเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงสัปดาห์ที่ 12 สอดคล้องกับการศึกษาของ de Oliveira et al. (2024) ที่ระบุว่า การใช้อุปกรณ์นับก้าวช่วยให้ผู้ป่วยติดตามและควบคุมปริมาณกิจกรรมทางกายได้ง่ายขึ้น การที่ผู้ป่วยเห็นจำนวนก้าวที่เพิ่มขึ้นบนหน้าปัดนาฬิกาเป็นแรงกระตุ้นเชิงบวก (Positive Reinforcement) ที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและอยากตั้งเป้าหมายที่สูงขึ้นในวันถัดไป นอกจากนี้ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ยังมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นและเสริมพลัง (Empowerment) ให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมได้ต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ Allothman et al. (2017) ที่พบว่าระดับกิจกรรมทางกายจะเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อมีการใช้อุปกรณ์ร่วมกับการให้คำปรึกษา

2. ผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด การที่ค่า HbA1C ของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 8.98 เหลือร้อยละ 7.13 สะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้นส่งผลโดยตรงต่อการเผาผลาญน้ำตาล เนื่องจากกล้ามเนื้อนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานและเพิ่มความไวต่ออินซูลิน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ de Oliveira et al. (2024) ที่พบว่าการใช้เครื่องนับก้าวช่วยลดระดับ HbA1C และค่าไตรกลีเซอไรด์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาของเราต่างจากงานวิจัยของ Baskerville et al. (2017) ที่พบการเพิ่มขึ้นของกิจกรรมทางกายแต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับ HbA1C อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความเข้มข้นของโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ที่มีการติดตามผลอย่างใกล้ชิดและการเพิ่มจำนวนก้าวแบบเป็นลำดับขั้น

3. ผลต่อดัชนีมวลกายและการควบคุมน้ำหนัก กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวและค่า BMI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rittidet and Phattama (2020) ที่พบว่าการใช้ปัจจัยเสริมอย่างนาฬิกา นับก้าวช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีขึ้นและดัชนีมวลกายลดลง การเคลื่อนไหวร่างกายที่เพิ่มขึ้นจากการเดินในชีวิตประจำวันช่วยเพิ่มการเผาผลาญพลังงานรวม (Total Energy Expenditure) ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการจัดการโรคเบาหวานในระยะยาว

4. ข้อสังเกตเกี่ยวกับค่าความดันโลหิตและค่าไต (Creatinine) แม้ค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic BP) ในกลุ่มทดลองจะลดลง แต่ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามผลที่นานกว่า 12 สัปดาห์ สำหรับค่า Creatinine ที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในกลุ่มทดลอง (จาก 0.80 เป็น 0.87 mg/dL) แม้จะมีความแตกต่างทางสถิติ แต่ค่าดังกล่าวยังอยู่ในเกณฑ์ปกติของการทำงานของไต ซึ่งอาจเกิดจากการสูญเสียน้ำระหว่างออกกำลังกายหรือการเปลี่ยนแปลงของมวลกล้ามเนื้อ

โดยสรุปโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้เครื่องนับก้าวร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มจำนวนก้าวเดินเฉลี่ยขึ้นเป็น 10,396 ก้าวต่อวันอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงจากร้อยละ 8.98 เหลือ 7.13 พร้อมทั้งช่วยลดน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย

และไขมันเลว (LDL) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นนวัตกรรมที่คุ้มค่าและควรนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาลและสาธารณสุข ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้เครื่องนับก้าวร่วมกับกำหนัดและติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มระดับกิจกรรมทางกายและช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวานและหน่วยบริการสุขภาพระดับต่างๆ

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้เครื่องนับก้าวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

3. ด้านการบริหารจัดการบริการสุขภาพ หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีต้นทุนต่ำ ใช้งานง่าย และเหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยยังคงรักษาระดับกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้นได้ต่อเนื่องเพียงใดหลังจากจบโปรแกรม

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับแรงจูงใจหรือปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเพิ่มจำนวนก้าวได้ตามเป้าหมาย เพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบุคคลมากขึ้น

References

- Alothman, S., Yahya, A., Rucker, J., & Kluding, P. M. (2017). Effectiveness of interventions for promoting objectively measured physical activity of adults with type 2 diabetes: A systematic review. *Journal of Physical Activity and Health, 14*(5), 408-415. <https://doi.org/10.1123/jpah.2016-0528>
- Amanat, S., Ghahri, S., Dianatinasab, A., Fararouei, M., & Dianatinasab, M. (2020). Exercise and type 2 diabetes. *In Advances in Experimental Medicine and Biology* (Vol.1228, pp. 91-105). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-15-1792-1_6
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

- Baskerville, R., Ricci-Cabello, I., Roberts, N., & Farmer, A. (2017). Impact of accelerometer and pedometer use on physical activity and glycemic control in people with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, *34*(5), 612-620. <https://doi.org/10.1111/dme.13331>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- de Oliveira, V. L. P., de Paula, T. P., & Viana, L. V. (2024). Pedometer- and accelerometer-based physical activity interventions in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, *34*(3), 548-558. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2023.11.017>
- Department of Disease Control, Non-Communicable Diseases Division. (2024). *NCD Clinic Plus operational guidelines 2024*. Ministry of Public Health.
- ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., Collins, B. S., Gaglia, J. L., Hilliard, M. E., Isaacs, D., Johnson, E. L., Kahan, S., Khuntj, K., Leon, J., Lyons, S. K., Perry, M. L., Prahalad, P., Pratley, R. E., Seley, J. J., ... American Diabetes Association. (2023). Prevention or delay of diabetes and associated comorbidities: Standards of care in diabetes-2023. *Diabetes Care*, *46*(Suppl. 1), S41-S48. <https://doi.org/10.2337/dc23-S003>
- Feig, E. H., Harnedy, L. E., Celano, C. M., & Huffman, J. C. (2021). Increase in daily steps during the early phase of a physical activity intervention for type 2 diabetes as a predictor of intervention outcome. *International Journal of Behavioral Medicine*, *28*(6), 834-839. <https://doi.org/10.1007/s12529-021-09966-0>
- Jiaramas, N., & Sempuch, T. (2021). Validity of low-cost smartwatches for measuring physical activity. *Thai Journal of Public Health*, *51*(2), 140-148.
- Larsson, K., Rossen, J., Norman, Å., Johansson, U. B., & Hagströmer, M. (2024). Predictors associated with an increase in daily steps among people with prediabetes or type 2 diabetes participating in a two-year pedometer intervention. *BMC Public Health*, *24*(1), Article 1290. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18766-6>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby Yearbook.
- Pachan, T., Suwannaphan, K., Anarat, B., & Thalakhon, N. (2022). Factors associated with glycaemic control among patients with type 2 diabetes in Tha Bo District, Nong Khai Province. *Journal of Regional Health Promotion Center* *9*, *16*(1), 285-298.

- Rittidet, D., & Phattama, J. P. (2020). Effects of a PRECEDE-PROCEED model-based program on health behavior modification among overweight employees in workplaces in Rayong Province. *Journal of the Nursing Division, 47(3)*, 39-56.
- Tiyavisutthi, C., Chaisa, P., & Wanchai, A. (2018). Exercise for glycaemic control among patients with type 2 diabetes in Thailand: A systematic review. *Journal of Nursing, Public Health and Education, 19(2)*, 39-48.
- Wilson, V. (2023). An overview of complications associated with type 1 and type 2 diabetes. *Nursing Standard, 38(7)*, 77-82. <https://doi.org/10.7748/ns.2023.e11933>

การพัฒนากระบวนการเรียนการสอนโดยใช้ชุดสถานการณ์จำลองเสมือนจริง
เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤต
รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2

มุขรินทร์ ทองหอม, รัตติกาล เรืองฤทธิ์*, อนงค์ ภิบาล,
มาลี คำคง, ปุณณพัฒน์ ชำนาญเพาะ, กฤตพร สิริสม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ชุดสถานการณ์จำลองเสมือนจริง และศึกษาความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 57 คน คัดเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ชุดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ร่วมกับหุ่นจำลองผู้ป่วยสมรรถนะสูง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤต แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินความพึงพอใจ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าความเชื่อมั่น .88 - .96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที่แบบกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ชุดสถานการณ์จำลองเสมือนจริง นิสิตพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤต สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($Mean=109.20, SD.=6.86$)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ชุดสถานการณ์จำลองเสมือนจริงสามารถพัฒนาความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนิสิตพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถประยุกต์ใช้เป็นนวัตกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมทางคลินิกแก่ผู้เรียนได้

คำสำคัญ: สถานการณ์จำลองเสมือนจริง, การศึกษาพยาบาล, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, ผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต, หุ่นจำลองผู้ป่วยสมรรถนะสูง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: rattikarn.r@tsu.ac.th)

วันที่รับ 11 มี.ค. 2569, วันที่แก้ไขเสร็จ 11 มิ.ย. 2569, วันที่ตอบรับ 18 มิถุนายน 2569

Development of Simulation-Based Education to Enhance Nursing Students' Self-Efficacy in Emergency and Critical Care for the Adult and Elderly Nursing II Course

Mukkarin Thonghom, Rattikarn Ruangrit*, Anong Phibal,
Malee Kumkong, Punnaphat Charmnanpoh, Krittaporn Sirisom
Faculty of Nursing, Thaksin University

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare nursing students' knowledge and perceived self-efficacy in emergency and critical care nursing before and after participation in a simulation-based instructional program and to evaluate their satisfaction with the program. The sample consisted of 57 third-year nursing students at the Faculty of Nursing, Thaksin University, enrolled in the Adult and Elderly Nursing II course during the 2024 academic year. Participants were selected through purposive sampling.

The intervention comprised 10 simulation scenarios implemented using a high-fidelity patient simulator. Data were collected using a knowledge test on emergency and critical care nursing practice, a perceived self-efficacy questionnaire, and a satisfaction evaluation form. All instruments were validated by three experts and demonstrated reliability coefficients ranging from .88 to .96. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed that, following participation in the program, students' mean scores for knowledge and perceived self-efficacy in emergency and critical care nursing were significantly higher than those before the intervention ($p < .001$). In addition, overall satisfaction with the program was at the highest level ($Mean=109.20, SD.=6.86$).

These findings indicate that simulation-based instruction using a series of scenarios and a high-fidelity patient simulator effectively enhances nursing students' knowledge and perceived self-efficacy. Nursing education institutions may adopt this approach to strengthen pre-clinical preparation and improve students' clinical competencies.

Keywords: Simulation-based learning, Nursing education, Perceived self-efficacy, Emergency and critical care nursing, High-fidelity patient simulator

Corresponding E-mail: rattikarn.r@tsu.ac.th

Received: March 11, 2026; Revised: June 11, 2026; Accepted: June 18, 2026

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 9 No.1 January - June 2026 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 เผชิญกับความท้าทายจากความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การจัดการศึกษาจึงต้องปรับตัวโดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้ผู้เรียนบรรลุมาตรฐานผลการเรียนรู้และมีสมรรถนะพร้อมสำหรับการปฏิบัติงานจริง (Ngamman et al., 2021) รูปแบบการเรียนรู้ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในยุคปัจจุบัน คือ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-Based Learning: SBL) ซึ่งเป็นนวัตกรรมการศึกษาที่นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาจำลองสภาพแวดล้อมทางคลินิกให้มีความสมจริงและปลอดภัย เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนทักษะการประเมิน วิเคราะห์ และสะท้อนคิด (Debriefing) อย่างเป็นระบบ การใช้การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-Based Learning: SBL) ไม่เพียงช่วยลดความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยจริง แต่ยังเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้งด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติการพยาบาล (Mohamed & Fashafsheh, 2019; Jeffries, 2021) และกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Jeffries, 2021) อีกทั้งยังส่งผลเชิงบวกต่อความสามารถในการประเมินอาการและตอบสนองต่อสภาวะของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยลดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงานได้อย่างเป็นรูปธรรม (Srichanphan et al., 2021; Mohamed & Fashafsheh, 2019)

รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 เป็นรายวิชาบังคับในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีความท้าทายสูง เนื่องจากเนื้อหามุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต ซึ่งเป็นบริบทที่ผันผวนและคุกคามต่อชีวิต ทักษะสำคัญที่สุดที่ผู้เรียนจำเป็นต้องมีคือ "ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก" (Clinical Decision-Making) ซึ่งต้องอาศัยการประมวลผลข้อมูลผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว การวิเคราะห์เชิงเหตุผล และการบูรณาการองค์ความรู้เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างแม่นยำ (Masoumian Hosseini et al., 2022) อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์การจัดการเรียนการสอนและการประเมินการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมา พบว่า ผู้เรียนส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจ มีความวิตกกังวลสูง และไม่กล้าตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต ซึ่งความลังเลใจหรือความผิดพลาดในการตัดสินใจนี้อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

ปัญหาดังกล่าวมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับ "ทักษะการรับรู้สมรรถนะแห่งตน" (Self-Efficacy) ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ซึ่งหมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลในศักยภาพของตนเองที่จะจัดการและลงมือปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดจากแหล่งข้อมูล 4 ประการ ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จจากการปฏิบัติจริง (Enactive Mastery Experience) การเรียนรู้ผ่านต้นแบบ (Vicarious Experience) การได้รับแรงสนับสนุนทางวาจา (Verbal Persuasion) และการจัดการภาวะทางอารมณ์และสรีรวิทยา (Physiological and Affective States) บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงมักมีความมุ่งมั่น มีสติตอบสนอง และมีความสามารถในการเผชิญหน้ากับสถานการณ์กดดันได้ดี การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-Based Learning: SBL) จึงเป็นวิธีการที่แก้ปัญหานี้ได้อย่างตรงจุด เนื่องจากช่วยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่ง

ตนของผู้เรียน โดยเฉพาะการให้ผู้เรียนได้รับ "ประสบการณ์แห่งความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติจริง" (Enactive Mastery Experience) ภายใต้อุปกรณ์จำลองที่ปลอดภัยร่วมกับการสะท้อนคิด (Debriefing) ทั้งนี้ มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า SBL ร่วมกับการใช้หุ่นจำลองผู้ป่วยสมรรถนะสูง (High-Fidelity Patient Simulator) สามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความมั่นใจในทักษะปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ (Mohamed & Fashafsheh, 2019) ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Srichanphan et al. (2021) พบว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-Based Learning: SBL) ช่วยยกระดับความเชื่อมั่นในการเผชิญภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumkong et al. (2016) ที่ยืนยันว่าสถานการณ์จำลองช่วยเพิ่มความมั่นใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง นอกจากนี้ งานวิจัยล่าสุดของ Kim (2024) ยังเน้นย้ำว่ากระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-Based Learning: SBL) ที่บูรณาการการศึกษาล่วงหน้าเข้ากับการสะท้อนคิดอย่างเป็นระบบ ช่วยยกระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างชัดเจน

แม้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาจะสนับสนุนประสิทธิผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-Based Learning: SBL) อย่างกว้างขวาง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจุบันยังมีช่องว่างการวิจัย (Research Gap) ที่สำคัญ กล่าวคือ งานวิจัยส่วนใหญ่มักประเมินผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-Based Learning: SBL) ผ่านกรณีศึกษาเดียว (Single Scenario) หรือมุ่งเน้นกลุ่มโรคในหอผู้ป่วยทั่วไป ปัจจุบันยังขาดการวิจัยที่มุ่งพัฒนาระบบการเรียนการสอนผ่าน "ชุดสถานการณ์จำลองเสมือนจริง" (Series of Scenarios หรือ Multiple-Patient Simulations) ที่มีความต่อเนื่องและครอบคลุมความซับซ้อนของกลุ่มโรคภาวะฉุกเฉินและวิกฤตที่หลากหลาย ยิ่งไปกว่านั้น ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สะท้อนถึงการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตภายใต้สถานการณ์ที่มีความกดดันด้านเวลาในบริบทของการเรียนการสอนทางการพยาบาลในประเทศไทย

จากความสำคัญและช่องว่างการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการเรียนการสอนโดยใช้ชุดสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 เพื่อมุ่งส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและทักษะการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตของนักศึกษาพยาบาล อันจะนำไปสู่การเพิ่มความพร้อม ลดความวิตกกังวล และยกระดับคุณภาพการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงสุด

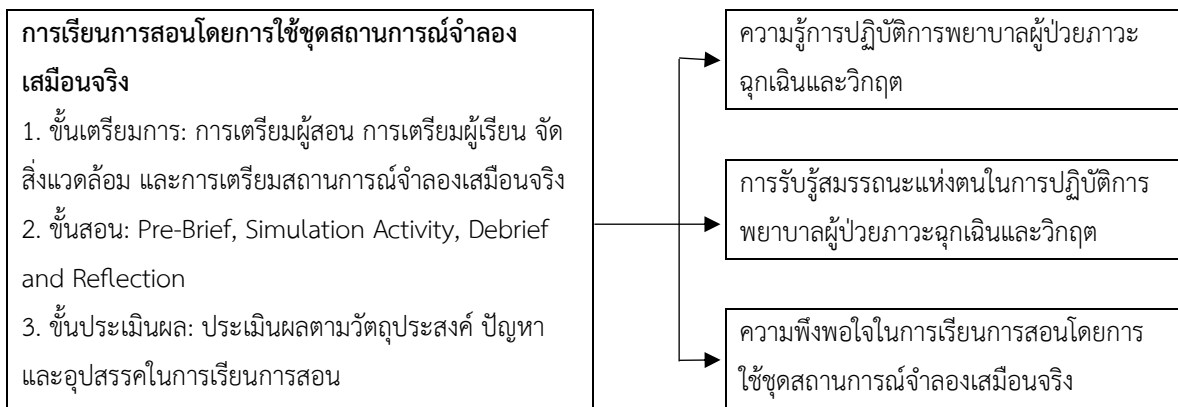
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ชุดสถานการณ์จำลองเสมือนจริง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ชุดสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการเรียนการสอนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตโดยการใช้ชุดสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา ซึ่งกล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนที่จะจัดการและกระทำบางสิ่งบางอย่างให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ เมื่อบุคคลนั้นมีความมั่นใจในความสามารถของตน ก็จะพยายามปฏิบัติกิจกรรมนั้นให้ได้ผลลัพธ์อย่างที่ตนเองคาดหวังไว้ โดยการอาศัยข้อมูลจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective State) 2) การได้เห็นต้นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences) 3) การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experience) 4) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) (Bandura, 1997) ซึ่งกระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation Based Learning) เป็นการเรียนรู้การสอนที่ให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติจริง ตามบทบาทที่ตนเองได้รับ ซึ่งส่งผลให้ผู้เรียนเกิดทักษะกระบวนการแก้ปัญหา มีการคิดอย่างเป็นระบบ คิดอย่างมีวิจารณญาณ สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาทางการพยาบาล มีทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การทำงานเป็นทีม มีทักษะทางการสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ สามารถประมวลผลข้อมูลอย่างเป็นระบบ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาล ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One Groups Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ซึ่งลงทะเบียนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 จำนวน 57 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ซึ่งลงทะเบียนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ซึ่งยินยอมและสามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดโครงการ และไม่เคยลงทะเบียนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 มาก่อน จำนวน 57 คน ซึ่งเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-Based Learning) ผู้วิจัยได้ศึกษาขอบเขตเนื้อหาและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 จากนั้นจึงออกแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่กำหนดบทบาทให้ผู้เรียนปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉินและภาวะวิกฤต โดยการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้และการประเมินผลสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของรายวิชาการจัดการเรียนรู้ใช้หุ่นจำลองผู้ป่วยสมรรถนะสูง (High-Fidelity Manikin) เป็นผู้ป่วยจำลอง ซึ่งสามารถแสดงอาการทางสรีรวิทยาและตอบสนองต่อการพยาบาลของผู้เรียนได้ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง โดยกำหนดสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Scenario) รวมทั้งสิ้น 10 สถานการณ์ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการผันแปร ออกซิเจนในระยะฉุกเฉินและวิกฤต จำนวน 4 สถานการณ์ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จำนวน 2 สถานการณ์ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินในช่องท้อง: Acute Abdominal Pain, Upper/ Lower GI bleeding จำนวน 2 สถานการณ์ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินของต่อมไร้ท่อ: Hyperosmolality, Diabetic Ketoacidosis จำนวน 1 สถานการณ์ และการพยาบาลผู้ป่วยภาวะ shock จำนวน 1 สถานการณ์ สถานการณ์จำลองเสมือนจริงดังกล่าว ได้รับการออกแบบให้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล การประเมินอาการ การตัดสินใจทางคลินิก และการให้การพยาบาลในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยของผู้เรียนให้สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ของรายวิชา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤต เป็นแบบทดสอบปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 โดยครอบคลุมระดับพฤติกรรมทางปัญญา ได้แก่ ระดับการนำไปใช้ (Application) จำนวน 10 ข้อ และ ระดับการวิเคราะห์ (Analysis) จำนวน 10 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลระดับความรู้ ดังนี้ 16 - 20 คะแนน หมายถึง มีความรู้อยู่ใน

Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .80 - 1.00 และเมื่อนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่ามีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .92

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ .92 และเมื่อนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 60 คน พบว่ามีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนและอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ขั้นเตรียมการทดลอง (Pre-Intervention Phase) ประกอบด้วย

1.1 การพัฒนาชุดสถานการณ์จำลองเสมือนจริง: มอบหมายให้อาจารย์ผู้สอนออกแบบ โจทย์สถานการณ์จำลองจำนวน 10 สถานการณ์ จัดประชุมทีมผู้สอนเพื่อวิพากษ์ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำไปทดลองใช้ (Pilot Study) กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 เพื่อปรับปรุง โจทย์สถานการณ์จำลองก่อนนำไปใช้จริง

1.2 การจัดเตรียมสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์: จัดเตรียมห้องปฏิบัติการพยาบาล เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์รวมถึงหุ่นจำลองผู้ป่วยสมรรถนะสูง (High-Fidelity Patient Simulator)

1.3 การเตรียมทีมผู้สอนและผู้ช่วยวิจัย: ประชุมผู้สอนจำนวน 6 คน เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และซักซ้อมกระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

1.4 การเตรียมกลุ่มตัวอย่างและวัดผลก่อนทดลอง (Pre-Test): ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ โดยเน้นย้ำว่าการเข้าร่วมหรือ ปฏิเสธไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียน (ใช้เวลา 10 นาที) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบก่อนการ ทดลอง (ใช้เวลา 30 นาที)

2. ขั้นดำเนินการทดลอง (Intervention Phase) ผู้วิจัยดำเนินการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ชุด สถานการณ์จำลองเสมือนจริง รวมทั้งสิ้น 10 สถานการณ์ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 5 - 6 คน ดำเนินการตามกระบวนการจัดการเรียนรู้อันมี 3 ขั้นตอนย่อย ดังนี้:

2.1 ขั้นเตรียมความพร้อมผู้เรียน (Pre-Briefing): การเตรียมความพร้อมล่วงหน้า: ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ อธิบายกฎ ระเบียบ บริบทของสถานการณ์จำลองเสมือนจริง มอบหมาย สถานการณ์จำลองเสมือนจริงให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มโดยวิธีการสุ่มล่วงหน้า 1 สัปดาห์ เพื่อให้สมาชิก

ภายในกลุ่มจัดการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน (ได้แก่ In-Charge, Leader และ Member) และประสานงานห้องปฏิบัติการพยาบาลให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกซ้อมทักษะปฏิบัติล่วงหน้า

2.2 ขั้นฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลอง (Scenario Practice): กลุ่มตัวอย่างลงมือปฏิบัติการพยาบาลตามสถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่ได้รับมอบหมาย โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยความสะดวก (Facilitator) และสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ (ใช้เวลา 30 นาที)

2.3 ขั้นสะท้อนคิดหลังสิ้นสุดสถานการณ์ (Debriefing): ผู้วิจัยจัดกิจกรรมสะท้อนคิด (Reflection) โดยให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันอภิปรายวิเคราะห์จุดเด่นและประเด็นที่ควรปรับปรุงแก้ไขตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (ใช้เวลา 15 นาที)

3. ขั้นหลังการทดลอง (Post-Intervention Phase) กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤต และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลอง (Post-Test) พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจ ปัญหาและอุปสรรคต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ชุดสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ปรับปรุงระบบการเรียนการสอนในอนาคต

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลส่วนบุคคลและความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอน วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบที่แบบกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) ภายหลังการตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ซึ่งพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ เลขที่ COA No. TSU 2024_131 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อ การเรียน การประเมินผล หรือคะแนนในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เรียนพยาบาล มหาวิทยาลัยทักษิณ จำนวน 57 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 92.98 และมีอายุ 21 ปี จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 94.73

2. ด้านความรู้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤต ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก อีกทั้ง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการเรียนสูงกว่าก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนการสอนโดยใช้ชุดสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (n = 57)

| ตัวแปร | ก่อนการเรียน Mean ± SD. | หลังการเรียน Mean ± SD. | df | t | p-value |
|--|----------------------------|----------------------------|----|----------|---------|
| ความรู้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤต | 5.07 ± 1.57 (ปานกลาง) | 8.25 ± 1.56 (มาก) | 55 | -13.52** | < .001 |

** p < .001

3. ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤต ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมในทุกด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการเรียนด้านการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการประเมินสภาพ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด อีกทั้งยังพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (n=57)

| การรับรู้สมรรถนะแห่งตน | ก่อนการเรียน | | หลังการเรียน | | df | t | p-value |
|------------------------|--------------|-------|--------------|-----------|----|----------|---------|
| | Mean ± SD. | ระดับ | Mean ± SD. | ระดับ | | | |
| คะแนนเฉลี่ยรวม | 39.63±8.24 | มาก | 64.20±4.27 | มากที่สุด | 55 | -20.29** | <.001 |

** p < .001

4. ด้านความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ผลการศึกษา พบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจในทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านกิจกรรมการเรียนการสอน รองลงมา คือ ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากการเรียนการสอน และ ด้านบรรยากาศการเรียนการสอน ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในการเรียนการสอนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตโดยใช้ชุดสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (n=57)

| ด้านความพึงพอใจ | จำนวนข้อ | คะแนนเต็ม | Mean | SD. | ระดับ |
|---|----------|-----------|--------|------|-----------|
| 1. ด้านบรรยากาศการเรียนการสอน | 5 | 25 | 22.05 | 1.87 | มากที่สุด |
| 2. ด้านกิจกรรมการเรียนการสอน | 11 | 55 | 49.78 | 3.10 | มากที่สุด |
| 3. ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากการเรียนการสอน | 8 | 40 | 37.37 | 2.16 | มากที่สุด |
| ภาพรวม | 24 | 120 | 109.20 | 6.86 | มากที่สุด |

อภิปรายผล

1. ด้านความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤต ผลการศึกษาพบว่า การที่ระดับความรู้ก่อนเรียนของผู้เรียนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งให้เห็นว่าการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนแบบเดิมอาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจเชิงลึกในพยาธิสภาพและการจัดการภาวะวิกฤตที่มีความผันผวนและซับซ้อน แต่ภายหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ชุดสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองสามารถส่งเสริมความเข้าใจเชิงลึกและการประยุกต์ใช้ความรู้ทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wiwatkamonchai et al. (2024) และ Srichanphan et al. (2021) ที่รายงานว่า การใช้สถานการณ์จำลองช่วยเพิ่มพูนความรู้และสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล การวิจัยครั้งนี้ใช้หุ่นจำลองผู้ป่วยสมรรถนะสูง (High-Fidelity Patient Simulation) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim (2024) และการวิเคราะห์ทอริมานของ Shin et al. (2021) ที่พบว่าสามารถพัฒนาความรู้และสมรรถนะทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเมื่อเปรียบเทียบกับการเรียนรู้ผ่านระบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงบนคอมพิวเตอร์ (Virtual Simulation) ซึ่งมีประสิทธิผลในการพัฒนาความรู้และกระบวนการคิดวิเคราะห์ (Masoumian Hosseini et al., 2022; Foronda et al., 2020) การใช้หุ่นจำลองผู้ป่วยสมรรถนะสูงมีข้อได้เปรียบในการส่งเสริมการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง การตัดสินใจทางคลินิก และการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินที่ใกล้เคียงกับสภาพจริงมากกว่า จึงเหมาะสำหรับการเตรียมความพร้อมด้านการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤต

2. ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤต ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยเพิ่มขึ้นในทุกองค์ประกอบของกระบวนการพยาบาลระดับมากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะด้านการประเมินผลการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล และการประเมินสภาพ ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ที่ระบุว่า “ประสบการณ์แห่งความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติจริง” (Enactive Mastery Experience) เป็นแหล่งสำคัญที่สุดในการสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง การจัดการเรียนการสอนครั้งนี้ใช้ชุดสถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่ครอบคลุมภาวะฉุกเฉินและวิกฤตที่พบบ่อย เปิดโอกาสให้

ผู้เรียนฝึกทักษะกระบวนการพยาบาลซ้ำ ๆ ในสภาพแวดล้อมที่เสมือนจริงและปลอดภัย ผู้เรียนได้ฝึกประเมินสภาพ วิเคราะห์ข้อมูล ตัดสินใจแก้ปัญหา และเห็นผลลัพธ์การตอบสนองของหุ่นจำลองสมรรถนะสูงทันที ส่งผลให้เกิดประสบการณ์ความสำเร็จสะสม (Cumulative Mastery Experience) ช่วยปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางปัญญา ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความเชื่อมั่นในการประเมินและตัดสินใจให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพ โดยผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kumkong et al. (2016), Mohamed and Fashafsheh (2019), Kim (2024) และ Srichanphan et al. (2021) ที่พบว่าการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความมั่นใจในการตัดสินใจ และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการใช้สถานการณ์จำลองที่หลากหลายร่วมกับกระบวนการ Debriefing อย่างเป็นระบบ

เมื่อนำผลการวิจัยไปเปรียบเทียบกับเชิงวิพากษ์กับรูปแบบระบบคอมพิวเตอร์เสมือนจริง (Virtual Simulation หรือ Web-Based platforms) เช่น ในการศึกษาของ Tiffany and Høglund (2016) และ Masoumian Hosseini et al. (2022) พบว่า แม้ Virtual Simulation จะมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในด้านการประมวลผลความคิดและตัดสินใจ (Cognitive Self-Efficacy) แต่การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตจำเป็นต้องพึ่งพาทักษะหัตถการทางกายภาพ (Psychomotor Skills) ที่รวดเร็ว การสื่อสารและทำงานร่วมกันเป็นทีมในสถานการณ์บีบคั้น และการเผชิญสภาวะแวดล้อมที่กดดัน ดังนั้น การพัฒนาระบบการเรียนการสอนโดยใช้หุ่นจำลองผู้ป่วยสมรรถนะสูง (High-Fidelity Patient Simulation) ของคณะผู้วิจัย จึงสามารถปิดช่องว่างและก้าวข้ามข้อจำกัดของ Virtual Simulation ได้อย่างชัดเจน เนื่องจากช่วยให้ผู้เรียนได้สัมผัสผู้ป่วยจำลอง ได้ฝึกทักษะหัตถการที่ซับซ้อน สัมผัสสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา รวมทั้งบริหารจัดการทีม ประสบการณ์แบบองค์รวมนี้สามารถกระตุ้นแหล่งข้อมูลสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ได้สมบูรณ์กว่า โดยเฉพาะด้านการจัดการสภาวะทางอารมณ์และสรีรวิทยา (Physiological and Affective States) ภายใต้ความกดดัน สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อหุ้มของ Shin et al. (2021) ที่ระบุว่า Patient Simulation ส่งผลเชิงบวกในระดับสูงต่อระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสมรรถนะปฏิบัติการพยาบาล จากข้อแตกต่างและจุดเด่นที่แตกต่างกันของสถานการณ์จำลองทั้งสองรูปแบบ จึงไม่ควรเลือกใช้การเรียนการสอนรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ควรพิจารณาประยุกต์ใช้ควบคู่ร่วมกันทั้งสองรูปแบบ (Blended Simulation Approach) เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการส่งเสริมการเรียนรู้แบบองค์รวมสูงสุด สอดคล้องกับข้อสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Wong and Dhaliwal (2025) ที่ระบุว่า การผสมผสานการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทั้งรูปแบบระบบคอมพิวเตอร์เสมือนจริง (Virtual Simulation หรือ Web-Based Platforms) และการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับหุ่นจำลองผู้ป่วยสมรรถนะสูง (High-Fidelity Patient Simulation) เข้าด้วยกันจะช่วยทวีคุณ (Synergistic Effect) สมรรถนะของผู้เรียนได้ดีที่สุด

3. ด้านความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านกิจกรรมการเรียนการสอนมี

คะแนนเฉลี่ยสูงสุด สะท้อนให้เห็นว่าผู้เรียนให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้ปฏิบัติจริง การทำงานเป็นทีม และการอภิปรายสะท้อนผลการเรียนรู้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Jeffries (2021) ที่อธิบายว่าการสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ปลอดภัยและท้าทายอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดทัศนคติเชิงบวกต่อการเรียนรู้ นอกจากนี้ ผู้เรียนยังพึงพอใจสูงมากในประเด็นที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจและเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งสนับสนุนแนวคิดเรื่องความเชี่ยวชาญของ Bandura (1997) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wiwatkamonchai et al. (2024) และ Kim (2024) อย่างไรก็ตาม ประเด็นเรื่องความกล้าแสดงความคิดเห็นระหว่างทำกิจกรรมและความเหมาะสมของระยะเวลาที่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าข้ออื่นเล็กน้อย ซึ่งข้อจำกัดนี้อาจสะท้อนว่าผู้เรียนบางส่วนยังไม่คุ้นเคยกับกระบวนการอภิปรายสะท้อนคิด จึงควรสร้างบรรยากาศการเรียนรู้และจัดสรรเวลาของกิจกรรมให้เหมาะสม

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถาบันการศึกษาพยาบาลควรนำนวัตกรรม "ชุดสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Series of Scenarios)" ทั้ง 10 สถานการณ์ ประยุกต์ใช้แนวทางแบบผสมผสาน (Blended Approach) โดยจัดการเรียนการสอนสถานการณ์จำลองบนคอมพิวเตอร์ ร่วมกับการฝึกโดยใช้หุ่นจำลองผู้ป่วยสมรรถนะสูง ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง
2. ผู้สอนควรให้ความสำคัญกับขั้นตอนการสะท้อนคิด (Debriefing) โดยจัดบรรยากาศที่ปลอดภัยเชิงจิตวิทยา และเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ทบทวนการตัดสินใจทางคลินิก เรียนรู้จากประสบการณ์ และพัฒนาความเชื่อมั่นในการปฏิบัติการพยาบาล
3. สถาบันการศึกษาควรพัฒนาศักยภาพอาจารย์ผู้สอนด้านการออกแบบสถานการณ์จำลอง การใช้หุ่นจำลองผู้ป่วยสมรรถนะสูง และเทคนิคการสะท้อนคิด เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนมีประสิทธิภาพ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาดัวยรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม หรือการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของชุดสถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับการจัดการเรียนการสอนแบบปกติ และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย
2. ควรมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความคงทนของความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกภายหลังการเรียนการสอน โดยเฉพาะเมื่อผู้เรียนปฏิบัติงานจริงในหน่วยงานฉุกเฉินและวิกฤต
3. ควรเพิ่มการประเมินผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม โดยใช้การสอบปฏิบัติแบบโครงสร้างวัตถุประสงค์ (Objective Structured Clinical Examination: OSCE) ร่วมกับการประเมินความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อสะท้อนสมรรถนะทางคลินิกของผู้เรียนได้อย่างครอบคลุม

4. ควรศึกษาประสิทธิผลของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานระหว่างการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทั้งรูปแบบระบบคอมพิวเตอร์เสมือนจริง (Virtual Simulation หรือ Web-Based Platforms) และการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับหุ่นจำลองผู้ป่วยสมรรถนะสูง (High-Fidelity Patient Simulation) เพื่อประเมินความคุ้มค่าและพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้านการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

References

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Foronda, C. L., Fernandez-Burgos, M., Nadeau, C., Kelley, C. N., & Henry, M. N. (2020). Virtual simulation in nursing education: A systematic review spanning 1996 to 2018. *Simulation in Healthcare, 15*(1), 46–54.
<https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000411>
- Jeffries, P. R. (2021). *The NLN Jeffries simulation theory* (2nd ed.). Wolters Kluwer.
- Kim, I. (2024). The effects of simulation-based practical education on nursing students' self-efficacy, performance confidence, and educational satisfaction. *Physical Therapy Rehabilitation Science, 13*(1), 18–25.
<https://doi.org/10.14474/ptrs.2024.13.1.18>
- Kumkong, M., Leejareon, P., Aramrom, Y., & Jitviboon, A. (2016). Effects of simulation-based learning on perceived self-efficacy in providing nursing care for advanced life support to patients with critical illness or emergency condition among nursing students. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 3*(3), 52–64. (in Thai)
- Masoumian Hosseini, T., Ahmady, S., & Edelbring, S. (2022). Teaching clinical decision-making skills to undergraduate nursing students via web-based virtual patients during the COVID-19 pandemic: A new approach to the CyberPatient™ simulator. *Journal of Contemporary Medical Sciences, 8*(1), 31–37.
- Mohamed, S. A., & Fashafsheh, I. H. (2019). The effect of simulation-based training on nursing students' communication skills, self-efficacy and clinical competence for nursing practice. *Open Journal of Nursing, 9*(8), 855–869.
<https://doi.org/10.4236/ojn.2019.98064>
- Ngamman, S., Rinrit, P., & Kaboon, P. (2021). The development of teacher skills in the 21st century and the integration of innovation. *MCU Buddhasothorn Review Journal, 1*(2), 79–93. (in Thai)

- Shin, S., Park, J. H., & Kim, J. H. (2021). Effectiveness of patient simulation in nursing education: A meta-analysis. *Nurse Education Today*, 99, 104809.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104809>
- Srichanphan, W., Tathan, S., & Fuekfun, K. (2021). Effects of simulation-based learning on perceived self-efficacy of nursing students in caring for patients with septic shock. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 22(1), 283–293. (in Thai)
- Tiffany, J. M., & Hoglund, B. A. (2016). Using virtual simulation to teach inclusivity: A case study. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(4), 115–122.
<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2015.12.003>
- Wiwatkamonchai, A., Tormduangkaew, P., Yossurin, P., & Sitthisongkram, S. (2024). Effects of pre-practice preparation using simulation-based learning on the self-confidence in knowledge, practical skills, and attitudes of second year nursing students. *Journal of Nursing and Public Health Research*, 4(3), 1–18. (in Thai)
- Wong, M. F. F., & Dhaliwal, J. J. K. (2025). *High-fidelity simulation and virtual technology in nursing: Stand-alone or combined approaches? A systematic review*. Nurse Educator. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001968>

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

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

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

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

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 16 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14 หรือ 12 กรณีมีจำนวนหลายคอลัมน์) โดยพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง, ซ้าย - ขวา 2.54 cm. โดยรวมเนื้อหาและรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 17 (หนา) ไว้หน้าแรกตรงกลาง
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวย่ออยู่ท้ายชื่อ และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขย่ออยู่หน้า ให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลัก เพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด และระบุเครื่องหมาย (*) สำหรับผู้ติดต่อหลัก
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย จำนวนคำไม่เกิน 400 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 - 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า

3 ซม. หัวข้อย่อย่อถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ " _ " แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

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

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาได้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. การเรียงลำดับสาระ ให้เรียงดังนี้

| ประเภทผลงาน | บทความภาษาไทย | บทความภาษาอังกฤษ |
|---------------|---|---|
| บทความวิชาการ | <ul style="list-style-type: none"> - บทคัดย่อ - Abstract - บทนำ - เนื้อเรื่อง - สรุป - ข้อเสนอแนะ - References | <ul style="list-style-type: none"> - Abstract (in Thai) - Abstract - Introduction - Content - Conclusion - Suggestion - References |
| บทความวิจัย | <ul style="list-style-type: none"> - บทคัดย่อ - Abstract - บทนำ - วัตถุประสงค์วิจัย - สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี) - กรอบแนวคิดการวิจัย - ระเบียบวิธีวิจัย <ul style="list-style-type: none"> - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ - การเก็บรวบรวมข้อมูล - การวิเคราะห์ข้อมูล - จริยธรรมวิจัย | <ul style="list-style-type: none"> - Abstract (in Thai) - Abstract - Introduction - Objectives - Hypotheses (if available) - Conceptual Framework - Methods <ul style="list-style-type: none"> - Population and Sample - Research Instrument - Validity and Reliability of the Research Instrument - Data Collection - Data Analysis |

| ประเภทผลงาน | บทความภาษาไทย | บทความภาษาอังกฤษ |
|----------------|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - ผลการวิจัย - อภิปรายผล - การนำผลการวิจัยไปใช้ - ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป - References | <ul style="list-style-type: none"> - Ethical Consideration/Informed Consent - Results - Discussion - Implication of the Results - Recommendation for Further Study - References |
| บทความนวัตกรรม | <ul style="list-style-type: none"> - บทคัดย่อ (ภาษาไทย) - บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ) - บทนำ - วัตถุประสงค์วิจัย - สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี) - กรอบแนวคิดของนวัตกรรม <ul style="list-style-type: none"> - หลักการ - แนวคิด - ทฤษฎีในการพัฒนานวัตกรรม - กระบวนการพัฒนานวัตกรรม - ระเบียบวิธีวิจัย <ul style="list-style-type: none"> - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง - วิธีการเก็บข้อมูล - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย - การประมวลผล - วิเคราะห์ข้อมูล - จริยธรรม - ผลการพัฒนานวัตกรรม - การประเมินผลนวัตกรรม - ข้อเสนอแนะ - References | <ul style="list-style-type: none"> - Abstract (Thai) - Abstract - Introduction - Research Objectives - Research Hypotheses (if available) - Conceptual Framework of the Innovation <ul style="list-style-type: none"> - Principles - Concepts - Theories Supporting the Innovation Development - Innovation Development Process - Research Methodology <ul style="list-style-type: none"> - Research Methods - Sources of Data - Target Population - Sampling Methods - Data Collection Methods - Research Instruments - Data Processing - Data Analysis - Research Ethics - Innovation Development Results - Innovation Evaluation - Recommendations - References |

12. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 7th Edition*
ทั้งการอ้างอิงในเนื้อหาและการอ้างอิงท้ายบทความ วารสารใช้การอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ หากอ้างอิงที่เป็น
ภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ

* หมายเหตุ : วารสารฯ ดำเนินการปรับระบบอ้างอิงจากแบบ APA Formatted References, 6th Edition
เป็น APA Formatted References, 7th Edition ตั้งแต่ฉบับ ปีที่ 9 ฉบับ 1 มกราคม - มิถุนายน
2569 เป็นต้นไป

การส่งบทความ

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

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

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่ จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของ
ผู้ทรงคุณวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อน จึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไข จะถือ
สิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการวารสารวิจัยและ
นวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวารสารที่มีผู้พิจารณาบทความ (Peer - Review) ตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อ
ลงตีพิมพ์ จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้
พิจารณาเช่นกัน (Double Blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยและนวัตกรรม
ทางสุขภาพ บุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้พิจารณาบทความ 2 ใน 3 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. เป็นผลงานที่ไม่เคยผ่านการตีพิมพ์เผยแพร่มาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสาร
หรือสิ่งพิมพ์อื่น
5. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสม
และความคิดเห็นของผู้เขียน
6. วารสารฯ จะดำเนินการเก็บค่าตีพิมพ์หลังจากบรรณาธิการวารสารตอบรับการตีพิมพ์ (Accepted)
ในระบบ ซึ่งจะมี e-mail แจ้งรายละเอียดชำระค่าตีพิมพ์

7. ผู้เขียนต้องชำระค่าตีพิมพ์บทความ จำนวน 4,500 บาท

8. อาจารย์ นักศึกษา ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ไม่ต้องชำระค่าตีพิมพ์ หรือหากมีข้อสงสัยติดต่อ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา (บรรณาธิการวารสาร)

งานวิจัย นวัตกรรมและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

เลขที่ 56/6 หมู่ 2 ถนนศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

E-mail: journal@bcnsurat.ac.th

แบบฟอร์มการส่งบทความวิจัย/บทความนวัตกรรม/บทความวิชาการ
วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

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

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

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

ดั่งรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อนำตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ
ในการนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความที่ข้าพเจ้าได้ส่งมานี้ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดๆ
มาก่อนและไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดๆ ทั้งสิ้น
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ
ลงชื่อ (.....)
ตำแหน่ง.....

ข้อมูลของผู้เขียนบทความเพื่อสะดวกในการติดต่อ
โทรศัพท์.....
โทรสาร
e-mail

ใบสมัครสมาชิก/ค่าตีพิมพ์บทความ
วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

ประเภท บุคคล หน่วยงาน

ออกใบเสร็จในนาม

ที่อยู่.....

สถานที่จัดส่งใบเสร็จ

เบอร์โทรศัพท์.....e-mail.....

มีความประสงค์จะชำระ

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

เป็นเงิน 4,500 บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)

ชำระโดย

ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย แจ้งรหัสหน่วยงาน Company Code 82657

ชำระผ่าน Mobile Application (Krungthai NEXT) รหัสหน่วยงาน Company Code 82657

รวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ลงนามผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

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

ลงทะเบียนสมาชิกเลขที่.....

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

ผู้รับสมัคร.....

วันที่รับสมัคร...../...../.....

หมายเหตุ: ส่งหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความมาที่

กองบรรณาธิการ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

โทร 077-287816 ต่อ 218,219

หากมีข้อสงสัย ติดต่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา (บรรณาธิการวารสาร) โทร 081-3964193

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

เลขที่ 56/6 หมู่ 2 ถนนศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

หมายเหตุ : * วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ไม่มีการตีพิมพ์เป็นรูปเล่ม

และดำเนินการเผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์เท่านั้น

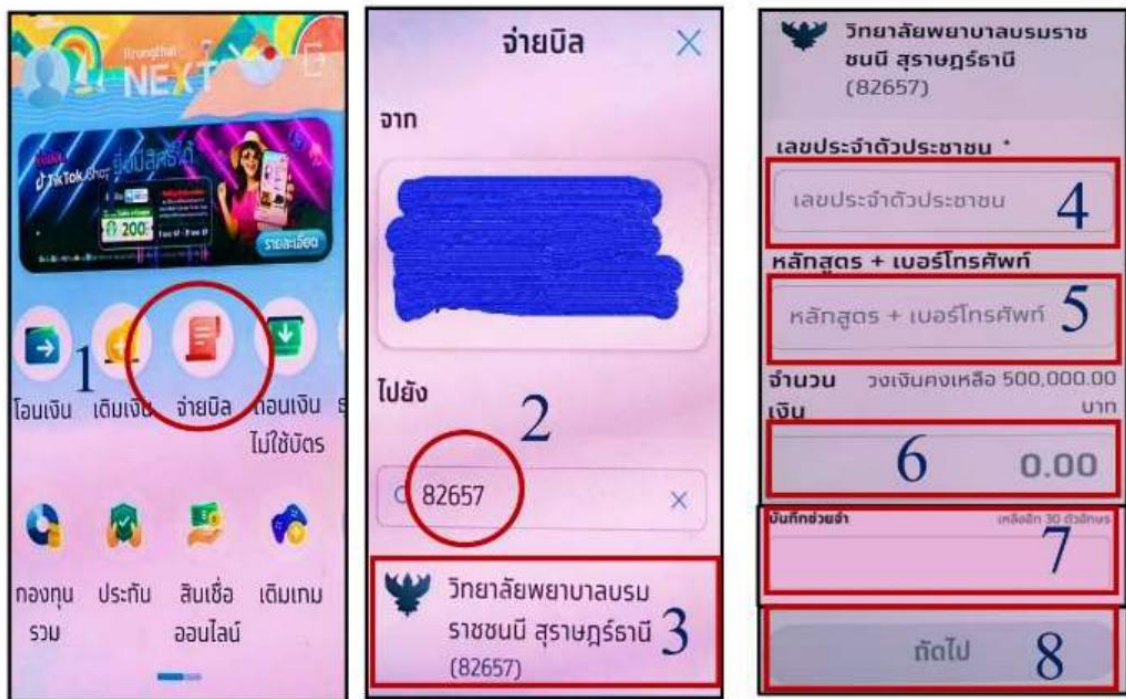
วิธีการชำระเงินค่าตีพิมพ์

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

โดย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ช่องทางที่ 1 ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย
แจ้งรหัสหน่วยงาน Company Code 82657

ช่องทางที่ 2 ชำระผ่าน Mobile Application (Krungthai NEXT)
วิธีการตามภาพด้านล่าง



- ขั้นตอนที่ 1 เลือกเมนู "จ่ายบิล" เพื่อเข้าสู่ระบบ
- ขั้นตอนที่ 2 พิมพ์รหัสหน่วยงาน (Company Code) "82657"
- ขั้นตอนที่ 3 กดเลือกหน่วยงาน "วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี"
- ขั้นตอนที่ 4 พิมพ์เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ตัวอย่าง "999999999999"
- ขั้นตอนที่ 5 พิมพ์เบอร์โทรศัพท์ผู้สมัคร ตัวอย่าง "099999999"
- ขั้นตอนที่ 6 พิมพ์จำนวนเงินที่ต้องชำระ "4,500 บาท"
- ขั้นตอนที่ 7 พิมพ์ ชื่อ-สกุลของท่าน ตัวอย่าง "แก้ว ทองแก้ว"
- ขั้นตอนที่ 8 กดถัดไป และกดยืนยันข้อมูล



วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ งานวิจัย นวัตกรรมและบริการวิชาการ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
56/6 หมู่ 2 ถนนศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000
โทรศัพท์ 0-7728-7816 ต่อ 218 E-mail: journal@bcnsurat.ac.th